

Université
de Toulouse

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 3 Paul Sabatier (UT3 Paul Sabatier)

Présentée et soutenue par :

Anne-Cécile SCHIEBER

le vendredi 5 septembre 2014

Titre :

Étude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les
inégalités sociales de santé?
Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires
issues du projet INTERMEDE

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED MITT : Domaine Mathématiques : Épidémiologie

Unité de recherche :

INSERM UMR 1027

Directeur(s) de Thèse :

Professeur Thierry LANG

Jury :

Rapporteurs :

Madame Nathalie BAJOS

Docteur Pierre CHAUVIN

Autre(s) membre(s) du jury:

Madame Michelle KELLY-IRVING

Docteur Jeanine POMMIER

Professeur Marc VIDAL

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Thierry Lang,

Je vous remercie sincèrement de m'avoir associée à vos travaux et à vos réflexions sur les inégalités sociales de santé, tout au long de ces années, au sein d'une équipe de recherche passionnée, dynamisante et si agréable. Je vous suis reconnaissante de votre écoute permanente, de votre confiance, de vos conseils avisés et de vos encouragements stimulants tout au long de ce travail. La réduction des inégalités sociales de santé, et l'égalité d'accès aux soins, sont des enjeux que je souhaite pouvoir continuer à défendre tout au long de mon parcours de médecin de santé publique.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse, veuillez trouver l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Madame Nathalie Bajos

Je suis très sensible de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le rapporteur de cette thèse, et d'offrir votre expertise sociologique dans l'analyse du genre et sur l'apport du travail en interdisciplinarité. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Pierre Chauvin

Vous me faites l'honneur d'être le rapporteur de ce travail de thèse, et d'apporter votre analyse en épidémiologie sociale et votre compréhension du rôle du système de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé. Veuillez trouver l'expression mon respect le plus profond.

Madame le Docteur Jeanine Pommier

Je vous remercie d'avoir accepté d'examiner ce travail de thèse, et de le nourrir de vos réflexions sur le développement des méthodes mixtes de recherche dans le domaine des inégalités sociales de santé. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Marc Vidal

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail, votre jugement en tant qu'expert en médecine générale est pour moi d'un intérêt fondamental. Veuillez trouver l'expression de mon respect le plus sincère.

Madame Michelle Kelly-Irving

Ce fut une immense chance de travailler à tes côtés et de partager tes réflexions autour du projet INTERMEDE toutes ces années. Je suis très heureuse que tu fasses partie du jury de ma thèse. Sois assurée de ma reconnaissance la plus profonde et de mes remerciements les plus sincères.

Je remercie l'ensemble des médecins et des patients qui ont permis à cette étude de se réaliser, ainsi que toutes les équipes de recherche qui ont été à l'origine du projet INTERMEDE, et celles qui ont participé aux analyses et aux réflexions interdisciplinaires :

L'équipe 5 « Cancer et maladies chroniques : inégalités sociales de santé, accès primaire et secondaire aux soins », Inserm 1027, *Université Paul Sabatier Toulouse III*,

Le laboratoire Interdisciplinaire, Solidarités, Sociétés, Territoires - Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines *LISST CIEU, UMR 5193, Maison de la Recherche, Université de Toulouse Le Mirail*,

Le laboratoire de recherches en Sociologie du Sport de l'Université *SOI-PRISMH, EA 3690, Université Toulouse Paul Sabatier, UFR STAPS*,

Le laboratoire Cognition, Langue, Langages, Ergonomie - Equipe de Recherche en Syntaxe et Sémantique *CLLE-ERSS UMR 5263, Maison de la Recherche, Université de Toulouse Le Mirail*,

Le laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales *LERASS, EA 827, Université Toulouse Paul Sabatier*,

Le pôle d'information médicale, évaluation et santé publique *PIMESP, CHU Nantes*,

L'institut de recherche et documentation en économie de la santé *IRDES, Paris*.

Je remercie l'Institut de Recherche en Santé Publique et le CHU de Toulouse pour avoir financé et soutenu ce travail,

Je remercie l'ensemble de l'équipe 5 que j'ai eu le grand plaisir de côtoyer durant toutes ces années, pour leur accueil chaleureux, leur gentillesse et leur disponibilité,

Je remercie tout particulièrement Cyrille Delpierre, pour son écoute et ses conseils,

A ma mère, pour ton immense générosité, ton courage et ta force, ton dévouement et ton soutien de tous les instants sans lesquels cette thèse n'aurait pu aboutir, merci de tout mon cœur,

A toute ma famille, tout particulièrement tatie Simone, Sylvie, Chantal, ma petite Marion et ma Colleen chéries, merci pour vos sourires et votre réconfort,

A Alain et Micheline Muzet, merci d'avoir toujours été présents à mes côtés, merci pour votre affection sincère, votre immense gentillesse, et pour m'avoir guidée de vos conseils précieux,

A Bernard et Hélène Canguilhem, merci de votre présence constante dans ma vie, et de votre si précieux soutien, à Francette Canguilhem pour votre grande générosité,

A tous mes chers amis, merci pour tous ces instants de joie et de partage,

Mes amis des heures « *roses* », qui appartiennent à jamais à mon cœur,

Mes amis d'*Argentoratum*, pour la joie de les avoir retrouvés,

Mes amis d'autres contrées, présents à chaque instant dans mes pensées,

A Jacques, mon *Lohengrin* bien-aimé...

« Lorsque le médecin a substitué à la plainte du malade et à sa représentation subjective des causes de son mal, c'est que la rationalité contraint de reconnaître comme la vérité de sa maladie, le médecin n'a pas pour autant réduit la subjectivité du malade. Il lui a permis une possession de son mal différente. Et s'il n'a cherché à l'en déposséder, en lui affirmant qu'il n'est atteint d'aucune maladie, il n'a pas toujours réussi à le déposséder de sa croyance en lui-même même malade, et parfois même de sa complaisance en lui-même malade. En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade. Ce n'est donc pas dans cette impuissance qu'il faut chercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine. Elle a lieu dans l'oubli, en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même dans la situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise en réserve. Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas le mieux assuré que ne le sont ses malades à réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse. »

Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*
(Canguilhem Georges, 1966)

A mon père,
Qui fut médecin et malade,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
I. Contexte.....	9
1. Des inégalités de santé qui traversent l'ensemble de la société.....	9
2. Des mécanismes multiples à la source des inégalités sociales de santé.....	11
3. Quel rôle du médecin généraliste dans la genèse d'inégalités sociales de santé ? 15	
II. Hypothèses et Objectifs de la thèse.....	19
PREMIERE PARTIE	
LE PROJET INTERMEDE.....	23
I. Le projet INTERMEDE : un projet interdisciplinaire.....	25
II. Schéma d'étude.....	26
III. Le corpus qualitatif.....	27
1. Objectifs du corpus qualitatif.....	27
2. Recrutement des médecins et des patients.....	27
3. Recueil de données.....	28
4. Analyses.....	29
5. Population d'étude.....	31
IV. Le corpus quantitatif.....	33
1. Objectifs de la phase quantitative.....	33
2. Recrutement et critères d'inclusion.....	33
3. Recueil des données.....	34
4. Variables étudiées : définition et modalités de mesure.....	37
5. Analyses.....	42
6. Population d'étude.....	43
V. Ethique.....	46
DEUXIEME PARTIE	
ANALYSES DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU PROJET INTERMEDE.....	49
I. Description de la population d'étude.....	51
1. Caractéristiques des patients et des médecins.....	51
2. L'accord patient médecin tenant compte du hasard : le test Kappa.....	58
II. Analyse du désaccord entre médecins et patients sur les facteurs de risque cardio- vasculaire et influence de la concordance de genre médecin-patient.....	59
1. Introduction.....	59
2. Objectif et hypothèses de l'analyse.....	59
3. Analyses statistiques.....	60
4. Résultats.....	60
III. Analyse du désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient et rôle de la distance sociale perçue par chaque acteur.....	63

1.	Introduction	63
2.	Objectif et hypothèses et de l'analyse	63
3.	Analyses statistiques	64
4.	Résultats	65

TROISIEME PARTIE

INTEGRATION DES RESULTATS INTERDISCIPLINAIRES DU PROJET INTERMEDE	71
I. Objectifs de l'intégration interdisciplinaire du projet INTERMEDE	73
II. Les méthodes mixtes de recherche : définitions et champ de recherche	74
1. Un champ de recherche en pleine expansion	74
2. Multiplicité des définitions	74
3. Intérêts des méthodes mixtes de recherche	75
4. Nomenclature utilisée dans les méthodes mixtes de recherche	77
5. Schémas de recherche utilisés dans les méthodes mixtes de recherche	78
6. Intégration des méthodes mixtes de recherche à différentes étapes d'un projet ..	81
III. Intégration des productions issues des corpus qualitatif et quantitatif par une méthode de type Delphi modifié	86
1. Premier tour	86
2. Deuxième tour	87
3. Réunion en face à face	87
4. Rédaction du document final	87
5. Soumission des résultats à un panel de médecins généralistes	88
IV. Résultats : corpus commun de connaissances	89
1. Premier axe : Influence de l'interaction médecin-patient sur les soins préventif	89
2. Deuxième axe : le rôle du genre du patient et du médecin sur leur interaction ..	92
3. Troisième axe : caractérisation de l'interaction médecin-patient	94
4. Quatrième axe : éléments de l'interaction médecin-patient pouvant contribuer à la genèse d'inégalités sociales de santé selon le gradient social	98

QUATRIEME PARTIE

DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES	103
I. Résultats principaux de l'étude	105
II. Forces et limites du projet INTERMEDE	106
1. Forces du projet	103
2. Limites méthodologiques	107
III. Discussion des analyses épidémiologiques	109
IV. Intégration des résultats interdisciplinaires du projet INTERMEDE	116
1. L'intégration interdisciplinaire aux différentes étapes du projet INTERMEDE ..	116

2.	L'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs du projet INTERMEDE117	
3.	La question épistémologique dans les méthodes mixtes de recherche.....	121
4.	Les enjeux liés au développement des méthodes mixtes de recherche	122
V.	Les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention.....	127
VI.	Quel rôle du contexte social du patient sur la qualité de la relation entre un patient et son médecin ?	132
1.	Le système de santé : un troisième acteur de la relation ?	132
2.	Du côté des médecins	135
3.	Du côté des patients.....	138
4.	Du côté de l'interaction médecin-patient	140
VII.	Quelles actions possibles sur l'interaction médecin-patient pour une réduction des ISS ?.....	148
1.	Pour l'apprentissage d'une meilleure communication ?	148
2.	Pour une prise en compte des déterminants sociaux dans la formation médicale	149
3.	Pour une implication des médecins généralistes dans la réduction des inégalités sociales de santé	150
PERSPECTIVES ET CONCLUSION		155
I.	Perspectives du projet INTERMEDE.....	157
II.	Perspectives pour une politique globale et coordonnée.....	159
BIBLIOGRAPHIE		165
ANNEXES.....		185
	Annexe 1 : Publications et communications réalisées dans le cadre de la thèse d'université..	185
	Annexe 2 : Questionnaires administrés lors de la phase quantitative	185
	Annexe 3 : Autres travaux réalisés dans le cadre du projet INTERMEDE et de la thèse..	185
	Annexe 4 : Questionnaires administrés pour le premier et le deuxième tour du Delphi modifié.....	185

ABREVIATIONS

FRCV	Facteurs de risque cardio-vasculaire
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HTA	Hypertension artérielle
ISS	Inégalités sociales de santé
MMR	Méthodes mixtes de recherche
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

1. Des inégalités de santé qui traversent l'ensemble de la société

1.1. Des inégalités sociales de santé qui persistent en France

Depuis plus de 20 ans, de nombreuses inégalités sociales de santé (ISS) ont été observées dans de nombreux pays industrialisés ; elles sont particulièrement notables en France, persistent et ne cessent de s'aggraver (Leclerc et al., 2008; Mackenbach et al., 2008). Le système de santé français est siège d'un paradoxe: alors que 94 % des français bénéficient d'une couverture complémentaire maladie en 2008, la France est l'un des pays d'Europe Occidentale dans lesquels les ISS, en termes de mortalité prématurée avant 65 ans sont les plus importantes (Couffinhal et al., 2005).

Une différence d'espérance de vie à 35 ans de sept ans est retrouvée entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale (Cambois et al., 2008). Un homme sans diplôme a une mortalité multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'étude supérieur. Il s'ajoute à ces inégalités d'espérance de vie, des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités : à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les dernières 22 années de sa vie avec une incapacité contre 16 années pour une femme cadre supérieure. Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci.

On constate que les ISS concernent la population française dans son ensemble, en dessinant un gradient continu à travers toutes ses couches sociales, et n'oppose pas les plus précaires, en situation médicale et sociale extrême, au reste de la population (Cambois et al., 2008). L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'individu s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet. Ces inégalités ne se révèlent que dans les statistiques de santé, à la différence de phénomènes plus visibles, comme la précarité dont la forme la plus dramatique est incarnée par les personnes sans domicile fixe. Il apparaît primordial d'élargir la problématique des ISS au gradient qui traverse la société dans son ensemble, tout en renforçant les actions spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010).

1.2. Des inégalités sociales de santé qui concernent toutes les pathologies et l'état de santé perçu

Les ISS concernent l'ensemble des pathologies, des facteurs de risque, des états de santé, déficiences, et handicaps (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010). Ainsi, à âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'étude est de niveau baccalauréat et plus, et atteint un écart de 10 pour le cancer du pharynx (Leclerc et al., 2008). Si les décès par cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures contribueraient à près de 40% à la surmortalité des hommes sans diplôme, chez les femmes, ce sont les inégalités de mortalité par maladies cardio-vasculaires qui sont les plus importantes (Lang et al., 2011).

La prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) suit également un gradient social comparable aux différences de mortalité et de morbidité entraînées par les maladies cardio-vasculaires (Kaplan and Keil, 1993). On retrouve par exemple, dans l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) réalisée en 2006, une prévalence de l'HTA de 52 % chez les hommes ayant au plus un certificat d'études primaires, qui est deux fois plus faible (24 %) chez les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur de niveau baccalauréat + 3 ou plus ; le gradient est encore plus marqué chez les femmes (46 % et 11 % respectivement). D'autres pathologies sont également concernées par les ISS, telle que la survenue d'épisodes dépressifs plus fréquente chez les chômeurs et les inactifs, par rapport au reste de la population générale (Leclerc et al., 2008).

Les auteures du rapport IGAS relatif aux ISS et aux déterminants sociaux soulignent : « parler d'ISS signifie que quel que soit le type d'indicateur socioéconomique (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenus, formation) et sanitaire (mortalité, mortalité précoce, espérance de vie sans incapacité, morbidité...) retenu, les catégories plus favorisées sont globalement en meilleure santé que les catégories moins favorisées » (Moleux et al., Mai 2011).

Au total, on voit bien combien la santé dans sa définition d'« état de complet bien-être physique, mental et social » au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dépasse la notion seule de santé physique. En effet, les ouvriers déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent souffrir de limitations d'activité et de maladies chroniques, à l'inverse des cadres et des professions intellectuelles supérieures. De la même façon, il est avéré que moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (Danet, 2010). Il a été démontré que la santé est un bon

indicateur prédictif de la mortalité et de la morbidité, et en conséquence représente un indicateur fréquemment utilisé dans l'analyse des ISS (DeSalvo et al., 2006; Mossey and Shapiro, 1982).

Cependant, Delpierre et al. ont démontré que son interprétation pouvait être problématique, et masquer l'importance des ISS (Delpierre et al., 2009b). En effet, la façon dont chaque individu estime sa santé perçue va dépendre de ses propres attentes en matière de santé, qui elles-mêmes varient selon le contexte social et le genre de l'individu. Ainsi une même pathologie dégradera davantage l'évaluation de la santé perçue donnée par un individu issu d'un contexte social favorisé qu'un patient d'un contexte social moins favorisé, et davantage les femmes que les hommes (Delpierre et al., 2009a).

Ces observations illustrent bien la complexité de l'interrelation entre l'état de santé d'un individu et les éléments qui caractérisent son contexte social. Elles soulignent l'importance d'une compréhension fine des mécanismes à l'origine des ISS, afin d'en déduire des modèles d'action visant leur réduction.

2. Des mécanismes multiples à la source des inégalités sociales de santé

2.1. Les déterminants sociaux de la santé

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé souligne que les pré-requis de la santé sont « la paix, le fait de disposer d'un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, des ressources et un écosystème stables, la justice sociale et l'égalité » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1986). Cette charte fait référence à des éléments désignés aujourd'hui sous le terme de « déterminants sociaux de la santé » (Lang, 2009). Cinq catégories de déterminants sont classiquement identifiées : les facteurs biologiques tels que l'âge, le sexe, et les facteurs génétiques qui sont « non modifiables », les comportements individuels (tabac, alcool et autres), les communautés et les réseaux sociaux dans lesquels s'inscrivent les individus, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, l'accès aux ressources, aux infrastructures et aux services essentiels, et les conditions économiques, culturelles et environnementales présentes dans l'ensemble de la société (Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008; Dahlgren G. and Whitehead M., 1991; Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010).

Un courant de recherche plus récent souligne également l'impact sur la santé des facteurs psychosociaux et du stress provoqué par la hiérarchisation sociale perçue par l'individu dans la société, impliquant un sentiment de domination hiérarchique, d'absence d'autonomie et

de contrôle sur sa vie (Evans et al., 1996; Gianaros et al., 2007; Wilkinson, 1992). La position sociale perçue a été récemment définie comme un « indicateur composite du niveau socioéconomique », incluant le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, le revenu (Webster and Driskell, 1978), mais aussi incluant des mesures du niveau de richesse, de satisfaction de vie et des mesures sur le fonctionnement psychologique. Il a été décrit comme un bon indicateur prédictif de la santé, dont la santé perçue (Singh-Manoux et al., 2003), la mortalité (Kopp et al., 2004), et de nombreuses pathologies, tels que le diabète, les risques cardio-vasculaires (Demakakos et al., 2008), les pathologies respiratoires, (Singh-Manoux et al., 2003), et la dépression (Demakakos et al., 2008; Singh-Manoux et al., 2005). Elle permet d'interroger les patients selon une position subjective perçue intégrant alors le sens que confèrent ces individus à leur histoire, à leur singularité et aux situations qu'ils vivent (Garbarski, 2010; Singh-Manoux et al., 2005) La perception qu'a un individu de sa position sociale dans une société va alors dépendre des différents déterminants pré-cités, tels que son âge, son genre, son niveau d'éducation, sa profession, son niveau de revenus et son origine ethnique.

La notion de genre, « *gender* » en anglais, fait alors référence à « un rôle déterminé socialement, à des comportements, des activités et des attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes », alors que la notion de sexe se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes (Sen G. and Östlin P., 2007). Si la notion de sexe, au sens d'un déterminant biologique n'est pas modifiable, les normes et les valeurs de « genre » ne sont pas fixées une fois pour toute, elles évoluent dans le temps, d'une société à l'autre, et sont susceptibles de changer (Organisation Mondiale de la Santé (OMS)). Selon l'OMS, l'équité de genre implique que « les hommes et les femmes soient traités de façon égale quand ils ont des besoins communs et que leur différences soient traitées de façon équitable ».

Pourtant des inégalités de santé et de prise en charge sont constatées selon le genre, et elles sont souvent inter-reliées aux ISS, et à d'autres formes d'inégalités comme les inégalités territoriales de santé non explorées dans ce travail (Moleux et al., Mai 2011). Elles vont dépendre en partie de déterminants communs, qui s'enchaînent et s'accumulent tout au long de la vie.

2.2. Des inégalités sociales de santé qui se construisent tout au long de la vie

L'ensemble de ces déterminants sociaux interagissent entre eux et impacte l'état de santé de façon complexe, et ceci tout au long de la vie. Il a été ainsi démontré qu'un état de santé précaire pendant l'enfance pouvait gêner le déroulement des études et entraver le niveau de réussite socioprofessionnelle (Lang, 2009). Inversement, un contexte socioéconomique moins favorisé peut être la source d'une dégradation de l'état de santé, voire de handicap, qui peut aboutir jusqu'à la perte d'un emploi. Ces processus peuvent se succéder au cours de la vie, « de façon circulaire » (Lang, 2009). La complexité est alors de représenter cet enchaînement de facteurs entremêlés, et c'est tout l'enjeu de l'épidémiologie « vie entière » (life course epidemiology) (Graham, 2002). Différents modèles explicatifs sont développés afin de comprendre la façon dont les déterminants sociaux agissent sur l'état de santé tout au long de la vie en tant que véritables facteurs de risque (Lang et al., 2009).

La prise en compte de ces déterminants est un enjeu nécessaire pour la mise en place d'interventions efficaces de santé publique visant à réduire les ISS (Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Les comportements « expliquent » une part des ISS ; mais s'ils sont souvent qualifiés d'individuels, ils sont facilités ou dépendent d'un environnement physique et social. La part des ISS due au système de soins reste faible en termes de mortalité, mais son rôle ne doit pas être sous-estimé pour autant notamment sur d'autres aspects de la santé tels la qualité de vie, la dépendance, ou la santé perçue (Lang et al., 2011).

Le fait que le système de soins ne contribue pas à réduire les inégalités de santé, voire y participe, est à considérer comme un problème de qualité des soins, qui conduit impérativement à s'interroger sur son efficacité.

2.3. Le rôle du système de santé

Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui de plus en plus considéré dans les recherches sur les ISS, face à des inégalités qui demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins, libre et gratuit (Evans et al., 1996). Il est alors fondamental d'analyser le rôle du système de santé dans la constitution des inégalités de santé selon différentes étapes du parcours de soins d'un individu : accès théorique, accès réel aux soins primaires (entrée dans le système), accès réel secondaire (trajectoire de soins après un

premier contact avec le système) et efficacité de l'accès aux soins (Lombrail, 2007). L'accès théorique est assuré par le dispositif de prise en charge mis en place par l'assurance maladie, qui lève les obstacles financiers pour l'accès aux soins. La proportion de Français qui bénéficient d'une assurance complémentaire santé n'a cessé d'augmenter au fil des ans pour atteindre la quasi-totalité de la population, mais la part des dépenses de santé laissée à la charge du patient en raison du désengagement progressif de l'assurance maladie sur certains remboursements au cours des 20 dernières années a eu tendance à s'accroître (Le Garrec and Bouvet, Septembre 2013). La couverture complémentaire est alors devenue un élément déterminant et un enjeu essentiel de l'accès aux soins, en particulier pour la population aux faibles revenus, non couverts par la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) et l'aide complémentaire santé (ACS). L'accès réel aux soins primaires, qui correspond au premier contact avec le système de soins, est le niveau le plus étudié, avec de riches données statistiques documentant notamment les renoncements aux soins des « usagers potentiels » pour des motifs majoritairement économiques et administratifs, et le phénomène de refus de soins de la part de certains professionnels (Lombrail, 2007).

L'accès secondaire aux soins est moins documenté ; il correspond pourtant à l'utilisation réelle du système de soins par la connaissance approfondie du parcours de soins : identification du besoin, déroulé de la consultation, prescription d'examen complémentaires, adaptation et suivi des traitements au long cours, recours aux spécialistes... Cette phase qui suit le premier contact est particulièrement sensible dans le domaine des maladies chroniques, mais également dans la phase diagnostique d'événements accessibles à des traitements efficaces, comme les examens de dépistage et les soins qui devraient s'en suivre. On parle d'inégalités de soins « par construction » quand la conception du système de soins ou des modalités programmées de fonctionnement explicitement formulées produisent des inégalités (Lombrail et al., 2004).

C'est le cas lorsque ne sont pas prises en compte les ISS dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale qui aboutissent à des modalités de prise en charge qui *a minima* ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer. A titre d'exemple, la stratégie thérapeutique des recommandations professionnelles sur la prise en charge des FRCV repose sur le niveau de risque cardiovasculaire global calculé à l'aide de modèles de risque prenant uniquement en compte des variables biomédicales (pression artérielle, lipidémie, etc.), et ignore ainsi le contexte social du patient. Or, la littérature souligne le rôle majeur du contexte social dans le domaine des cardiopathies ischémiques, avec des risques relatifs compris entre deux et cinq, qu'il s'agisse

des contraintes organisationnelles, de l'isolement ou d'un faible support social, d'un niveau d'études peu élevé, d'une catégorie sociale défavorisée ou encore d'une dépression (Lepage et al.). La conséquence de cette vision est une sous-estimation importante du risque pour les groupes socialement à haut risque cardio-vasculaire qui cumulent souvent plusieurs de ces facteurs de risque psychosociaux, pouvant conduire à des retards dans la prise en charge thérapeutique.

On parle d'inégalités « par omission » quand le système de soins produit de l'inégalité par défaut dans le cadre de son fonctionnement en routine, ne relevant pas systématiquement d'une intentionnalité explicite. Elles concernent essentiellement les trajectoires et les interactions entre soignants et soignés. Les défauts de coordination entre professionnels ou structures à l'intérieur d'un système de soins fragmenté ont par exemple été identifiés depuis longtemps avec pour conséquence une altération de la qualité des soins et donc de leurs résultats (Lombrail, 2010). Certaines pratiques professionnelles peuvent ainsi être directement à la source d'inégalités dans un système souvent mal adapté à la prise en compte de la dimension sociale d'un problème de santé et qui méconnaît ces inégalités sans aucun projet de rattrapage.

Le contenu exact d'une consultation en médecine générale, les interactions complexes qui s'y tissent entre patients et médecins, et le rôle que peut jouer le contexte social du patient au moment de cette rencontre sont encore mal connus et restent à explorer.

3. Quel rôle du médecin généraliste dans la genèse d'inégalités sociales de santé ?

3.1. Le rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins

Au centre des différentes filières de soins, le médecin généraliste assure la cohérence et la coordination des soins autour de son patient, notamment par ses relations avec les autres acteurs du parcours de soins (médecins hospitaliers, médecins correspondants, pharmaciens, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, assurance maladie, médecin du travail...). Médecin de premier recours, auquel le patient s'adresse prioritairement, à l'entrée du parcours de soin, il joue tout d'abord un rôle essentiel dans l'orientation initiale des patients cardio-vasculaires dans le système de santé. La dernière définition de la WONCA¹ sur la

¹ La WONCA (acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family

médecine générale et la médecine de famille, élaborée en 2002, insiste sur la place du médecin généraliste en tant que « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée» (World Organization of National Colleges). Le médecin généraliste est aussi le mieux à même d'organiser le suivi des patients parce qu'il les accompagne dans la durée, dans une dimension à la fois médicale, psychologique, sociale, culturelle et existentielle et parce qu'il coordonne leurs soins. La prise en charge personnalisée et au long cours des questions de santé des patients et de la population est le socle de l'instauration du « Médecin Traitant » et de la formalisation du « parcours de soins » (Loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004), et en 2008, 98 % des Français ont choisi leur médecin généraliste comme médecin traitant.

Les médecins généralistes sont ainsi les professionnels de santé les plus proches et les plus fréquemment en contact avec la population, assurant plus de 200 millions de consultations par an. Mais si l'accès primaire au médecin généraliste est globalement homogène entre les catégories sociales, des ISS sont pourtant constatées dans la prise en charge et le suivi des pathologies.

3.2. Des inégalités de prise en charge observées en médecine générale selon le contexte social et selon le genre

De nombreux travaux ont mis en évidence des ISS en médecine générale. Bao et al ont observé que les médecins étaient moins susceptibles de discuter du dépistage de cancer avec leurs patients au faible niveau d'éducation et aux faibles niveaux de revenus (Bao et al., 2007). De nombreuses études ont montré un lien entre le statut socioéconomique et la qualité de la prise en charge des FRCV en médecine générale. Par exemple, une étude menée chez des patients hypertendus montre que la qualité du contrôle thérapeutique sous traitement antihypertenseur est inférieure à 30 % chez les ouvriers qualifiés, et dépasse 40 % chez les cadres supérieurs (De Gaudemaris et al., 2002). Ainsi, même en l'absence de disparités dans le diagnostic de l'HTA, ou dans le traitement qui s'en suit, c'est l'efficacité du traitement et la qualité des soins qui esquissent un gradient social, allant des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées aux plus favorisées (Fourriaud et al., 1984).

Doctors) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes, elle propose depuis les années soixante-dix des définitions de la médecine générale/médecine de famille

Ces disparités de prise en charge des FRCV sont également observées selon le genre du patient, avec la mise en route de traitement antihypertenseur et un suivi de moins bonne qualité chez les femmes. De plus, les FRCV des femmes seraient sous-estimés, et moins souvent inscrits dans les dossiers médicaux par les médecins généralistes (Adams et al., 2008; Schmittdiel et al., 2009; Turnbull et al., 2011). De la même façon, si la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde semble uniforme quel que soit le contexte social, il a été mis en évidence que les catégories sociales favorisées, ainsi que les patients de genre masculin, bénéficient en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes, par rapport aux patients issus de contexte social moins favorisé, et par rapport aux femmes. Ces observations suggèrent des décisions médicales ou des filières variables dans le système ambulatoire malgré une symptomatologie similaire (Adams et al., 2008; Lang et al., 1998; Schmittdiel et al., 2009; Turnbull et al., 2011).

Mais les données disponibles ne permettent pas de savoir si ces différences résultent de la réponse médicale (prescription et orientation dans le système) ou du comportement des patients. Par exemple, le moindre recours aux examens de dépistage parmi les couches moins favorisées reflète-t-il uniquement un rapport à la prévention différent selon les individus, ou bien ces examens sont-ils moins fréquemment conseillés ou prescrits par le médecin ?

3.3. Une relation patient-médecin influencée par le contexte social du patient ?

Les définitions internationales de la médecine générale décrivent une discipline au champ d'activité très large, multidimensionnel, à la fois technique et relationnel, ponctuel ou inscrit dans la durée, ouvert à toutes les pathologies, et plus largement à toutes les demandes exprimées par les patients (World Organization of National Colleges). Les médecins généralistes partagent avec l'ensemble des professions libérales de santé un idéal relationnel caractérisé par une proximité avec les patients (Aiach et al., 1994) leur assurant un rôle privilégié d'écoute, de conseil et de prévention, indispensable dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients. La médecine générale repose sur une approche centrée sur la personne, l'envisageant dans sa « globalité », dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, elle utilise un mode de communication spécifique construisant dans la durée la relation avec son patient (Bloy and Schweyer, 2010). La relation au patient ne constitue pas seulement une dimension essentielle de la pratique en médecine générale, elle participe à sa définition même.

La qualité de la relation entre un patient et son médecin est un élément clé de la qualité des soins délivrés et de l'efficacité du système de santé : elle conditionne la santé globale résultante, l'observance thérapeutique, la satisfaction et la confiance du patient envers son médecin, et la trajectoire du patient au sein du système de soins (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001; Willems et al., 2005)... On peut penser que cette dimension relationnelle est d'autant plus importante dans la prise en charge et le suivi au long cours des maladies chroniques, et dans la démarche de prévention ; impliquant des comportements de santé qui s'inscrivent dans la durée et dans le style de vie du patient. Le rôle de l'interaction entre patients et médecins sur la qualité des soins s'est accru ces dernières années ; le système de soins français étant progressivement passé d'un modèle paternaliste à un modèle centré sur un patient désireux de s'informer et de plus en plus maître de sa santé. La négociation et la coopération entre le médecin et le patient sont ainsi devenues des éléments importants de la consultation (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001). Les décisions diagnostiques ou thérapeutiques du médecin, si elles relèvent pour partie de sa propre histoire et de sa pratique, indépendamment du patient qu'il soigne, vont également dépendre de la richesse de la discussion et des échanges avec le patient et de la participation du patient aux processus de décision ; la qualité des informations échangées pendant la consultation et leur bonne compréhension est alors un élément important de cette interaction (Cooper et al., 2003; H. Gordon et al., 2006; Gordon et al., 2005). N'est-il pas fondamental que médecins et patients aient compris la même chose à la sortie de la consultation, sur ce qui a été dit, prescrit, décidé, conseillé, pour une prise en charge optimale et vécue en confiance ?

La rencontre entre un médecin et son patient s'inscrit dans une histoire individuelle, relationnelle et sociale. Il s'agit donc de saisir un processus dynamique qui se déploie à l'intérieur d'un contexte institutionnel lui-même partie prenante d'un système de soins plus large. Les éléments de l'interaction patient-médecin généraliste et leurs rôles dans la prise en charge médicale et dans la formation des ISS restent à étudier.

II. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE LA THESE

L'objectif général du projet interdisciplinaire INTERMEDE est d'explorer le rôle du système de soins, et plus particulièrement le rôle de la relation entre un médecin généraliste et son patient dans la formation des ISS. Un des objectifs secondaires du projet INTERMEDE est également de développer des outils de recherche dans un champ encore peu exploré afin de proposer de nouvelles méthodes d'investigation, tant qualitatives que quantitatives.

Ce projet repose sur l'hypothèse de départ que les éléments de la relation patient-médecin généraliste, éléments supposés majeurs de la décision médicale, influenceraient la qualité et l'équité de soins délivrés en médecine générale. Il s'agissait alors d'identifier les éléments de la réponse du professionnel de santé (diagnostic, prescription, éducation du patient) qui pourraient interagir sur la suite du parcours de santé du patient (observance, état de santé, satisfaction). Une meilleure compréhension des mécanismes qui sous-tendent cette rencontre permettrait d'identifier des actions à mener dans le secteur de la médecine ambulatoire afin d'assurer des soins de prévention de qualité et une égalité de traitement des patients.

Le travail de thèse s'est articulé plus particulièrement autour de **trois axes d'analyse**, qui contribuent chacun à répondre à l'objectif général du projet INTERMEDE.

Les **deux premiers axes de travail** consistaient en des analyses épidémiologiques menées à partir du corpus quantitatif. Les deux analyses reposaient sur une hypothèse commune : la perception d'une proximité sociale entre un patient et son médecin favoriserait une meilleure compréhension entre les deux acteurs sur les conseils et les explications données pendant la consultation, quant au contraire la perception d'une distance sociale augmenterait le risque de désaccord entre eux. La perception d'une proximité sociale dépendrait alors de facteurs socio-démographiques, tels que l'âge, le genre, l'origine géographique, le contexte socioéconomique, mais également de valeurs, de croyances, et d'attentes partagées en matière de santé. Notre hypothèse se fondait sur le préconçu que l'association de genre identique chez le médecin et son patient pourrait renforcer la perception d'une proximité sociale, des représentations communes autour de la santé, en particulier sur des dimensions subjectives telles que les normes en santé, la perception de l'état de santé, et les habitudes de vie, et encouragerait alors les discussions sur ces thématiques. Les deux analyses épidémiologiques utilisent la concordance de genre médecin-patient et la distance sociale perçue par le médecin et par le patient, en tant qu'« indicateurs » d'une certaine proximité sociale, ou inversement d'une distance sociale ressentie par les deux protagonistes au cours de la consultation.

L'objectif du premier travail était d'examiner le rôle de la concordance/discordance du genre du patient et de son médecin sur leur accord/désaccord sur les conseils donnés pendant la consultation sur les thématiques de la nutrition, de l'activité physique et de la perte de poids. Ce travail a fait l'objet d'un article en révision auprès de la revue *Family Practice*, qui est présenté dans l'Annexe 1. Le deuxième axe d'analyse avait pour objectif d'explorer l'influence de la distance sociale perçue par les médecins et par les patients sur leur accord/désaccord sur l'évaluation de la santé perçue du patient. Ce travail a fait l'objet d'une publication dans le journal *Patient Education and Counselling* (Schieber et al., 2012) qui est présenté en Annexe 1.

Le **troisième axe du travail de thèse** s'est intéressé à l'intégration des résultats interdisciplinaires issus du corpus qualitatif et du corpus quantitatif du projet INTERMEDE. L'objectif de cette étude était de souligner les conclusions et les hypothèses communes à l'ensemble des disciplines, et de proposer une méthodologie pour l'intégration des résultats dans les projets utilisant des méthodes mixtes de recherche (MMR) dans la recherche sur les soins primaires et les ISS. Cette approche méthodologique fait actuellement l'objet d'un article en cours de traduction pour une soumission à *Journal of Mixed Methods Research* (Annexe 1).

Après avoir décrit la méthodologie du projet INTERMEDE dans une première partie, les résultats issus des analyses épidémiologiques, et les résultats issus de l'intégration interdisciplinaire seront respectivement exposés dans une seconde et une troisième partie. Une dernière partie sera consacrée à la discussion des méthodes d'analyses utilisées et des résultats observés, et à une mise en perspective au regard de la littérature existante.

PREMIERE PARTIE

LE PROJET INTERMEDE

I. LE PROJET INTERMEDE : UN PROJET INTERDISCIPLINAIRE

Le projet INTERMEDE est né à partir d'une phase exploratoire de réflexion interdisciplinaire menée en 2005, associant l'unité INSERM 1027 de Toulouse, l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé de Paris (IRDES) et le Département de Santé Publique du CHU de Nantes. L'organisation de trois séminaires de recherche a permis d'analyser les problématiques des conditions d'émergence de la demande de soins, les interactions avec le système de soins ainsi que les catégories pertinentes pour l'analyse du contexte social. La confrontation des travaux issus de la sociologie, de la santé publique, de l'économie et de l'anthropologie, a conduit à la construction d'hypothèses détaillées à partir des expériences des différentes équipes, et à la formulation d'un questionnement commun.

La complexité de l'interaction entre médecins et patients, et ses enjeux sanitaires nécessitait alors une méthodologie mixte et interdisciplinaire reposant sur l'étude en miroir (le médecin, le patient) du vécu d'une rencontre, lors de la consultation. Le projet INTERMEDE a ainsi réuni différentes équipes de recherche, issues de disciplines variées : épidémiologie, sociologie, économie, textométrie et linguistique, collaborant autour des deux phases qualitative et quantitative. Il s'inscrit dans les axes de recherche développés par l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), associant 18 équipes de 10 laboratoires de recherche en région Midi-Pyrénées.

L'objectif de cette collaboration interdisciplinaire était d'une triple nature :

- Chacune des disciplines impliquées avait pour objectif de publier ses travaux dans son champ disciplinaire ;
- Leurs approches respectives avaient vocation à s'enrichir mutuellement, l'analyse quantitative par la confrontation avec les sciences humaines et sociales, la sociologie avec les linguistes ;
- Enfin, l'enjeu essentiel de la collaboration interdisciplinaire était de dégager, au-delà des résultats produits par chaque discipline, un certain nombre de conclusions communes à l'ensemble des travaux, qui puissent avoir une signification en santé publique et se traduire concrètement dans la politique de santé.

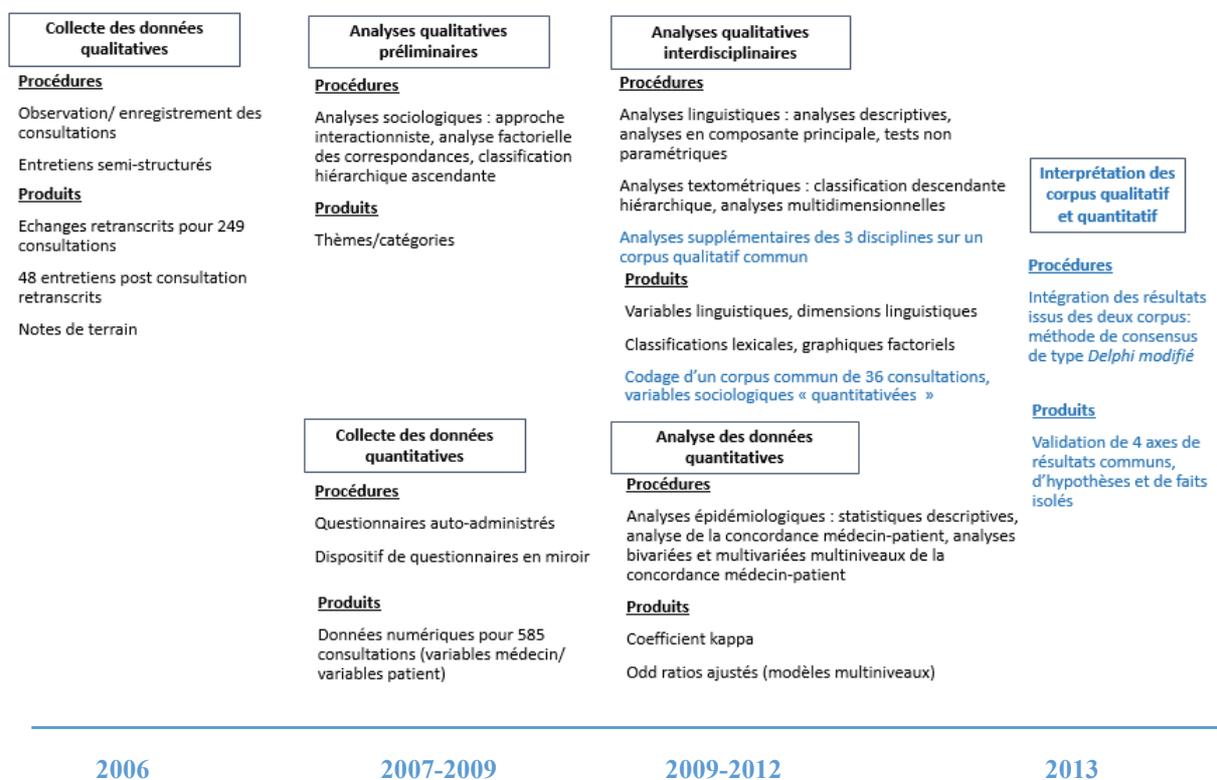
II. SCHEMA D'ETUDE

Le projet INTERMEDE reposait sur un schéma séquentiel exploratoire, avec une première phase qualitative, suivie d'une phase quantitative :

- La méthodologie qualitative reposait sur l'observation *in situ* des consultations et sur des entretiens semi-directifs post-consultation menés auprès des patients et des médecins séparément.
- La deuxième phase quantitative a été conduite selon un schéma d'étude transversal. Elle reposait sur un dispositif de questionnaires en miroir, où médecin et patient devaient répondre respectivement aux mêmes questions après la consultation.

Chaque phase a été conduite de façon indépendante, sur un échantillon différent de patients et de médecins (Figure 1). Les deux étapes ont été menées dans trois régions de France : Ile de France, Pays de la Loire et Midi-Pyrénées.

Figure 1- Diagramme du projet INTERMEDE²



² Diagramme réalisé selon les recommandations décrites dans la littérature sur les méthodes mixtes de recherche, qui sont détaillées dans la troisième partie du travail de thèse.

III. LE CORPUS QUALITATIF

1. Objectifs du corpus qualitatif

Cette première phase qualitative présentait plusieurs objectifs : tester la faisabilité d'un recueil sociologique aux différents temps de la consultation de médecine générale, fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative, et produire des résultats originaux sur les interactions médecin-patient observées.

2. Recrutement des médecins et des patients

2.1. Recrutement

2.1.1. Recrutement des médecins

Les médecins ont été recrutés à partir du syndicat français de médecine générale et du département de médecine générale de Toulouse. Ils ont été recrutés dans les trois régions d'implantation du collectif de recherche : Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Pays de la Loire. Leur cabinet était situé en zone urbaine, comme en zone rurale, autour des villes de Paris, Toulouse et Nantes, et travaillaient en cabinet de groupe ou individuel. Ils étaient volontaires et n'ont reçu aucune compensation financière pour leur participation.

2.1.2. Recrutement des patients

Les modalités de recrutement des patients ont été précisées lors des réunions préalables avec le département de médecine générale de Toulouse. Il a ainsi été décidé d'assister à toutes les consultations sur des demi-journées. Une fiche d'information présentant les objectifs de l'étude était distribuée en salle d'attente à chaque patient (par la secrétaire ou par le médecin). Etait joint un bref questionnaire à remplir, recueillant l'âge du patient, sa profession, son poids, sa taille, l'ancienneté de sa relation avec le médecin, ses principaux problèmes de santé, et le motif de la consultation du jour. L'accord des patients pour participer à l'étude (présence de l'enquêteur lors de la consultation et entretien individuel par la suite) était également recueilli, ainsi que leurs coordonnées afin de réaliser ultérieurement un entretien en face-à-face.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'éligibilité des patients étaient : avoir 18 ans ou plus et être âgé de 80 ans ou moins ; être suivi régulièrement par le médecin observé et ne pas être dans le cas d'une première consultation avec ce médecin ; ne pas être enceinte ou avoir accouché il y a moins de

6 mois ; ne pas consulter ce médecin en urgence ; et avoir donné son consentement éclairé à participer à l'ensemble de l'étude.

Un entretien avec le patient était demandé si le patient était en surpoids ou si le thème de l'alimentation avait tenu une place particulière pendant la consultation.

3. Recueil de données

La première phase qualitative s'est déroulée entre les mois de mars et septembre 2006.

Les données de la phase qualitative ont été recueillies à travers des observations *in situ* des consultations et à travers des entretiens semi-directifs post-consultation.

Ils ont été menés par deux sociologues et une anthropologue.

3.1.Observation in situ de la consultation

Les chercheurs ont observé la communication verbale et non verbale entre patients et médecins durant la consultation. Le chercheur étant présent pendant la consultation, prenant des notes ethnographiques, et enregistrant la consultation avec un enregistreur. Les chercheurs assistaient également à l'examen clinique, à l'exception des examens gynécologiques, ou urologiques.

3.2.Entretiens avec les médecins avec les patients

Des entretiens post-consultation ont été menés auprès des patients et des médecins séparément :

3.2.1. Débriefing et entretien et avec le médecin

Entre deux consultations, ou après le temps d'observation de la demi-journée, un court entretien (débriefing) était fait, pour chaque patient inclus, avec le médecin. Ce débriefing avait pour objectif de recueillir ce que celui-ci connaît du patient et de retracer le déroulement de la consultation selon son point de vue : les objectifs visés atteints ou non atteints, les informations à transmettre, transmises, comprises ou non par le patient, les informations reçues du patient, la qualité estimée de la relation avec ce malade, de la prise en charge médicale, le projet thérapeutique à venir.

Un entretien avec le médecin plus général visait à recueillir des éléments biographiques (âge, année de thèse, année d'installation, volume de consultations...), des informations sur ses pratiques (motivations, limites, difficultés, intérêts...), et ses valeurs professionnelles.

3.2.2. Entretien avec le patient

Quand le patient était éligible pour un entretien et qu'il acceptait, un rendez-vous était alors fixé avec le chercheur. L'entretien avait pour objectif de retracer la consultation selon son point de vue et de mieux connaître sa trajectoire de vie et de santé. Il était demandé son parcours professionnel et résidentiel, sa situation familiale, ses éventuels liens personnels avec le monde médical, ses relations avec le médecin généraliste et avec d'autres médecins, et son état de santé. Concernant la consultation, l'entretien visait à faire apparaître les attentes a priori vis-à-vis de cette consultation, les informations transmises au médecin, les informations reçues, l'accord ou non avec les prescriptions, les difficultés à les respecter, le degré de satisfaction et d'insatisfaction (informations, écoute, compréhension...) pour cette consultation, et plus généralement pour son suivi médical.

4. Analyses

Les premières analyses du corpus ont été conduites par deux équipes de sociologues dans une perspective interactionniste et pragmatique (Glaser and Strauss, 1967), qui ont partagé ensemble leurs résultats initiaux et hypothèses du projet. Deux équipes ont rejoint le projet et ont apporté leurs analyses disciplinaires sur le corpus qualitatif. Etant donné le rôle crucial que joue la dimension langagière et interactionnelle dans les pratiques médicales, les caractéristiques de l'échange entre le médecin et le patient ont ainsi été explorées par une équipe de linguistes selon les méthodes de la linguistique de corpus et dans une perspective de linguistique appliquée. D'autre part, les interactions verbales qui constituent la consultation médicale peuvent faire l'objet d'une approche lexicométrique, et les échanges, considérés comme des données textuelles, ont été analysés statistiquement par un psychologue, spécialiste de la textométrie (Marchand, 2007).

Chaque discipline a travaillé sur le corpus qualitatif, avec leurs méthodes, leurs variables d'intérêt, et leurs cadres d'analyse propres, individuellement, ainsi que dans les séances de groupe, afin de limiter l'impact de la subjectivité de l'interprétation des données. Aucun schéma spécifique d'analyse de données n'a été fixé a priori dans le but de permettre aux chercheurs de développer des théories et des schémas d'analyse quand ils ont travaillé leurs données. Certains axes d'analyse communs ont néanmoins pu être identifiés. Les éléments du contexte social du

patient qui pourraient influencer la relation entre les médecins et les patients, et la manière dont la consultation peut être négociée entre les deux parties ont ainsi été plus particulièrement étudiés. D'autres dimensions ont été explorées en fonction de la littérature, tels que le rôle de l'effet « médecin » dans l'interaction médecin-patient, et l'influence d'une identité partagée perçue dans la qualité des échanges (Street et al., 2008).

Par ailleurs, des analyses complémentaires du corpus qualitatif ont été réalisées par les quatre équipes sur la base d'un « corpus commun » de 36 consultations ayant fait l'objet d'un recodage selon des variables communes définies par les chercheurs (Figure 1). Ces variables résultaient des premiers travaux et hypothèses des sociologues, et leur inclusion au corpus ont permis aux équipes de mener des analyses complémentaires en intégrant le travail des autres chercheurs (Tableau 1).

Tableau 1- Variables du corpus commun qualitatif

Variables communes au corpus qualitatif	
<i>Définies par les deux équipes de sociologues</i>	
Mode d'agir du patient	Autonomie Délégation choisie Délégation subie
Mode d'agir du médecin	Compromis Insatisfaction Satisfaction
Rapport au corps	Faible Moyen Elevé
Ressources médicales du patient	Faibles Moyennes Elevées
Catégorie sociale du patient qualifiée de "populaire"	Oui Non
<i>Variables sociales recueillies</i>	
Age du patient	
Age du médecin	
Sexe du patient	
Sexe du médecin	
Nombre d'années d'installation du médecin	
Ancienneté de la relation médecin-patient	

5. Population d'étude

11 médecins étaient volontaires, 3 étaient des femmes.

Au total, 249 consultations ont été observées, et 48 ont été suivies par des entretiens avec le patient et le médecin séparément. L'ensemble a été enregistré, et retranscrit (Figure 2); Les 48 monographies sont intégralement retranscrites. Pour les 48 consultations correspondantes, nous disposons alors d'un recueil complet avec les données issues de l'observation de la consultation, de l'entretien avec le patient, et de l'entretien avec le médecin.

Parmi les 201 consultations non suivies d'entretien, 194 ne présentait pas de critère d'inclusion pour un entretien, et 7 ont refusé de participer plus loin (Tableau 2). Un échantillon particulièrement large de patients a été contacté en Ile de France (n=159) par rapport à ceux contactés en Midi-Pyrénées (n=53) et en Pays de la Loire (n=37).

Parmi les 48 patients sélectionnés pour un entretien post-consultation, 27 étaient des femmes, l'âge médian était de 60 ans et 40 avaient un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m².

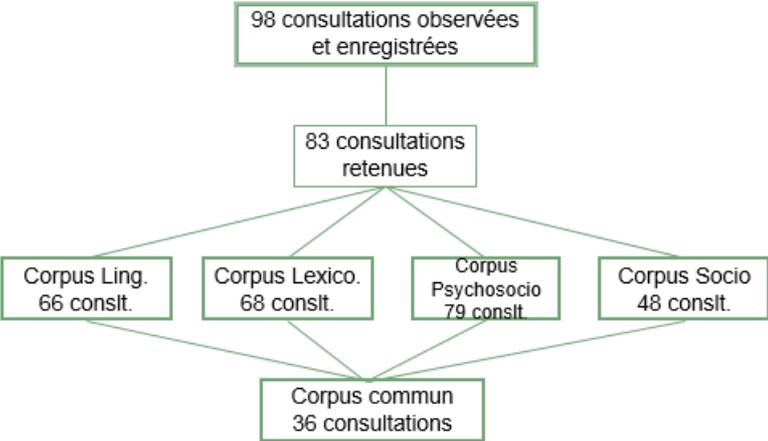
Tableau 2 – Total de médecins et de patients inclus dans la phase qualitative

Région	Médecins généralistes (n)	Patients inclus (n)	Patients inéligibles (n)	Refus (n)	Total des patients contactés (n)
Ile de France	3	17	142*	0	159
Midi-Pyrénées	5	18	30	5	53
Pays de la Loire	3	13	22	2	37
Total	11	48	194	7	249

* Dans cette région, les patients inéligibles et les refus ne sont pas distingués

Chaque discipline a mené ses analyses sur une partie du corpus, et les analyses complémentaires ont été conduites sur un corpus commun de 36 consultations (Figure 2).

Figure 2 - Base de données du corpus qualitatif retenue pour chaque discipline et corpus commun



IV. LE CORPUS QUANTITATIF

1. Objectifs de la phase quantitative

La deuxième phase quantitative constituée par un dispositif de questionnaires en miroir a été développée en partie à partir de la littérature, et des hypothèses générées par les différentes équipes lors des séminaires préparatoires en amont du projet INTERMEDE. L'objectif de la phase quantitative était d'analyser l'accord médecin-patient sur le contenu de la consultation, et de rechercher si la discordance des points de vue des acteurs est liée à la distance sociale qui les sépare. Un objectif était également de suggérer de nouvelles voies d'analyse pour les disciplines du corpus qualitatif.

2. Recrutement et critères d'inclusion

2.1. Recrutement

Les médecins généralistes volontaires ont également été recrutés à partir du syndicat français de médecine générale et du département de médecine générale de Toulouse. Ils ont été recrutés dans les trois régions d'implantation du collectif de recherche : Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Pays de la Loire, afin d'assurer une certaine représentativité territoriale de l'étude.

Des informations étant recueillies à la fois auprès du médecin généraliste et du patient à travers différents questionnaires, un plan d'échantillonnage à deux degrés a été construit :

- Premier degré : sélection non probabiliste de médecins basée sur le volontariat
- Deuxième degré : sélection des patients en deux temps
 - Inclusion dans un premier temps de tous les patients éligibles présents dans la salle d'attente pour chaque médecin sélectionné et auprès desquels ont été administrés le questionnaire pré-consultation et le dispositif de questionnaires en miroir
 - Dans un deuxième temps, deux semaines après la consultation, on stratifie selon l'IMC (corpulence normale/surpoids, obésité) et sur l'âge (moins de 55 ans et plus de 55 ans) pour réinterroger les patients retenus (questionnaires suite de consultation (QP3)).

Le jeu de données était donc composé de grappes de patients constituées par médecin.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'éligibilité des patients étaient les mêmes que ceux utilisés pour la phase qualitative :

- Etre majeur (avoir 18 ans ou plus) et être âgé de 80 ans ou moins ;
- Etre suivi régulièrement par le médecin observé et ne pas être dans le cas d'une première consultation avec ce médecin : la construction de la relation médecin-malade se fait dans le temps et non dès la première consultation ;
- Ne pas être enceinte ou avoir accouché il y a moins de 6 mois ;
- Ne pas consulter ce médecin en urgence ;
- Avoir donné son consentement éclairé à participer à l'ensemble de l'étude.

Aucun critère de santé particulier n'était inclus. Les critères d'éligibilité étaient vérifiés par l'enquêteur à l'aide d'un questionnaire préliminaire.

3. Recueil des données

Le recueil des données quantitatives a été réalisé sur une période de deux semaines entre les mois de septembre et d'octobre 2007 dans les trois régions : Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Pays de la Loire.

3.1. Recueil en cabinet de consultation

Le recueil en cabinet de consultation répondait à une stratification selon le jour de la semaine (y compris le samedi). Ce recueil a été réalisé auprès de chaque médecin sur deux journées si possible contiguës, de façon à ce que l'ensemble de la semaine soit couvert, les populations de patients différant fortement selon ce critère.

Seul le questionnaire suite de consultation (QP3) n'a pas été administré dans le cabinet du médecin généraliste, mais par appel téléphonique, depuis le domicile du patient.

3.2. Un recueil sur la durée auprès des deux acteurs

Les données ont été recueillies auprès des deux acteurs grâce à trois questionnaires administrés aux patients et deux questionnaires administrés aux médecins en plusieurs étapes (Figure 2).

3.2.1. *Les questionnaires administrés aux patients (Annexe 2)*

- *Un questionnaire pré-consultation (QP1)*

Auto-administré en salle d'attente à tous les patients éligibles, ce premier questionnaire avait pour but de relever des caractéristiques sociodémographiques et économiques, l'état de santé perçu et les motifs de consultation du patient. Un enquêteur était présent lors du remplissage des questionnaires en cas d'incompréhension, et précisait les raisons d'un éventuel refus de participation.

- *Un questionnaire post-consultation (QP2)*

Administré en sortie de consultation par un enquêteur dans une pièce isolée, ce questionnaire avait pour objectif de recueillir la vision de l'interaction côté patient ; il reposait comme une partie du questionnaire pré-consultation (QP1), sur un dispositif de questionnaire en miroir des questions posées au médecin en post-consultation (QM2) et de quelques items du questionnaire médecin général (QM3). La santé perçue et les comportements autour de la prise en charge des FRCV y étaient plus particulièrement étudiés: la quantité et la qualité des informations échangées ou non (conseils, explications...), les actions perçues (prise de tension, du poids, auscultation...), les prises de décisions (traitement, examen complémentaire...), et tous les éléments relationnels et émotionnels encadrant la consultation. Cette étape incluait également une mesure du poids et de la taille du patient par l'enquêteur dans une pièce isolée, seule mesure « objective » de l'étude.

- *Un questionnaire suite de consultation (QP3)*

Administré deux semaines après la consultation par un enquêteur au téléphone, ce questionnaire avait pour objectif d'analyser le suivi des recommandations et des prescriptions du médecin par le patient en détaillant les raisons éventuelles de non compliance, et d'explorer les représentations des patients sur leur état de santé général, leur poids, leur nutrition et leurs attentes par rapport aux médecins et au système de santé.

Nous disposions ainsi des questionnaires QP1 et QP2 pour l'ensemble des patients participants ; le questionnaire suite de consultation QP3 n'était quant à lui disponible que pour les patients satisfaisants aux critères de stratification décrits ci-dessus.

3.2.2. *Les questionnaires administrés aux médecins (Annexe 2)*

- *Un questionnaire post-consultation (QM2)*

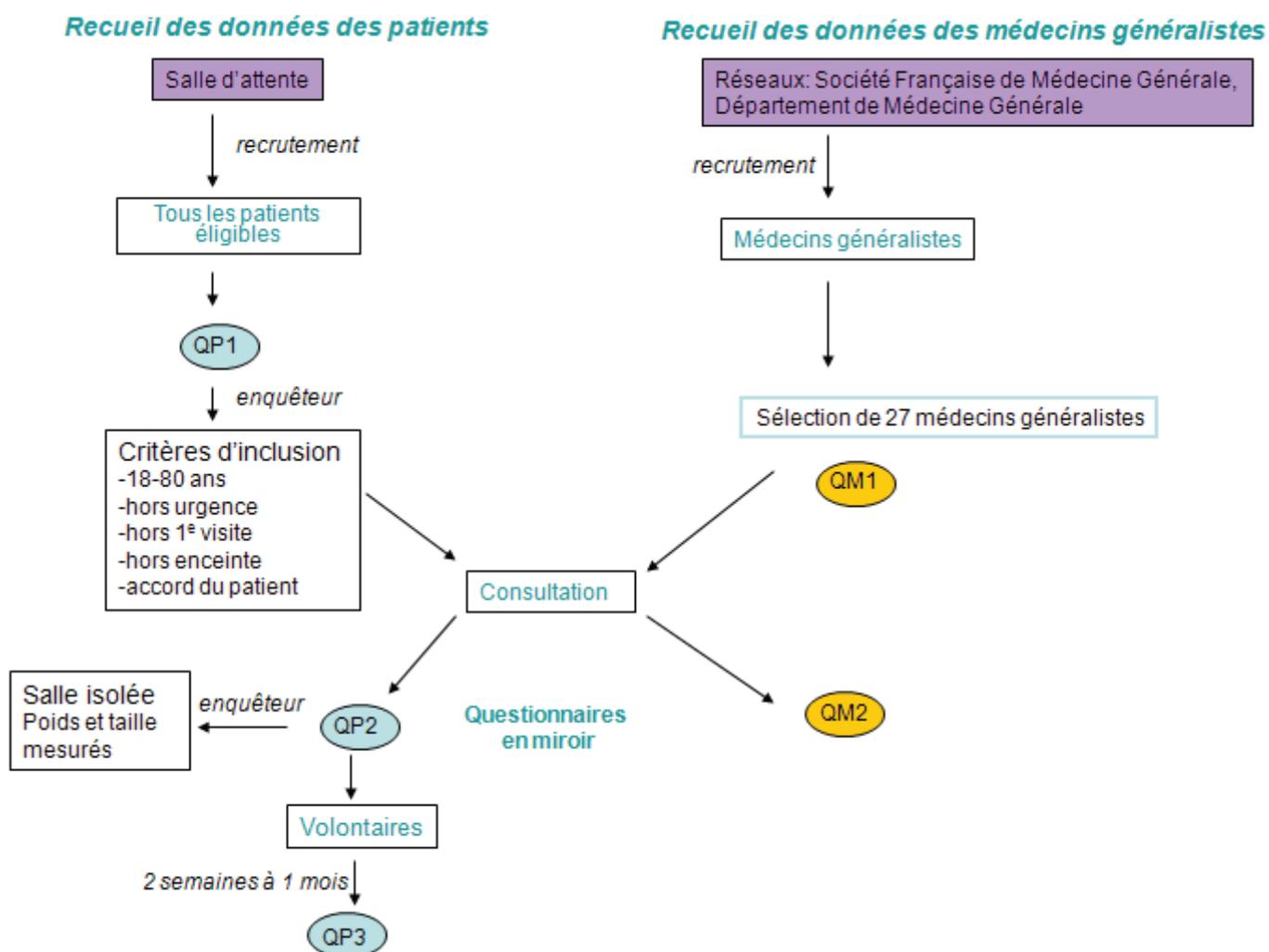
Questionnaire auto-administré en sortie de consultation, il recueillait la vision de l'interaction côté médecin (motif(s) de consultation, diagnostics donnés, traitements prescrits, conseils

donnés), l'évaluation de la santé du patient par le médecin et les connaissances du médecin sur ce patient (situation sociale, attentes). Le médecin devait renseigner ces informations sans recourir au dossier médical du patient. Ce questionnaire était en miroir des questions posées aux patients dans les questionnaires pré et post-consultation.

- *Questionnaire général (QM3)*

Questionnaire auto-administré aux médecins à n'importe quel moment de l'étude, il explorait les caractéristiques générales des médecins (âge, sexe, ancienneté de pratique, santé perçue, consommation de tabac et d'alcool, taille et poids auto-déclarés), la variabilité individuelle de leurs pratiques en fonction des catégories des patients et leurs systèmes de valeurs. Certaines questions concernant les opinions et croyances du médecin étaient également en miroir des questions posées aux patients.

Figure 3- Administration des questionnaires de la phase quantitative



- **Questionnaires administrés aux patients**
- QP1= questionnaire pré-consultation
- QP2= questionnaire post-consultation
- QP3= questionnaire suite de consultation
- **Questionnaires administrés aux médecins**
- QM1= questionnaire général
- QM2= questionnaire post-consultation

3.3. Un recueil par des enquêteurs formés

Les enquêteurs jouaient un rôle central dans la bonne articulation des questionnaires administrés aux patients, en étant présents alternativement en salle d'attente et dans la pièce isolée. Une journée de formation commune aux six enquêteurs recrutés a été réalisée afin de les informer sur les objectifs, le protocole de l'enquête et les mesures de confidentialité à respecter, et afin d'harmoniser leur pratique.

4. Variables étudiées : définition et modalités de mesure

4.1. Accord/désaccord médecin-patient sur les déclarations faites pendant la consultation : la variable à expliquer

L'accord (ou concordance)/désaccord (ou discordance), entre patients et médecins était évalué à partir de questions posées de façon identique au patient et au médecin sur les items présentés dans le tableau 3 à travers le dispositif de questionnaires en miroir.

Ce travail ne préjugait en rien de ce qui avait été réellement fait ou dit pendant la consultation, ne prenant aucune des déclarations comme référence, ne les jugeant ni « correctes » ou « incorrectes » et considérant que chaque acteur apportait sa propre vision de la consultation. L'objectif était alors de s'intéresser précisément à la façon dont médecins et patients se comprennent, comme le reflet de leur interaction.

Tableau 3 – Items explorés à travers le dispositif de questionnaires en miroir

Item	Questionnaire du patient	Questionnaire du médecin
Prendre la tension pendant la consultation	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il pris la tension?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous pris la tension du patient?
Auscultier pendant la consultation	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il écouté le cœur et/ou les poumons (avec un stéthoscope)?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous ausculté le patient?
Mesurer le poids pendant la consultation	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il pesé?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous pesé le patient?
Indiquer une pression artérielle élevée	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il dit que votre tension est trop élevée?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous dit au patient que sa tension est trop élevée?
Indiquer une cholestérolémie élevée	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il dit que votre cholestérol dans le sang est trop élevé?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous dit au patient que son cholestérol dans le sang est trop élevé?
Indiquer une glycémie élevée	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il dit que votre glycémie (taux de sucre dans le sang) est trop élevée?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous dit au patient que sa glycémie est trop élevée?
Indiquer un poids élevé	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il dit que votre poids est trop élevé?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous dit au patient que son poids est trop élevé?
Conseiller de pratiquer une activité physique	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé ou prescrit d'avoir plus d'activité physique?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient d'avoir plus d'activité physique?
Conseiller de perdre du poids	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé ou prescrit de perdre du poids?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient de perdre du poids?
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation de tabac	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation de tabac?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient de réduire sa consommation de tabac?
	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé d'arrêter de fumer?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient d'arrêter de fumer?
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool?	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient de réduire sa consommation d'alcool?
	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il conseillé de ne plus boire du tout?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous conseillé ou prescrit au patient de ne plus boire du tout?
Donner des conseils nutritionnels	Pendant la consultation d'aujourd'hui le médecin vous a-t-il donné des conseils nutritionnels?	Pendant la consultation d'aujourd'hui avez-vous donné des conseils nutritionnels au patient?
Aborder le sujet du poids et de l'alimentation*	Parlez vous de votre poids ou de votre alimentation avec votre médecin généraliste?	Parlez vous avec ce patient de son poids ou de son alimentation?
Evaluer la pratique d'une activité physique	Habituellement faites vous du sport ou pratiquez-vous une activité physique comme le jardinage ou la marche à pied?	Habituellement ce patient fait-il du sport ou pratique-t-il une activité physique comme le jardinage ou la marche à pied?
Evaluer la consommation de tabac*	Fumez-vous, même occasionnellement?	Ce patient fume-t-il, même occasionnellement?
Evaluer la consommation d'alcool*	Combien de verres standards consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?	Combien de verres standards ce patient consomme-t-il au cours d'une journée ordinaire où il boit de l'alcool?
Evaluer la santé perçue**	Comment est votre état de santé?	Comment est l'état de santé de ce patient en général?

**Questions pour lesquelles les modalités de réponse ont été recodées en oui/non*

*** Modalités de réponse en cinq catégories : très mauvaise, mauvaise, moyenne, bonne, très bonne*

4.1.1. Accord/désaccord entre médecins et patients sur les conseils donnés pendant la consultation sur la nutrition, l'activité physique et la perte de poids

La variable à expliquer à travers la première analyse épidémiologique présentée au sein du travail de thèse était l'accord/désaccord entre médecins et patients sur les conseils donnés pendant la consultation sur la nutrition, l'activité physique et la perte de poids.

Trois variables accord/désaccord ont été ainsi créées pour ces trois items, selon deux catégories :

- *Accord quand le couple médecin-patient répond oui-oui ou non-non à la question explorée ;*
- *Désaccord quand le couple médecin-patient répond oui-non ou non-oui à la question explorée.*

4.1.2. Accord-désaccord sur l'évaluation de la santé perçue du patient

Patients et médecins devaient respectivement répondre à la question : « comment est votre état de santé en général ? » (version patient) et « comment est l'état de santé de ce patient en général ? » (version médecin) (Tableau 3). Les modalités de réponse étaient en cinq catégories : très bon, bon, moyenne, mauvaise, très mauvaise. Une variable à trois catégories a été alors créée, regroupant les catégories ainsi : très bon/bon, moyenne, mauvaise/très mauvaise.

A partir des déclarations de chaque acteur, la variable accord/désaccord entre médecins et patients sur la santé perçue du patient a été explorée en utilisant une variable en trois catégories distinguant le sens du désaccord :

- *Accord quand patient et médecin répondaient de façon identique ;*
- *Désaccord où le patient surévalue la santé perçue par rapport à l'évaluation du médecin ;*
- *Désaccord où le médecin surestime la santé perçue du patient par rapport à l'évaluation du patient.*

4.2. Indicateurs de proximité et de distance sociale entre médecins et patients : la variable explicative principale

4.2.1. Concordance de genre médecin-patient

Pour la première analyse, une variable de concordance de genre a été créée ; elle était divisée en quatre catégories :

- *Patiente-médecin femme ;*
- *Patient-médecin homme ;*
- *Patiente-médecin homme ;*
- *Patient-médecin femme.*

4.2.2. Distance sociale perçue par le patient et distance sociale perçue par le médecin

Pour la seconde analyse, une variable de distance sociale perçue par le patient, et une variable de distance sociale perçue par le médecin ont été construites à partir de la position sociale perçue par chaque acteur, pour lui-même et pour son médecin/patient.

La position sociale perçue était mesurée à partir d'une échelle à 10 rangs allant du niveau de vie le plus faible au niveau de vie le plus élevé (Adler et al., 2000; Cantril H., 1965; Singh-Manoux et al., 2003). Patients et médecins généralistes devaient alors répondre à la question : « Les gens ont un niveau de vie plus ou moins élevé dans la société. Situez-vous sur cette échelle qui va des niveaux de vie les plus faibles aux niveaux de vie les plus élevés. Merci de faire une croix entre deux graduations de cette échelle » (Annexe 2). Les médecins généralistes cotaient leur propre position sociale perçue sur l'échelle et celle de leur patient(e), et de la même façon les patients évaluaient leur propre position sociale perçue et celle de leur médecin.

La distance sociale perçue était ensuite calculée comme la soustraction des réponses respectives des médecins et des patients pour chaque paire patient-médecin. Une distance sociale perçue par le patient et une distance sociale perçue par le médecin en étaient déduites pour chaque paire de patient-médecin. Une variable à trois catégories était ainsi créée pour chaque distance sociale perçue :

- *Aucune distance perçue* : quand la soustraction des positions sociales perçues était égale à 0 ;

- *La position sociale des médecins généralistes est perçue comme plus élevée que la position sociale du patient* : quand la soustraction des positions sociales perçues était $\geq +1$;
- *La position sociale des médecins généralistes est perçue comme moins élevée que la position sociale du patient* : quand la soustraction des positions sociales perçues était ≤ -1 .

4.3. Autres indicateurs du contexte social du patient inclus dans les questionnaires en miroir

Les questionnaires en miroir comportaient d'autres variables du contexte social, explorées lors d'analyses précédentes, et introduites quand cela se justifiait comme co-variables dans les modèles :

- Le niveau d'éducation était évalué par le « diplôme le plus élevé obtenu » initialement renseigné selon sept catégories, puis recodé en trois modalités pour les analyses :
 - Niveau baccalauréat et plus (baccalauréat ou brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau, baccalauréat +2 ans, diplôme supérieur);
 - Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) et brevet des collèges ;
 - Aucun diplôme ou Certificat d'Etudes Primaires (CEP).
- L'occupation principale actuelle évaluée en cinq catégories : actif occupé ; chômeur ; retraité ; étudiant, élève, stagiaire en formation ; autre inactif.
- La « profession et catégorie socioprofessionnelle » (liée à la profession exercée actuellement ou antérieurement) évaluée en six catégories : agriculteur exploitant ; artisan, commerçant et chef d'entreprise ; cadre et profession intellectuelle supérieure ; profession intermédiaire ; employé ; ouvrier. Cette variable n'était pas renseignée pour 100 patients ; mais une variable précisant l'emploi exact du patient a cependant permis de recoder la variable pour 44 patients supplémentaires, réduisant le nombre de valeurs manquantes à 56 pour cette variable.
- La situation familiale évaluée en cinq catégories : adulte seul sans enfant ; adulte seul avec enfant(s) ; couple sans enfant ; couple avec enfant(s) ; autre.
- La couverture assurantielle explorée avec trois variables :
 - Bénéficiaire d'une couverture complémentaire maladie ;

- Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) ou de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) ;
- Bénéficiaire de la CMU complémentaire.

5. Analyses

5.1. Description de la population d'étude

Après avoir décrit la population d'étude retenue pour l'étude, une première partie explore les caractéristiques générales des patients et des médecins. Les variables étudiées étaient pour les patients : leur statut économique et social, et plus particulièrement leur niveau d'étude, leur état de santé général, leur santé perçue et leurs FRCV. Les variables étudiées étaient pour les médecins : leur profil professionnel, leur état de santé, leurs FRCV, et leur santé perçue. Les caractéristiques des médecins, en petit nombre, ont été décrites en effectif (n).

Les analyses bivariées ont été réalisées :

- Pour les variables qualitatives : à l'aide d'un test du chi deux et d'un chi deux exact lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.
- Pour les variables quantitatives : comparaison de 2 moyennes à l'aide d'un test de student si les conditions de ce test étaient vérifiées (distributions normales et égalité des variances entre les groupes) et utilisation d'un test non paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon le cas échéant.

Mais le jeu de données comportait deux particularités qui ont nécessité deux types de méthodes spécifiques.

5.2. Analyse de l'accord/désaccord entre patients et médecins par le coefficient Kappa de Cohen

L'accord médecin-patient a été analysé avec le coefficient Kappa de Cohen pour tenir compte du hasard. Les limites du coefficient Kappa sont bien connues, dont la dépendance vis-à-vis de la prévalence des phénomènes observés.

Le coefficient kappa (κ) est un nombre réel, sans dimension, compris entre -1 et +1. L'accord sera d'autant plus élevé que la valeur de κ est proche de +1 ; un κ de 1 représente un accord parfait, alors qu'un κ de 0 représente un accord obtenu par hasard (indépendance des

jugements). Les valeurs négatives indiquent un parfait désaccord entre les deux observateurs (Landis and Koch, 1977).

L'analyse des concordances médecin-patient a été détaillée lors de précédents travaux présentés dans l'Annexe 3 (Schieber et al., 2011).

5.3. Analyses multivariées multiniveaux

La deuxième particularité de ce jeu de données est d'être composée de grappes de patients, constituées par médecin. La constitution particulière de cet échantillon a été prise en compte en utilisant des modèles multi-niveaux (modèles hiérarchiques) (Goldstein, 1995).

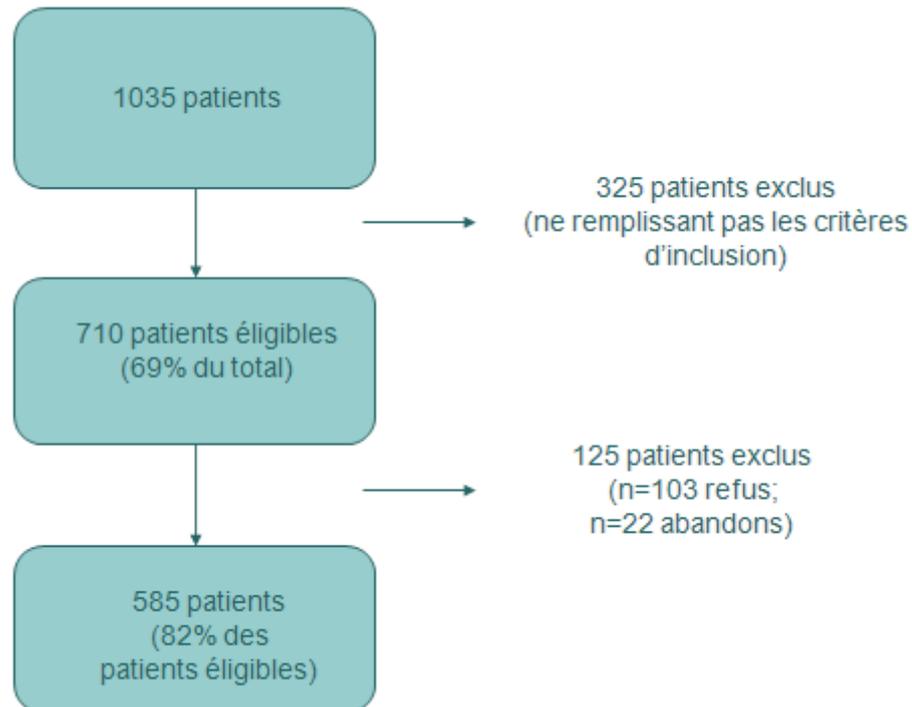
Des modélisations multiniveaux ont été utilisées pour les deux analyses épidémiologiques conduites dans la thèse. Pour chaque item pour lequel un lien significatif était retrouvé entre la variable accord/désaccord (variable à expliquer codée en deux catégories) et la variable explicative principale, et lorsque les effectifs étaient suffisants, une régression logistique a été réalisée en ajustant sur d'autres variables explicatives. Les modèles multi-niveaux permettaient alors d'explorer les différences inter-médecin dans leur façon d'interagir avec les patients, et plus particulièrement d'analyser si certains médecins étaient en désaccord systématique avec leurs patients.

Les analyses ont été réalisées avec Stata S.E.11.0® for Windows®.

6. Population d'étude

Un total de 27 médecins généralistes a participé à l'étude et 1035 patients ont été approchés par les enquêteurs dans la salle d'attente des médecins. Parmi les 710 patients (69 % du total) remplissant les critères d'éligibilité, 125 individus avaient soit refusé de participer (n=103), soit abandonné l'étude (n=22). Au final, 585 patients éligibles ont été recrutés pour participer à l'enquête, ce qui représente 82 % des patients éligibles (Figure 4).

Figure 4 - Population d'étude dans la phase quantitative



Nous disposons ainsi des questionnaires pré-consultation (QP1), des questionnaires post-consultation (QP2) et des questionnaires médecin post-consultation (QM2) pour l'ensemble des 585 paires patients-médecins. La stratification étant postérieure à la consultation, on disposait de 492 questionnaires suite de consultation (QP3).

Les paires patients-médecins étaient issues de la région Ile-de-France dans 214 cas (36,6 %), de la région Midi-Pyrénées dans 198 cas (33,9 %) et de la région Pays de la Loire dans 173 cas (29,6 %) (Tableau 4).

Tableau 4 - Total des médecins et des patients inclus dans l'étude

Site	Médecins généralistes (n)	Patients (n)
Ile-de-France	9	214
Midi-Pyrénées	10	198
Pays de la Loire	8	173
Total	27	585

La comparaison entre les 585 patients inclus et 37 des patients ayant refusé de participer à l'étude et pour lesquels des informations étaient disponibles, révélait que les patients ayant refusé étaient plus souvent plus âgés (41,4 % de patients de plus de 60 ans chez les patients ayant refusé vs 28,3 % pour les patients inclus), provenant du site de Paris (62,1 % vs 33,9 %) et présentant plus souvent des difficultés de compréhension du français (15,2 % vs 3,5 %) ou d'autres inaptitudes (15,1 % vs 4,9 %). Par ailleurs, 19 % des patients étaient accompagnés en salle d'attente et 17 % pendant la consultation. La majorité des patients (94 %) répondait seul au questionnaire, mais ce pourcentage n'était plus que de 81 % pour les patients sans diplôme et de 90 % pour les patients âgés de 65 ans et plus.

V. ETHIQUE

Un formulaire de consentement était soumis à chaque médecin et à chaque patient, précisant comme thème général de l'étude : l'interaction patient-médecin. L'avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était porté à la connaissance des enquêtés (CNIL, 11 septembre 2007).

Les patients étaient informés de leurs droits et des modalités pratiques de participation au projet par une mention sur les questionnaires de collecte, par une notice d'information présentant l'enquête remise à l'arrivée de chaque patient, par une présentation de l'étude affichée en salle d'attente et par un site internet spécifiquement dédié à l'étude. Les données sur support informatique ont été anonymisées au niveau patient et anonymisées au niveau médecin en fin de processus.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSES DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU PROJET INTERMEDE

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE

1. Caractéristiques des patients et des médecins

1.1. Caractéristiques des patients

1.1.1. Caractéristiques générales des patients

Les caractéristiques principales des patients sont présentées dans le tableau 5. Les patients étaient en majorité des femmes (61,2%) ; âgés en moyenne de 49 ans (+/- 17), sans différence significative selon le sexe.

Près de la moitié des sujets (46%) avaient au moins un niveau baccalauréat, 34% des patients avaient un niveau CAP BEP brevet et 21% des patients n'avaient aucun diplôme. Cette variable présentait 8 données manquantes, 24 en enlevant la catégorie « autre ». Les patients étaient pour plus de la moitié des sujets actifs occupés et pour plus d'un quart des retraités. On peut alors remarquer que la catégorie des employés était majoritairement représentée (48,4%), suivie par celles des cadres et des professions intermédiaires (16,5% pour chaque catégorie), puis 8,5% d'ouvriers, 6,4% d'artisans-commerçants et chefs d'entreprise et 3,8% d'agriculteurs. La catégorie des employés était majoritairement représentée chez les femmes, et celles des ouvriers et des artisans-commerçants et chefs d'entreprise plus souvent chez les hommes. Une majorité des patients (91%) disposait d'une couverture complémentaire maladie et 7% des patients étaient bénéficiaires d'une Couverture Maladie Universelle de base (CMU) ou de l'Aide Médicale de l'Etat (AME), sans différence significative selon le sexe du patient.

La composition du foyer du patient était en majorité des couples avec enfant(s) (39,5%) et des couples sans enfant (29,2%), des adultes seuls dans 22,3% des cas et dans 42 cas (7,2%) des parents seul avec enfant(s) ; cette dernière catégorie étant plus souvent représentée chez les femmes.

Tableau 5 - Caractéristiques générales des patients

Caractéristiques générales % (n)	Hommes n=227	Femmes n=358	p
Site (n=585)			
Pays de la Loire	38,2 (66)	61,9 (107)	
Ile-de-France	36,0 (77)	64,0 (137)	
Midi-Pyrénées	42,4 (84)	57,6 (114)	ns
Age (n=584)			
18-34 ans	24,8 (56)	22,9 (82)	
35-49 ans	22,6 (51)	31,0 (111)	
50-64 ans	34,5 (78)	25,4 (91)	
65 ans et plus	18,1 (41)	20,7 (74)	<0,05
Diplôme le plus élevé (n=577)			
Diplôme supérieur (licence et au-delà)	13,2 (29)	18,2 (65)	
Baccalauréat + 2 ans	9,6 (21)	9,8 (35)	
Baccalauréat ou brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau	19,2 (42)	18,2 (65)	
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	33,3 (73)	22,9 (81)	
Brevet des collèges	5,0 (11)	6,4 (23)	
Aucun diplôme ou CEP	17,3 (38)	21,5 (77)	
Autre (diplôme étranger...)	2,3 (5)	3,1 (11)	ns
Occupation principale actuelle (n=585)			
Actif occupé	58,2 (132)	52,5 (188)	
Chômeur	4,0 (9)	1,1 (4)	
Retraité	27,8 (63)	27,7 (99)	
Etudiant, élève, stagiaire en formation	3,5 (8)	4,2 (15)	
Autre inactif et autre	6,6 (15)	14,5 (52)	<0,05
Catégorie socioprofessionnelle (n=529)			
Agriculteur exploitant	4,4 (9)	3,4 (11)	
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	11,2 (23)	3,4 (11)	
Cadre et profession intellectuelle supérieure	18,0 (37)	15,5 (50)	
Profession intermédiaire	15,5 (32)	17,0 (55)	
Employé	35,9 (74)	56,4 (182)	
Ouvrier	15,1 (31)	4,3 (14)	<0,005
Foyer du patient (n=583)			
Adulte seul sans enfant	22,2 (50)	22,4 (80)	
Adulte seul avec enfant(s)	2,7 (6)	10,1 (36)	
Couple sans enfant	32,0 (72)	27,4 (98)	
Couple avec enfant(s)	42,2 (95)	37,7 (135)	
Autre	0,9 (2)	2,5 (9)	<0,05
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire maladie: mutuelle, assurance ou caisse de prévoyance (n=582)			
Oui	91,4 (203)	91,3 (325)	
Non	8,6 (19)	8,7 (31)	ns
Bénéficiaire de la CMU ou de l'AME (n=582)			
Oui	9,3 (21)	6,2 (22)	
Non	90,7 (204)	93,8 (335)	ns

La grande majorité des patients (92,1%) était de nationalité française, et avait pour langue maternelle le français ; 46 patients avaient une autre nationalité (dont serbe, marocaine,

portugaise, italienne, algérienne...) ; 20 patients enquêtés auraient eu des difficultés à parler français.

1.1.2. Etat de santé général des patients

Près de deux tiers des sujets (63%) considéraient leur état de santé comme bon ou très bon, 31% le considéraient moyen, et 7% le considéraient mauvais ou très mauvais (Tableau 6). La moitié des sujets disaient souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique et 26% de patients se plaignaient d'une limitation chronique (« limitation dans les activités que les gens font habituellement depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé »), plus souvent les femmes.

Tableau 6 - Etat de santé général des patients

Etat de santé général % (n)	Hommes n=227	Femmes n=358	p
Santé perçue (n=583)			
Très bon	19,5 (44)	14,0 (50)	
Bon	47,8 (108)	45,7 (163)	
Moyen	25,2 (57)	33,9 (121)	
Mauvais	6,6 (15)	5,6 (20)	
Très mauvais	0,9 (2)	0,8 (3)	ns
Maladie ou problème de santé chronique (n=579)			
Oui	47,1 (105)	53,4 (190)	
Non	52,9 (118)	46,6 (166)	ns
Limité depuis au moins 6 mois (n=579)			
Oui	21,4 (48)	29,3 (104)	
Non	78,6 (176)	70,7 (251)	<0,05

Un peu plus de la moitié des hommes (53%) et 30% des femmes avaient un âge considéré comme un « facteur de risque » d'après les recommandations officielles, c'est-à-dire supérieur à 50 ans pour les hommes et supérieur à 60 ans pour les femmes.

La moitié des sujets était en surpoids (33%) ou obèses (18%), plus souvent les hommes que les femmes (59% vs 46%) (Tableau 7). Toutefois, d'après le questionnaire suite de consultation, seule la moitié des patients en surpoids ou obèses se percevait comme tel. Près de trois quarts des patients (72,6%) déclaraient pratiquer un sport ou une activité physique comme le jardinage ou la marche à pied. La consommation occasionnelle de tabac et la consommation régulière ou excessive d'alcool étaient nettement plus importantes chez les hommes que chez les femmes, avec une différence moins marquée pour le tabac.

Tableau 7 – Facteurs de risque cardio-vasculaire des patients

FRCV des patients % (n)	Hommes n=227	Femmes n=358	p
IMC (kg.m⁻²)* (n=574)			
Maigre (<18,5 kg.m ⁻²)	0,9 (2)	3,7 (13)	
Normal (18,6-24,9 kg.m ⁻²)	41,2 (93)	50,6 (176)	
Surpoids (25,0-29,9 kg.m ⁻²)	42,0 (95)	26,4 (92)	
Obésité (≥ 30,0 kg.m ⁻²)	15,9 (36)	19,3 (67)	<0,005
Pratique d'un sport ou d'une activité physique (n=583)			
Oui	76,6 (173)	70,0 (250)	
Non	23,5 (53)	30,0 (107)	ns
Consommation de tabac régulièrement ou de temps en temps (n=583)			
Oui	33,5 (76)	25,0 (89)	
Non	66,5 (151)	75,0 (267)	<0,05
Consommation de + de 2 verres standards au cours d'une journée ordinaire (n=585)			
Oui	41,0 (93)	12,9 (46)	
Non	59,0 (134)	87,2 (312)	<0,005
Consommation d'alcool 4 fois par semaine ou plus** (n=492)			
Oui	23,6 (43)	6,1 (19)	
Non	76,4 (139)	93,9 (291)	<0,005
Consommation d'alcool en excès au cours d'une même occasion au moins une fois par mois** (n=392)			
Oui	24,1 (39)	6,5 (15)	
Non	75,9 (123)	93,5 (215)	<0,005

*IMC : seule mesure objective, tous les autres FRCV sont déclarés par le patient

**Variables explorées dans le questionnaire suite de consultation QP3

1.1.3. Niveau d'éducation et caractéristiques générales du patient

Aucune différence significative sur le niveau d'éducation n'était observée entre hommes et femmes ; cependant le niveau d'éducation était significativement lié à l'âge, les patients sans diplôme étant dans 48,7% des cas des patients âgés de 65 ans et plus (Tableau 8).

Les personnes sans diplôme étaient plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé (16%), à affirmer souffrir d'une maladie chronique (72%) et d'une limitation chronique (41%) par rapport aux personnes de niveau d'éducation plus élevé. L'IMC était significativement relié au niveau d'éducation, avec 70% des sujets sans diplôme souffrant de surpoids ou d'obésité.

Aucune différence significative n'était observée selon le site étudié.

Tableau 8- Niveau d'éducation et caractéristiques générales des patients

Niveau d'éducation	Hommes % (n)			p	Femmes % (n)			p
	Bac et plus	CAP, BEP et brevet	Aucun		Bac et plus	CAP, BEP et brevet	Aucun	
Age								
18-34 ans	34,8 (32)	23,8 (20)	5,3 (2)		27,9 (46)	26,7 (28)	6,5 (5)	
35-49 ans	23,9 (22)	26,2 (22)	13,2 (5)		41,2 (68)	32,4 (34)	9,1 (7)	
50-64 ans	34,8 (32)	32,1 (27)	39,5 (15)		20,6 (34)	26,7 (28)	32,5 (25)	
65 ans et plus	6,5 (6)	17,9 (15)	42,1 (16)	<0,005	10,3 (17)	14,3 (15)	52,0 (40)	<0,005
IMC								
≥ 25 kg.m ⁻²	55,0 (50)	57,1 (48)	71,1 (27)		38,8 (62)	41,0 (41)	67,5 (52)	
<25 kg.m ⁻²	45,1 (41)	42,9 (36)	29,0 (11)	ns	61,3 (98)	59,0 (59)	32,5 (25)	<0,005
Consommation de tabac								
Oui	33,7 (31)	41,7 (35)	18,4 (7)		26,1 (43)	32,0 (33)	13,0 (10)	
Non	66,3 (61)	58,3 (49)	81,6 (31)	<0,05	73,9 (122)	68,0 (70)	87,0 (67)	<0,05
Consommation d'alcool en excès								
Oui	26,9 (18)	18,8 (12)	32,0 (8)		6,8 (8)	5,0 (4)	0,0 (0)	
Non	73,1 (49)	81,3 (52)	68,0 (17)	ns	93,2 (109)	95,0 (76)	100,0 (57)	ns
Pratique d'une activité physique								
Oui	75,0 (69)	79,8 (67)	75,7 (28)		70,3 (116)	72,1 (75)	67,5 (52)	
Non	25,0 (23)	20,2 (17)	24,3 (9)	ns	29,7 (49)	27,9 (29)	32,5 (25)	ns
Santé perçue								
Bonne ou très bonne	80,4 (74)	71,4 (60)	34,2 (13)		70,1 (115)	64,8 (68)	28,6 (22)	
Moyenne	16,3 (15)	25,0 (21)	44,7 (17)		24,4 (40)	31,4 (33)	58,4 (45)	
Mauvaise ou très mauvaise	3,3 (3)	3,6 (3)	21,1 (8)	<0,005	5,5 (9)	3,8 (4)	13,0 (10)	<0,005
Maladie chronique								
Oui	40,7 (37)	43,4 (36)	64,9 (24)		45,4 (74)	51,4 (54)	75,3 (58)	
Non	59,3 (54)	56,6 (47)	35,1 (13)	<0,05	54,6 (89)	48,6 (51)	24,7 (19)	<0,005
Limitation chronique								
Oui	13,2 (12)	20,5 (17)	39,5 (15)		28,1 (46)	24,0 (25)	42,1 (32)	
Non	86,8 (79)	89,5 (66)	60,5 (23)	<0,05	72,0 (118)	76,0 (79)	57,9 (44)	<0,05

1.2. Caractéristiques des médecins

1.2.1. Caractéristiques générales des médecins

Les médecins étaient plus souvent des hommes : 17 médecins de sexe masculin pour 10 médecins de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 52 ans (+/-5) pour les deux sexes (Tableau 9).

Tableau 9 - Caractéristiques générales des médecins

Caractéristiques générales n	Homme n=17	Femme n=10	p
Site			
Pays de la Loire	3	5	
Ile-de-France	5	4	
Midi-Pyrénées	9	1	ns
Age			
35-49 ans	4	5	
50-59 ans	12	4	
60 ans et +	1	1	ns
Mode d'exercice			
Cabinet individuel	6	2	
Cabinet de groupe monodisciplinaire	9	5	
Cabinet de groupe multidisciplinaire	2	3	ns
Secteur d'activité			
Secteur 1	15	10	
Secteur 2	2	0	ns

La majorité des médecins travaillaient en cabinet de groupe, et exerçaient en secteur 1. Seize médecins participaient à un réseau de soins (alcool, cancer, ville-hôpital...), 20 médecins exerçaient d'autres activités médicales comme l'enseignement, la recherche, ou des vacations hospitalières. Dix médecins avaient un autre diplôme de type diplôme universitaire (DU), diplôme interuniversitaire (DIU) ou master 2. Ils fonctionnaient sur rendez-vous exclusivement (51,9%) ou en alternance avec et sans rendez-vous (48,2%), pour des consultations programmées majoritairement toutes les 15 à 20 minutes.

1.2.2. L'état de santé général et les facteurs de risque cardiovasculaire des médecins

A l'exception de deux médecins percevant leur propre état de santé comme moyen, ils se considéraient tous comme en bonne ou très bonne santé (Tableau 10). Une minorité d'entre eux déclaraient consommer de l'alcool ou du tabac. D'après le poids et la taille déclarés par le médecin, 44,4% étaient en surpoids. La moitié de ces médecins en surpoids et 3 médecins à l'IMC normal se percevaient comme « gros ».

Tableau 10 - Etat de santé général et facteurs de risque cardio-vasculaire des médecins

Etat de santé général et FRCV des médecins n	Homme n=17	Femme n=10	p
Santé perçue			
Très bon	8	3	
Bon	7	6	
Moyen	2	0	ns
IMC			
Normal	8	6	
Surpoids	9	3	ns
Consommation de tabac (régulière ou de temps en temps)			
Oui	3	2	
Non	14	8	ns
Consommation d'alcool 4 fois par semaine ou plus			
Oui	4	3	
Non	13	7	ns
Consommation de + de 2 verres standards au cours d'une journée ordinaire			
Oui	7	2	
Non	10	8	ns
Consommation d'alcool en excès au cours d'une même occasion au moins une fois par mois			
Oui	2	0	
Non	15	10	ns

Les médecins déclaraient recueillir régulièrement auprès de leurs patients des informations concernant leur vie en couple, la composition de leur famille, leur situation professionnelle et leur profession ; plus rarement pour la couverture complémentaire pour huit médecins ; très rarement concernant les diplômes pour l'ensemble des médecins (Tableau 11).

Tableau 11 - Informations recueillies auprès des patients

Informations recueillies auprès des patients	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Vie en couple	14	10	3	0
Composition de la famille	16	8	2	1
Situation professionnelle	18	7	2	0
Profession	14	8	4	1
Diplômes	0	0	9	18
Couverture complémentaire maladie	19	9	2	6

Trois quarts des médecins affirmaient que leur pratique variait en fonction de l'âge du patient, un tiers en fonction de son sexe et 40% en fonction de sa catégorie sociale. De plus,

quelques commentaires précisait leur volonté d'adapter la prise en charge en fonction du patient.

2. L'accord patient médecin tenant compte du hasard : le test Kappa

Pour toutes les actions entreprises pendant la consultation (prise de la pression artérielle, mesure du poids, auscultation), les réponses des paires patient-médecin présentaient de bonnes concordances (Tableau 12). Les informations échangées sur la présence d'une pression artérielle élevée révélaient une bonne concordance (κ 0,66), devenant plus modérée concernant la présence d'un poids, d'une glycémie et d'une cholestérolémie élevés (κ respectivement 0,57 ; 0,49 ; 0,48). L'accord entre médecins et patients était faible pour sur le statut de la consommation d'alcool et la pratique d'un exercice physique (κ 0,24 et 0,36), mais était meilleur pour l'évaluation de la consommation de tabac (κ 0,56). Les concordances étaient bonnes pour les conseils relatifs à une diminution voire à un arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, mais devenaient modérées à faibles si diminution et arrêt étaient considérés séparément (κ 0,62 et 0,37 pour la consommation d'alcool ; κ 0,47 et 0,48 pour la consommation de tabac).

Des accords faibles étaient observés pour les conseils donnés sur l'activité physique (κ 0,34) et sur la nutrition (κ 0,36), et sur l'évaluation de la santé perçue du patient (κ 0,36).

Tableau 12 - Accord entre patients et médecins sur les déclarations faites pendant la consultation

Concordance faible (Kappa <0,41)	% Accord observé	Kappa +/- ET
Conseiller de pratiquer une activité physique	82,9%	0,34 +/- 0,04*
Donner des conseils nutritionnels	84,9%	0,36 +/-0,04*
Evaluer la santé perçue du patient	69,2%	0,36 +/-0,03*
Concordance modérée (Kappa 0,41-0,60)		
Dire au patient que la cholestérolémie est trop élevée	96,6%	0,48 +/-0,04*
Dire au patient que la glycémie est trop élevée	97,6%	0,49 +/-0,04*
Conseiller de perdre du poids	89,6%	0,56 +/-0,04*
Dire au patient que le poids est trop élevé	90,2%	0,57 +/-0,04*
Concordance élevée (Kappa 0,61-0,80)		
Auscultier le patient pendant la consultation	81,8%	0,61 +/-0,04*
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation de tabac	94,2%	0,63 +/-0,04*
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool	98,0%	0,66 +/-0,04*
Dire au patient que la pression artérielle est trop élevée	94,7%	0,66 +/-0,04*
Concordance très élevée (Kappa >0,80)		
Peser le patient pendant la consultation	90,3%	0,81 +/-0,04*
Mesurer la pression artérielle pendant la consultation	94,2%	0,84 +/-0,04*

*p<0,001

II. ANALYSE DU DESACCORD ENTRE MEDECINS ET PATIENTS SUR LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ET INFLUENCE DE LA CONCORDANCE DE GENRE MEDECIN-PATIENT

1. Introduction

Dans le cadre d'un travail mené précédemment ayant fait l'objet d'une publication dans le *British Journal of General Practice* et présenté en Annexe 3, il a pu être observé des niveaux d'accord différents selon la thématique abordée pendant la consultation. L'accord médecin-patient était « bon » concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle et modéré concernant les conseils donnés sur la consommation d'alcool et de tabac, mais il était au contraire faible pour les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique (Schieber et al., 2011). Les analyses ont alors révélé le rôle joué par certaines caractéristiques des patients dans les désaccords observés, tels que l'âge et le niveau d'éducation.

Des études récentes suggèrent que la concordance de genre entre patients et médecins pourrait favoriser la délivrance de conseils préventifs pendant la consultation, l'efficacité de la mise en place du traitement du diabète et de l'hypertension (Henderson and Weisman, 2001; Jerant et al., 2011; Pickett-Blakely et al., 2011). La concordance de genre serait alors associée à une amélioration globale de l'interaction médecin-patient, en encourageant la participation et la confiance du patient envers son médecin, et à une meilleure satisfaction des acteurs de la consultation (Jerant et al., 2011).

Des analyses complémentaires sur le désaccord médecin-patient sur les conseils donnés pendant la consultation sont nécessaires, afin d'explorer le rôle du genre du médecin et du patient dans la naissance d'éventuels malentendus pendant la consultation, et potentiellement à l'origine de disparités dans la qualité soins préventifs délivrés.

2. Objectif et hypothèses de l'analyse

L'objectif de la présente analyse était d'évaluer si le désaccord entre patients et médecins sur les conseils donnés sur la nutrition, l'activité physique et la perte de poids est influencé par la concordance de genre médecins-patients.

L'hypothèse sous-jacente était qu'un patient interagissant avec un médecin du même genre percevrait plus de proximité sociale, notamment sur les représentations du corps et de la santé, favorisant une confiance mutuelle entre les deux acteurs. La concordance de genre

favoriserait ainsi l'accord entre patients et médecins, et inversement la discordance de genre affecterait la compréhension mutuelle entre les deux acteurs.

Cette analyse fait l'objet d'un article en cours de révision auprès de *Family Practice* (Annexe 1).

3. Analyses statistiques

3.1. Analyses bivariées

Des analyses bivariées ont tout d'abord exploré l'influence de la concordance du genre médecin-patient sur le désaccord médecin-patient sur les conseils donnés pendant la consultation, sur la nutrition, l'exercice physique, et la perte de poids.

3.2. Analyses multivariées

Des analyses multivariées multiniveaux ont été menées pour explorer l'influence de la concordance du genre médecin-patient sur le désaccord médecin-patient sur les conseils donnés pendant la consultation. Les variables suivantes ont été introduites dans les modèles, car elles étaient associées au genre du patient et du médecin et à leur désaccord, ou si une relation avec le désaccord médecin-patient était décrite dans la littérature : caractéristiques du médecin (âge, région), et caractéristiques du patient (âge, niveau d'éducation, pratiquer un sport, IMC, et durée de la relation avec le médecin).

4. Résultats

4.1. Analyses bivariées

La moitié des 585 paires patient-médecin avait le même genre : 25,5% de genre concordant masculin et 24,6% de genre concordant féminin (Tableau 13). Les paires discordantes étaient représentées en majorité par des médecins hommes avec des patientes ($214/585 = 36,5\%$), et par une proportion plus faible de médecins femmes avec des patients (13,3%). Il n'y avait pas d'association statistique entre les distributions de genre du médecin et du patient ($p=0,154$).

Tableau 13- Concordance de genre médecin-patient sur les 585 consultations

Genre % (n)	Médecin		
	Masculin	Féminin	Total
Patient			
Masculin	65,6 (149)	34,4 (78)	100,0 (227)
Féminin	59,8 (214)	40,2 (144)	100,0 (358)
Total	62,0 (363)	38,0 (222)	100,0 (585)

$p=0,154$

Les analyses bivariées menées avec les variables d'accord/désaccord ont révélé un désaccord plus faible entre les femmes médecins et leurs patientes (7,6%), et entre femmes médecins et leurs patients (5,1%) pour les conseils donnés sur la nutrition ($p<0,05$) (Tableau 14), ainsi que pour les conseils donnés sur l'activité physique (respectivement 9,0% et 10,3%) ($p<0,05$). En revanche, le désaccord sur la perte de poids semble augmenter entre les hommes médecins et leurs patientes (14,5%) ($p=0,099$), quant au contraire un accord semblait meilleur entre les hommes médecins et leurs patients (91,3%), par rapport à d'autres sujets abordés pendant la consultation ($p<0,05$).

Tableau 14 – Concordance de genre médecin-patient et désaccord médecin-patient sur les conseils donnés pendant la consultation – Analyses bivariées

Accord/désaccord sur les conseils donnés pendant la consultation	Concordance de genre		Discordance de genre		p (global)	p (concordance de genre vs discordance de genre)
	Docteur masculin Patient masculin % (n)	Docteur féminin Patiente % (n)	Docteur masculin Patiente % (n)	Docteur féminin Patient masculin % (n)		
Nutrition						
Accord	78,4 (116)	92,4 (133)	80,8 (173)	94,9 (74)	0	0,817
Désaccord	21,6 (32)	7,6 (11)	19,2 (41)	5,1 (4)		
Exercice						
Accord	77,9 (116)	91,0 (131)	78,5 (168)	89,7 (70)	0,002	0,37
Désaccord	22,2 (33)	9,0 (13)	21,5 (46)	10,3 (8)		
Perte de poids						
Accord	91,3 (136)	93,1 (134)	85,5 (183)	91,0 (71)	0,099	0,041
Désaccord	8,7 (13)	6,9 (10)	14,5 (31)	9,0 (7)		

4.2. Analyses multivariées

Dans les modèles ajustés sur l'ensemble des co-variables, et prenant la catégorie concordance de genre masculin comme catégorie de référence (OR=1), un désaccord était moins souvent observé pour les conseils donnés sur la nutrition quand le médecin était une femme : OR=0,25 (IC95%=0,08-0,78 ; p<0,05) entre les femmes médecins et leurs patientes, et OR=0,24 (IC95%=0,07-0,84 ; p<0,05) entre les femmes médecins et leurs patients (Tableau 15). Concernant les conseils donnés sur l'exercice, un désaccord était moins susceptible d'apparaître entre les femmes médecins et leurs patientes : OR=0,38 (IC95%=0,15-0,98 ; p<0,05). Un effet du « niveau médecin » était alors observé, même après avoir ajusté sur les variables individuelles (p<0,05). Cependant, pour les conseils donnés sur la perte de poids, le désaccord était plus important entre les patientes et leurs hommes médecins, même après ajustement sur les autres facteurs : OR=2,87 (IC95%=1,29-6,41 ; p<0,05).

Tableau 15- Concordance de genre médecin-patient et désaccord médecin-patient sur les conseils donnés pendant la consultation, OR (IC 95%) – Analyses multivariées

Concordance de genre	Désaccord entre médecins et patients sur les conseils donnés sur la nutrition (n=515)		Désaccord entre médecins et patients sur les conseils donnés sur l'exercice physique (n=539)		Désaccord entre médecins et patients sur les conseils donnés sur la perte de poids (n=539)	
	OR (IC 95%) Non ajusté	OR (IC 95%) Ajusté*	OR (IC 95%) Non ajusté	OR (IC 95%) Ajusté*	OR (IC 95%) Non ajusté	OR (IC 95%) Ajusté*
Docteur masculin Patient masculin	1,0 (ref)	1,0 (ref)	1,0 (ref)	1,0 (ref)	1,0 (ref)	1,0 (ref)
Docteur féminin Patiente	0,20 (0,06-0,60)**	0,25 (0,08-0,78)**	0,32 (0,13-0,79)**	0,38 (0,15-0,98)**	0,85 (0,30-2,40)	0,91 (0,31-2,69)
Docteur masculin Patiente	0,83 (0,44-1,58)	1,05 (0,52-2,11)	1,01 (0,58-1,73)	0,90 (0,50-1,63)	2,13 (1,01-4,48)**	2,87 (1,29-6,41)**
Docteur féminin Patient masculin	0,29 (0,08-0,97)**	0,24 (0,07-0,84)**	0,37 (0,13-1,01)	0,46 (0,16-1,34)	1,05 (0,33-3,32)	1,03 (0,31-3,37)
<i>Empty model</i>	<i>Log likelihood ratio test=11,48; p-value=0,000</i>		<i>Log likelihood ratio test=22,06; p-value=0,000</i>		<i>Log likelihood ratio test=5,34; p-value=0,010</i>	
<i>Fully adjusted model</i>	<i>Log likelihood ratio test=0,12; p-value=0,363</i>		<i>Log likelihood ratio test=2,90; p-value=0,044</i>		<i>Log likelihood ratio test=0,46; p-value=0,248</i>	

* Modèles ajustés sur les caractéristiques des médecins : âge, région; et sur les caractéristiques des patients : âge, niveau d'éducation, pratique d'un exercice physique, IMC, durée de la relation avec le médecin

** Significatif quand p<0,05

III. ANALYSE DU DESACCORD MEDECIN-PATIENT SUR L'EVALUATION DE LA SANTE PERÇUE DU PATIENT ET ROLE DE LA DISTANCE SOCIALE PERÇUE PAR CHAQUE ACTEUR

1. Introduction

Kelly-Irving *et al.* ont montré lors d'une précédente analyse que les patients au niveau d'éducation le plus faible étaient trois fois plus souvent en désaccord avec leurs médecins (et les patients avec un niveau d'éducation intermédiaire deux fois plus), que les patients de plus haut niveau d'éducation concernant l'évaluation de la santé perçue du patient. Le désaccord observé était plus souvent marqué par une évaluation plus mauvaise de la part du patient, comparé au médecin (Kelly-Irving *et al.*, 2011). Sachant que la santé perçue est un indicateur prédictif de la morbidité et de la mortalité (DeSalvo *et al.*, 2006; Mossey and Shapiro, 1982), la non identification des patients ayant un faible niveau d'éducation qui se considèrent avec une mauvaise santé pourrait entraîner un manque de conseils pendant la consultation, voire une prise en charge non adaptée, et maintenir, voire aggraver les ISS.

Des analyses supplémentaires sont nécessaires afin d'étudier les mécanismes impliqués dans le désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient, et afin d'examiner plus particulièrement le rôle de la distance sociale perçue par les patients et par les médecins sur leur désaccord.

2. Objectif et hypothèses et de l'analyse

L'objectif de cette analyse était d'évaluer si le désaccord entre patients et médecins variait en fonction de leurs perceptions respectives d'une distance sociale pendant la consultation.

L'hypothèse était que la compréhension mutuelle entre un patient et un médecin est meilleure quand une « proximité sociale » est perçue. Inversement, la perception d'une distance sociale par le patient ou par le médecin pourrait altérer l'interaction médecin-patient, et favoriser la naissance de malentendus.

Ce travail a été publié dans *Patient Education and Counseling* en 2012 (Annexe 1).

3. Analyses statistiques

3.1. Concordance de la distance sociale perçue par chaque acteur

La distance sociale perçue par le patient et par le médecin était calculée selon une variable à trois catégories (cf. deuxième partie, IV. corpus quantitatif). La concordance entre l'évaluation du médecin et celle du patient était calculée pour chaque paire de patient-médecin, en utilisant un test Kappa (Cohen, 1960).

3.2. Analyses bivariées

L'accord/désaccord entre médecins et patients sur l'évaluation de la santé perçue du patient était analysé en fonction de la distance sociale perçue par le patient et en fonction de la distance sociale perçue par le médecin, en utilisant un test du chi² et un test exact de Fischer.

3.3. Analyse multivariée multiniveaux

Dans une dernière étape, l'association entre le degré de distance perçue par le médecin et le désaccord médecin-patient, quand le patient évalue sa santé comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin (*versus* accord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue), a été explorée. La catégorie « une position sociale du médecin perçue plus élevée » (n=441) a alors été divisée en trois groupes, selon le degré de distance estimée :

- *Pas de distance* : soustraction égale à 0 (n=62) ;
- *Faible distance* : soustraction égale à +1 ou +2 (n=199) ;
- *Distance intermédiaire* : soustraction égale à +3 ou +4 (n=184) ;
- *Distance élevée* : soustraction égale à +5, +6 ou +7 (n=58).

La catégorie « une position du médecin perçue plus basse » a été éliminée, en raison du faible effectif observé (n=12).

Une analyse multivariée multiniveaux a été menée afin d'ajuster sur les potentiels facteurs de confusion. Les variables suivantes ont été incluses si elles étaient associées à la variable de distance perçue par le médecin en quatre catégories d'une part, et au désaccord d'autre part : sexe et âge du patient, niveau d'éducation en trois catégories, présence d'une pathologie chronique (oui/non), et la fréquence de consultation (moins d'une fois tous les trois mois/ tous les trois mois/ au moins trois fois par mois), afin d'ajuster sur l'impact potentiel de consultations fréquentes sur l'interaction médecin-patient. Les variables du médecin entrées dans le modèle étaient : l'âge et le sexe du médecin, la région, et le secteur de pratique (secteur

1/secteur 2). L'effet inter-médecin était pris en compte en utilisant une modélisation multiniveaux qui tenait compte de la structure hiérarchique de l'échantillon (Goldstein, 1995).

4. Résultats

4.1. Concordance de l'évaluation de la distance sociale perçue par chaque acteur

Les médecins estimaient plus souvent leur position sociale plus élevée par rapport à leurs patients (86,2%), par rapport à l'estimation des patients (75,6%) ($p=0,001$) (Tableau 16). Inversement, l'absence de distance perçue entre les deux acteurs était plus souvent ressentie par le patient (21,3%), que par le médecin (11,5%). Les patients étaient rarement perçus comme ayant une position sociale plus élevée, que ce soit selon l'estimation du médecin (2,4%) ou de celle du patient (3,1%). Cependant, 69 patients n'ont pas évalué la position sociale de leur médecin, et ce taux de non-réponse était plus élevé chez les femmes et chez les patients se percevant en mauvaise santé ($p<0,05$).

Tableau 16 – Distance sociale perçue par le patient et distance sociale perçue par le médecin

Distance sociale perçue % (n)	<i>Par le patient</i>	<i>Par le médecin généraliste</i>
Aucune distance perçue	21,3 (110)	11,5 (67)
Une position sociale du médecin perçue comme plus élevée	75,6 (390)	86,2 (504)
Une position sociale du patient perçue comme plus élevée	3,1 (16)	2,4 (14)
Total	100,0 (516)	100,0 (585)
<i>p=0,001</i>		

Quand la concordance sur l'évaluation de la distance sociale perçue donnée par le médecin et son(s) patient(e) était analysée plus en détails, un faible niveau d'accord était observé ($\kappa 0,11$; $p=0,001$) (Tableau 17). Parmi les 110 patients ne percevant aucune distance avec leur médecin, 77,3% étaient perçus par leur médecin comme ayant une position sociale moins élevée que celle du médecin. Parmi les 16 patients qui se percevaient comme ayant une position sociale plus élevée, comparée à celle du médecin, 68,8% étaient perçus comme ayant une position sociale moins élevée par leur médecin généraliste.

Tableau 17 – Concordance médecin-patient sur la perception d’une distance sociale

Distance sociale perçue % (n)	Par le médecin généraliste			Total % (n)
	Aucune distance perçue	Une position sociale du médecin perçue comme plus élevée	Une position sociale du patient perçue comme plus élevée	
Par le patient				
Aucune distance perçue	17,3 (19)	77,3 (85)	5,5 (6)	100,0 (110)
Une position sociale du médecin perçue comme plus élevée	9,0 (35)	89,5 (349)	1,5 (6)	100,0 (390)
Une position sociale du patient perçue comme plus élevée	31,3 (5)	68,8 (11)	0,0 (0)	100,0 (16)
Total (n)	59	445	12	516
Concordance de l'évaluation donnée par le médecin et par le patient		<i>Kappa=0,11</i>	<i>p=0,001</i>	

4.2. Analyses bivariées entre l'accord/désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient et la distance sociale perçue par chaque acteur

Aucune association statistiquement significative n'était observée quand l'accord/désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient était exploré selon la distance sociale perçue par le patient ($p=0,226$) (Tableau 18).

L'accord/désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient était en revanche fortement associé à la distance sociale perçue par le médecin ($p=0,026$) : un meilleur accord était observé quand aucune distance n'était perçue (85,1%), en comparaison des situations où le médecin percevait leur position sociale comme plus élevée par rapport à leurs patients (67,0%), ou lorsque le médecin percevait la position sociale du patient comme plus élevée (71,4%) (Tableau 18).

Tableau 18 – Accord/désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient et distance sociale perçue par le patient et par le médecin – Analyses bivariées

<i>Distance sociale perçue par le patient (N=514)</i>	Aucune distance perçue % (n)	Une position sociale du médecin perçue comme plus élevée % (n)	Une position sociale du patient perçue comme plus élevée % (n)	p
Accord	75,5 (83)	68,8 (267)	87,5 (14)	0,226
Le patient évalue sa santé comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin	12,7 (14)	20,4 (79)	12,5 (2)	0,154
Le médecin évalue la santé du patient comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du patient	11,8 (13)	10,8 (42)	0,0 (0)	0,417
<i>Distance sociale perçue par le médecin généraliste (N=581)</i>	Aucune distance perçue % (n)	Une position sociale du médecin perçue comme plus élevée % (n)	Une position sociale du patient perçue comme plus élevée % (n)	p
Accord	85,1 (57)	67,0 (335)	71,4 (10)	0,026
Le patient évalue sa santé comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin	7,5 (5)	21,2 (106)	14,3 (2)	0,007
Le médecin évalue la santé du patient comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du patient	7,5 (5)	11,8 (59)	14,3 (2)	0,281

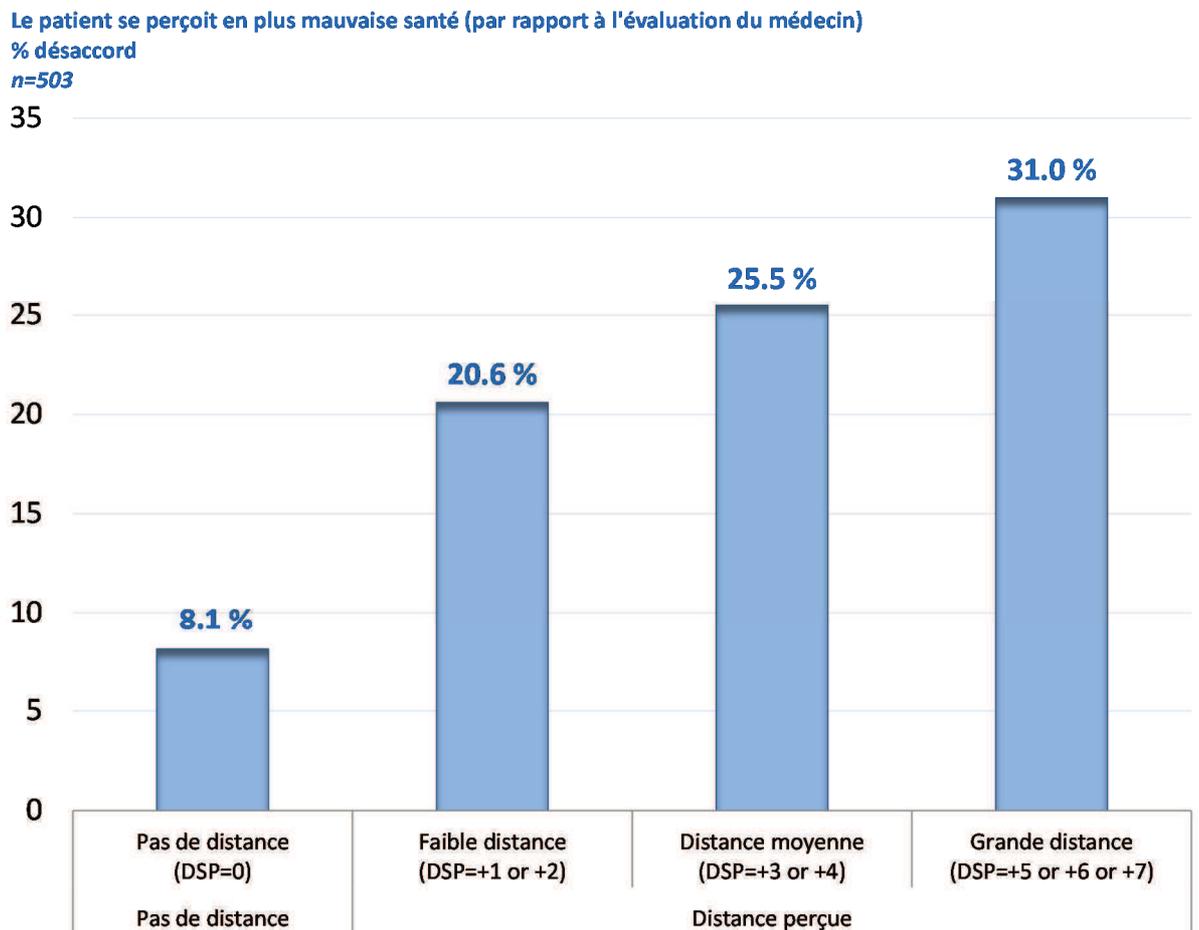
Quand le type de désaccord était détaillé, une association statistiquement significative était observée entre le désaccord, allant dans le sens d'un patient évaluant sa santé perçue comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin, et une distance sociale perçue par le médecin : 21,2% des patients estimés comme ayant une position sociale moins élevée par leur médecin déclaraient que leur santé perçue était plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin, *versus* 7,5% quand aucune distance n'était perçue par le médecin (p=0,007).

Cette association significative (*encadrée dans le tableau 18*) a été explorée plus en détails dans une dernière étape.

4.3. Analyse multivariée du désaccord où les patients évaluent leur santé perçue comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin selon le degré de distance sociale perçue par le médecin

Plus le médecin généraliste percevait une distance sociale avec leurs patients, plus leur désaccord était important (Figure 5) (p=0,010).

Figure 5 - Désaccord médecin-patient avec une santé perçue du patient évaluée comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin et degré de distance sociale perçue par le médecin



Dans l'analyse multivariée multiniveaux, une association était observée entre le désaccord et le degré de distance perçue par le médecin (Tableau 19). Pour une faible distance sociale perçue, il y avait 2,9 fois plus de risque d'observer un désaccord médecin-patient (95%IC=1,0-8,6 ; p=0,055), 3,4 fois plus de risque pour une distance sociale perçue modérée (95%IC=1,1-10,2 ; p=0,031), ce qui s'élevait à 3,8 (95%IC=1,1-13,1 ; p=0,035) pour une importante distance sociale perçue. Aucun effet « inter-médecin » significatif n'a été observé.

Tableau 19 – Désaccord médecin-patient avec une santé perçue du patient évaluée comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin et degré de distance sociale perçue par le médecin – Analyse multivariée multiniveaux

Désaccord : le patient évalue sa santé comme plus mauvaise par rapport à l'évaluation du médecin	OR	IC 95%	p
N=480			
<i>Distance sociale perçue par le médecin généraliste</i>			
Aucune distance	1		
Faible distance	2,9	1,0 - 8,6	0,055
Distance modérée	3,4	1,1 - 10,2	0,031
Distance élevée	3,8	1,1 - 13,1	0,035
Caractéristiques du médecin*			
Sexe			
Homme	1		
Femme	0,6	0,3 - 1,1	0,125
Secteur			
Secteur 1	1		
Secteur 2	0,3	0,1 - 1,0	0,054
Region			
Pays de la Loire	1		
Ile de France	1	0,5 - 1,9	0,926
Midi-Pyrénées	0,5	0,2 - 1,0	0,053
Caractéristiques du patient*			
Sexe			
Homme	1		
Femme	1,6	0,9 - 2,7	0,082
Niveau d'éducation			
Baccalauréat et plus	1		
CAP, BEP et brevet	0,9	0,5 - 1,6	0,741
Aucun	1,9	1,0 - 3,7	0,052
Pathologie chronique			
Non	1		
Oui	2,5	1,4 - 4,3	0,002
Fréquence de consultation			
Moins de tous les trois mois	1		
Tous les trois mois	1,9	1,0 - 3,6	0,049
Au moins une fois par mois	1,8	0,9 - 3,7	0,096

* Ajustement sur l'âge du patient et du médecin ns

TROISIEME PARTIE

INTEGRATION DES RESULTATS INTERDISCIPLINAIRES DU PROJET INTERMEDE

I. OBJECTIFS DE L'INTEGRATION INTERDISCIPLINAIRE DU PROJET INTERMEDE

Chaque équipe du projet INTERMEDE ayant pu produire des résultats et publier des travaux dans leur propre champ disciplinaire (Kelly-Irving et al., 2009; Marchand, 2007; Membrado, 2014; Schieber et al., 2012; Schieber et al., 2011; Tanguy et al., 2011), l'enjeu essentiel du projet INTERMEDE était de produire un socle de connaissances communes et d'hypothèses partagées, en proposant une méthodologie explicite d'intégration des résultats issus des corpus qualitatif et quantitatif.

En effet, l'intégration des productions issues de projets utilisant des méthodes mixtes de recherche (MMR) reste un défi majeur (Clarke, 2009a). L'emploi de ce type de recherche dépasse le « simple » fait de collecter à la fois des données qualitatives et quantitatives, mais vise à intégrer, relier ou « mixer » les données à différentes étapes d'un projet (Yin, 2006). L'utilisation concomitante de méthodes qualitatives et quantitatives se fait intuitivement depuis de nombreuses années, mais la conceptualisation des méthodes mixtes de recherche (MMR), comme l'intégration de plusieurs méthodes en une seule et même étude, correspond à l'évolution d'un champ de recherche récent (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Johnson et al., 2007; Pluye et al., 2009b; Tashakkori and Teddlie, 2003). Certains auteurs le qualifient même de « troisième courant méthodologique », les deux autres faisant référence au courant quantitatif et au courant qualitatif (Guével and Pommier, 2012; Johnson et al., 2007).

Pourtant nombreux travaux interdisciplinaires, collaborant autour d'un même corpus, procèdent la plupart du temps à des analyses séparées (Guével and Pommier, 2012; Johnson et al., 2007). Yin identifie plus précisément cinq étapes où l'intégration peut être effectuée : la formulation de l'hypothèse, l'unité d'analyse, les échantillons, les variables d'étude et les stratégies d'analyse, « plus une même étude intègrera les méthodes mixtes selon ces cinq procédures, plus il s'agira d'une MMR, et non de multiples études mises en place » (Yin, 2006). Néanmoins, l'intégration des résultats issus de différentes disciplines est identifiée comme une étape où un besoin de connaissance est le plus exprimé (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition). Le développement et la diffusion de nouveaux outils revêtent des spécificités dans chaque champ de recherche, comme c'est le cas dans la recherche sur les soins primaires et la recherche sur les ISS où les MMR sont encore peu répandues (Creswell et al., 2004; Stewart et al., 2008).

II. LES METHODES MIXTES DE RECHERCHE : DEFINITIONS ET CHAMP DE RECHERCHE

1. Un champ de recherche en pleine expansion

Plusieurs termes sont retrouvés dans la littérature pour désigner ce champ de recherche : études triangulées ou multiméthodes, études mélangées (« blended »), intégrées, multiples ou mixtes (Pluye et al., 2009b). Les MMR se sont aujourd'hui développées dans différentes disciplines : sociologie, psychologie, sciences de la gestion et du management, sciences du langage, sciences de l'éducation, évaluation des programmes de santé, recherches dans les soins infirmiers, et également en santé publique (Guével and Pommier, 2012; Tashakkori and Creswell, 2008). Les différents leaders des MMR appartiennent à ces différentes disciplines, comme Creswell en psychologie, Bryman en sociologie et Tashakkori, et Teddlie dans les sciences de l'éducation (Pluye et al., 2009b). Mais Pommier et Guével montrent dans leur étude que l'utilisation des MMR reste encore peu développée à l'heure actuelle dans le champ de la santé publique, et plus particulièrement en France (Guével and Pommier, 2012). Un journal de référence dans le champ des MMR, *Journal of Mixed Methods Research*, a été créé en 2007, et des conférences internationales annuelles contribuent à la diffusion et au développement de cette approche. De nombreux enjeux sont au cœur des MMR, pour un domaine de recherche où les nomenclatures, les typologies de protocoles de recherche, et les stratégies d'intégration sont en perpétuelle évolution.

2. Multiplicité des définitions

Johnson et Onwuegbuzie définissent les MMR comme « le champ de recherche qui mixe ou qui combine les techniques, méthodes, approches, concepts ou langage de recherche qualitative et quantitative en une seule et même étude » (Johnson et al., 2007). Mais une hétérogénéité des définitions est retrouvée au long des années, d'un auteur à l'autre, d'une discipline à l'autre, ce qui témoigne du développement récent de ce champ de recherche. En effet, « si un consensus semble se dégager sur ce qui est combiné, à savoir les méthodes qualitatives et quantitatives, d'autres aspects sont cependant source de débats : le moment auquel intervient la combinaison des méthodes, les raisons pour associer les méthodes, et enfin, les éléments qui guident le choix des méthodes mixtes » (Guével and Pommier, 2012; Johnson et al., 2007; Pluye et al., 2009b). Selon Pluye, « il est légitime de considérer comme MMR toute combinaison d'approches méthodologiques, de design et de techniques de collecte ou d'analyse de données, lorsque ces combinaisons satisfont trois conditions : 1) au moins une méthode

qualitative et une méthode quantitative sont combinées 2) chaque méthode est utilisée de façon rigoureuse par rapport aux critères généralement admis et 3) la combinaison des méthodes se traduit par une intégration des approches méthodologiques des designs ou des techniques et des données et (ou) des résultats (Pluye et al., 2009b). Inversement, selon Pluye ne sont pas des méthodes mixtes : 1) une méthode quantitative avec une collecte ou analyse de données qualitatives qui ne réfère pas à une méthode qualitative ou vice-versa, 2) les combinaisons de méthodes quantitatives, 3) les combinaisons de méthodes qualitatives et 4) les juxtapositions de méthodes qualitatives et quantitatives sans aucune intégration d'approches, de design, de techniques, de données et (ou) de résultats qualitatifs et quantitatifs » (Guével and Pommier, 2012; Pluye et al., 2009b).

Certains auteurs schématisent les MMR le long d'un continuum allant des méthodes qualitatives pures aux méthodes quantitatives pures. Inspirés par Johnson et al, Pluye *et al.* proposent l'idée que les MMR s'inscrivent entre les deux idéaux types qualitatif et quantitatif selon trois types méthodologiques qui peuvent être classés sur ce continuum : QUANT mixte (phase quantitative dominante), idéal type MM (QUANT et QUAL égaux) et QUAL mixte (phase qualitative dominante) (Guével and Pommier, 2012; Johnson et al., 2007; Pluye et al., 2009b).

En revanche, pour certains auteurs, cette dichotomie entre méthode qualitative et quantitative masque la variété de ce champ de recherche (Yin, 2006). Ainsi, une seule étude combinant des essais et des enquêtes pourrait être un exemple de MMR, même si aucune méthode qualitative n'a été utilisée. De la même façon des méthodes qualitatives pourraient être combinées en une seule et même étude, même si aucune méthode quantitative n'a été incluse (Berends and Garet, 2002). Les MMR peuvent également concerner l'ensemble du processus de recherche et non uniquement les méthodes, contrairement à ce que suggère le terme « méthode » dans l'expression méthode mixte. Dans cette expression, « le terme « méthode » serait à prendre au sens large » (Guével and Pommier, 2012; Johnson et al., 2007).

3. Intérêts des méthodes mixtes de recherche

L'emploi de ce type de recherche dépasse le « simple » fait de collecter à la fois des données qualitatives et quantitatives, mais vise à intégrer, relier ou « mixer » les données à différentes étapes d'un projet. La logique sous-jacente est qu'aucune des méthodes qualitative ou quantitative n'est suffisante pour capturer la complexité d'une situation. Quand elles sont

utilisées en combinaison, elles permettent une analyse plus complète (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition), et aboutissent à des conclusions plus fortes que si la somme de chaque résultat était pris isolément (O'Cathain et al., 2010). Comme le conclut Bryman « quand les recherches quantitative et qualitative sont réalisées conjointement une compréhension bien plus complète de la réalité sociale peut s'en suivre » (Bryman, 2007). Elles permettent une compréhension plus nuancée d'un phénomène, et étendent le périmètre de l'étude. Par exemple, la compréhension des interventions efficaces pour la réduction des ISS représente un enjeu complexe où le développement de MMR est utile, et permet la genèse de nouvelles connaissances (Stewart et al., 2008). Chaque méthode peut capitaliser les forces des autres méthodes, (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Guével and Pommier, 2012), et les limites d'une approche sont compensées par les forces d'une autre (Tashakkori and Creswell, 2008). Elle permettent également une convergence des résultats, une minimisation des explications alternatives pour les conclusions obtenues, et l'élucidation des aspects divergents d'un phénomène (Stewart et al., 2008).

Les MMR ont trouvé un important domaine d'application dans les équipes de recherche nord-américaines en soins primaires. En 1999, un groupe de travail du National Institute of Health (NIH) de l'Office of Behavioral and Social Science Research a réalisé des guidelines pour conduire des investigations par méthodes mixtes (Creswell et al., 2004). Il rappelle l'importance de combiner des méthodes dans la recherche en santé publique, et recommande aux chercheurs d'explicitier comment leurs méthodes vont être intégrées. Le groupe de travail propose plusieurs modèles pour combiner les données, mais il ne donne pas de critères spécifiques que les chercheurs dans le domaine des soins primaires pourraient utiliser, et ne donnent pas d'exemples d'études publiées pour illustrer les méthodes mixtes ou des modèles proposés. Creswell *et al.* réalisent une analyse de la littérature, et identifient peu d'études où une méthode mixte a été employée avec des méthodes intégrées (Creswell et al., 2004). De plus, bien que les auteurs des études sélectionnées aient l'intention claire de recueillir et d'analyser des données quantitatives et qualitatives dans chaque étude, l'intention de combiner ou d'intégrer les données n'était pas clairement exprimée. Or la justification de l'emploi de méthodes intégrées est centrale dans les protocoles de méthodes mixtes. Les auteurs démontrent qu'un besoin de connaissances sur les méthodes d'intégration est donc particulièrement nécessaire dans la recherche sur les soins primaires.

4. Nomenclature utilisée dans les méthodes mixtes de recherche

Le développement du champ des MMR s'est accompagné par la création d'un système de notation et de représentation graphique spécifiques (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Guével and Pommier, 2012). Ils permettent aux chercheurs de disposer d'un cadre méthodologique commun, et d'un langage partagé. Guével et Pommier dans leur article présentent les grands principes de ce système de notation (Guével and Pommier, 2012). Par exemple, l'usage de majuscule désigne la phase dominante (QUANT, QUAL) et les minuscules la composante complémentaire (quant, qual). Les parenthèses indiquent que les méthodes sont « nichées », la méthode entre parenthèses étant imbriquée dans la première méthode. Une flèche (→) indique que les méthodes sont utilisées de manière séquentielle, et les + indiquent que les méthodes sont utilisées simultanément. Le but du protocole est indiqué à la suite d'un signe d'égalité (=) (Guével and Pommier, 2012).

Par ailleurs, certains auteurs ont développé des guides utiles pour les chercheurs afin de réaliser des diagrammes spécifiques aux MMR. Ils permettent de représenter explicitement le protocole de MMR utilisé, et l'intégration des différentes composantes qualitatives et quantitatives aux différentes étapes du projet (Guével and Pommier, 2012; Ivankova et al., 2006). Elle décrit dix lignes directrices pour l'élaboration d'un diagramme :

- Donner un titre au diagramme ;
- Choisir une représentation horizontale ou verticale ;
- Dessiner des « boîtes » pour les étapes de la collecte de données, de l'analyse, et de l'interprétation des résultats pour chaque composante ;
- Utiliser des lettres majuscules ou minuscules pour identifier la composante prioritaire ;
- Utiliser des flèches pour identifier chaque étape du projet ;
- Préciser les méthodes (« procédures ») de collecte et d'analyse des données propre à chaque composante ;
- Préciser les résultats attendus (« products ») pour la collecte et l'analyse de chaque composante ;
- Utiliser un langage concis pour décrire les techniques d'analyse et les données attendues ;
- Faire un schéma simple ;
- Limiter le diagramme à une page.

5. Schémas de recherche utilisés dans les méthodes mixtes de recherche

Creswell et Plano Clark distinguent six types de protocole de MMR : deux types de schémas parallèles, deux types de schémas séquentiels, le schéma transformatif et le schéma multiphases (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Guével and Pommier, 2012). Chaque schéma présente des caractéristiques propres, des objectifs de recherche auxquels ils peuvent répondre, des forces et des faiblesses liées à leur mise en œuvre.

5.1. Les schémas parallèles ou concomitants

Dans ce type de schéma, les méthodes qualitatives et quantitatives sont habituellement intégrées dès la planification de la recherche, puis à l'étape de la collecte et de l'analyse (Pluye et al., 2009b).

- *Schéma concomitant triangulé (« convergent design »)* : les données qualitatives et quantitatives sont collectées en même temps, et les deux bases de données sont « triangulées » afin d'évaluer la convergence des résultats. Ce type de schéma permet d'obtenir une vue plus complète d'un phénomène à partir de deux bases de données, et de corroborer des résultats issus de différentes méthodes. Ce modèle donne classiquement une importance égale entre les données quantitatives et qualitatives. Ce type de schéma implique un recueil de données simultané ou parallèle. L'intégration des données qualitatives et quantitatives peut se faire au stade de la formulation des résultats, de l'interprétation ou de la conclusion. Les chercheurs peuvent présenter leurs résultats dans des sections séparées, puis discuter la convergence ou la divergence des résultats dans un chapitre propre. Une autre possibilité peut être de transformer un type de données dans une autre forme (en codant les résultats qualitatifs par exemple), afin d'étudier la convergence des résultats. Mais ce type de schéma pose le problème de la sélection et de la taille importante des échantillons. Il pose également la difficulté de faire converger deux jeux de données différents, car il implique de réunir les données numériques (quantitatives) et textuelles (qualitatives). Il suppose aussi de définir la façon dont sera pris en compte d'éventuels résultats discordants.

- **Schéma concomitant niché (« *embedded design* »)** : la méthode utilisée peut être principalement quantitative et intégrer une composante qualitative mineure, ou elle peut être principalement qualitative avec une composante quantitative mineure. La composante principale explore alors une question (par exemple, l'intervention est-elle efficace ?), et une composante plus petite explore une autre question (par exemple, comment les patients réagissent-ils pendant l'essai d'un point de vue culturel ?). Les avantages de ce type de schéma sont de demander moins de temps et de ressources qu'un schéma convergent, et d'enrichir les données obtenues par la méthode principale avec des données supplémentaires. De plus, il demeure facile à mettre en œuvre par des équipes qui sont habituées aux protocoles classiques. L'objectif attendu des données complémentaires doit néanmoins être précisé. Une difficulté peut résider dans l'intégration des résultats issus de ce type de protocole.

5.2. Les schémas séquentiels

Dans le cas des schémas séquentiels, les données d'un type d'approche servent de base pour le recueil d'un autre type de données. Ce schéma est idéal quand une phase contribue à la phase suivante, et enrichit les conclusions d'une étude. Ils peuvent être de deux types, explicatifs ou exploratoires :

- **Schéma séquentiel explicatif (« *explanatory design* »)** : une méthode quantitative est utilisée en premier, dans le but de tester une hypothèse par exemple. Elle est suivie par une phase qualitative qui a pour objectif d'approfondir les résultats quantitatifs. Ce type de schéma utilise les données quantitatives pour sélectionner les participants de la phase qualitative. Habituellement, une place plus importante est accordée à la phase quantitative dans ce type de schéma. Les méthodes sont habituellement intégrées au moment où les résultats qualitatifs sont mobilisés pour interpréter ou expliquer des résultats quantitatifs inattendus. Ce type d'approche est souvent facile à mettre en œuvre et convient aux approches émergentes, mais il suppose une anticipation de la seconde phase, et peut être long à être mis en place.

- **Schéma séquentiel exploratoire (« exploratory design »)** : la méthode qualitative est utilisée dans une première étape, souvent dans le but de générer des variables pour l'étude quantitative. Ce type de protocole permet d'explorer un phénomène dont les caractéristiques ne sont pas connues, de développer un instrument de collecte, et d'évaluer si des résultats qualitatifs peuvent être généralisés. Une place plus importante est habituellement accordée à la phase qualitative dans ce type de protocole. L'intégration intervient à l'étape de l'analyse, quand les chercheurs utilisent les données qualitatives pour développer un instrument de collecte de données, mais également lorsque les résultats quantitatifs sont mobilisés pour confirmer et généraliser les résultats qualitatifs. Il présente les mêmes avantages que le schéma explicatif de par sa facilité de mise en œuvre, mais une expertise est nécessaire pour analyser et coder les données qualitatives, de même que pour développer un outil de recueil de données.

5.3. Les schémas transformatifs (« transformative design »)

Ce type de protocole mobilise un schéma parallèle ou séquentiel guidé par un paradigme « transformatif ». L'objectif visé par ce type de recherche est en effet d'obtenir un changement et de conduire vers une justice sociale. Les forces de ce protocole sont l'implication forte des participants, la production de résultats utiles pour les membres de la communauté, et partagés par l'ensemble des acteurs. Les enjeux et les difficultés de ce type de schéma résident à l'heure actuelle dans le manque de lignes directrices pour la conduite de ce type de protocole, la justification du choix de cette approche, et l'implication importante des participants.

Par la place centrale que ce type de protocole accorde à la participation de la population et à l'évaluation de leurs perceptions, il présente une opportunité pour la compréhension des interventions efficaces pour la réduction des ISS (Stewart et al., 2008).

5.4. Les schémas multiphases (« multiphase design »)

Ce type de protocole combine des études qualitatives et quantitatives concomitantes et/ou séquentielles dans le cadre d'un programme de recherche composé de plusieurs phases. L'objectif type de ces protocoles est souvent d'aborder un ensemble de questions de recherche découlant les unes des autres dans le cadre d'un programme de recherche. Ses forces sont la flexibilité qu'elle suppose pour aborder des « questions interconnectées », son application

intéressante pour l'évaluation de programme et la mise en œuvre d'études sur le long terme (Pluye et al., 2009b). Les enjeux et les difficultés de ce type de schéma sont les besoins importants en temps et en ressources qu'il requiert, le travail en équipe et la mise en lien des différentes études.

Pour Creswell et Plano Clark, le choix du protocole de recherche de MMR, dépend essentiellement de la composition de l'équipe interdisciplinaire, des ressources disponibles, et de la question de recherche explorée (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition). L'importance donnée aux résultats issus de chaque approche, et la manière dont les données qualitatives et quantitatives seront combinées influencent également le choix de la méthode (Guével and Pommier, 2012).

6. Intégration des méthodes mixtes de recherche à différentes étapes d'un projet

L'intégration fait référence à un point de la procédure de recherche où l'investigateur « mixe » les méthodes quantitatives et qualitatives. Intégrer les méthodes en une seule et même étude représente un enjeu fondamental, sinon les différentes méthodes peuvent conduire à de multiples méthodes indépendantes (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition). Mener des études parallèlement, et les synthétiser ensuite ne correspond pas à une MMR. L'intégration doit se faire tout au long de l'étude, depuis la formulation des questions jusqu'aux stratégies d'analyse. Plus les méthodes seront mixées tout au long de la procédure plus les chercheurs pourront tirer bénéfice d'une approche mixte. Yin identifie cinq étapes où l'intégration peut être effectuée : « Plus une même étude intègrera les méthodes mixtes selon ces cinq procédures, plus il s'agira d'une MMR, et non de multiples études mises en place » (Yin, 2006).

6.1. Question de recherche

Une MMR commence par un jeu de questions de recherche communes. Mais dans l'usage des MMR, les questions de recherche sont encore trop fréquemment séparées selon les méthodes employées. Une distinction est typiquement faite entre les méthodes qualitatives qui doivent répondre aux questions de « processus », et les méthodes quantitatives qui doivent répondre aux questions de « résultats ». Mais les études seraient renforcées si les méthodes

qualitatives et quantitatives cherchaient à répondre à des aspects liés à la fois aux processus et aux résultats (Yin, 2006). La recherche quantitative, même si elle est classiquement considérée comme celle qui vérifie ou confirme des théories, peut aussi être utilisée pour la genèse de théories. À l'inverse, les méthodes qualitatives, souvent considérées comme celles qui génèrent des théories, peuvent aussi être utilisées pour la confirmation de résultats quantitatifs (Guével and Pommier, 2012; Punch, 1998). « L'une des plus-values des MMR est alors d'offrir l'opportunité de répondre de manière simultanée à la fois à la question de l'exploration et à celle de la confirmation de théories » (Guével and Pommier, 2012). Par ailleurs, Creswell démontre que les auteurs devraient, dès l'introduction et la formulation des objectifs, justifier l'emploi de méthodes qualitatives et quantitatives, et justifier l'emploi d'une MMR au regard de la question de recherche et de la littérature. Cette justification est en effet rarement présente dans les articles, et le guide établi par le National Institute of Health (NIH) insiste sur son importance (Creswell et al., 2004).

6.2. Unités d'analyse

Toute étude a une unité d'analyse implicite ou explicite. Elle n'est pas forcément l'unité de données collectée, mais c'est elle qui tient la cohérence d'ensemble de l'étude. C'est un des challenges des MMR, car chaque méthode favorise de façon inhérente des unités d'analyse différentes.

6.3. Echantillon

Les échantillonnages doivent aussi être considérés avec attention afin que les méthodes soient intégrées en une seule et même étude. De préférence, les échantillons de chaque méthode doivent être nichés les uns dans les autres.

6.4. Outils de recueil de données

Chaque méthode utilise certains types d'outils de recueil qui lui sont propres. Les MMR ne visent pas à changer cet éventail d'outils, puisque chaque instrument est central à chaque méthode. Cependant, les différents outils de recueil pourraient contenir des variables communes. Plus les items se chevaucheront ou se compléteront, plus les méthodes seront intégrées. Au contraire, des divergences trop importantes entre les variables utilisées pourraient conduire à des multiples études parallèles et séparées (Yin, 2006). Les auteurs doivent aussi

être attentifs à remplir les critères de qualité associés aux méthodes quantitatives et aux méthodes qualitatives (fiabilité, validité, transférabilité).

6.5. Stratégies d'analyse et résultats

Chaque méthode a sa propre stratégie d'analyse. Le but n'est là aussi pas d'imposer aux disciplines les mêmes stratégies d'analyse, mais plutôt de mener des analyses complémentaires conjointes. Une possibilité de stratégie d'analyse commune est d'étudier les relations entre la même variable dépendante et les mêmes variables indépendantes à travers chaque méthode. Une autre approche est aussi de se demander si la relation étudiée entre les variables explorées « raconte la même histoire » d'une méthode à l'autre. Selon Teddlie and Tashakkori « des allers retours d'une base de donnée à l'autre » doivent être effectués pour leur donner un sens global, les données qualitatives doivent s'inspirer des données quantitatives dans le but de trouver des « patterns » qui confirmeraient ou contrediraient les résultats quantitatifs, et les données quantitatives doivent vérifier des questions posées par la phase qualitative (Teddlie and Tashakkori, 2003).

Mais l'enjeu le plus difficile réside dans l'étape de l'intégration des résultats eux-mêmes, c'est-à-dire la façon dont les résultats issus des deux méthodes sont combinés pour répondre aux questions de recherche posées (Guével and Pommier, 2012). L'ensemble des auteurs s'accordent à dire qu'il existe un besoin de connaissances plus fines à cette étape, adaptées à chaque champ de recherche (Bryman, 2007; Clarke, 2009a; Sale et al., 2002). Plusieurs typologies sont proposées par différents auteurs. Celle de Teddlie et Tashakkori en 2003, reprise et appliquée à l'évaluation de programme par Pluye et al. en 2009, retient trois approches possibles (Guével and Pommier, 2012; Pluye et al., 2009b; Teddlie and Tashakkori, 2003) :

- *L'approche complémentaire* : dans cette approche, les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément, et ensuite discutés. « Il doit alors figurer a minima, un élément du volet qualitatif qui contribue à un élément du volet quantitatif - ou inversement-, soit comme un élément qui propose une autre piste d'exploration, ou comme un élément explicatif et/ou de compréhension » (Guével and Pommier, 2012). Moran-Ellis et al. décrivent un processus qu'ils nomment « suivre une piste » (« following a thread ») (Moran-Ellis et al., 2006). Des éléments clés et des questions en suspens sont identifiées après une première analyse de chaque composante d'une étude. Les chercheurs sélectionnent alors une question ou un thème de l'une des

composantes, et la suivent à travers leur propre composante. L'intégration des approches intervient à l'étape de l'analyse.

- *L'approche par tension dialectique* : elle s'utilise quand les résultats quantitatifs et/ou qualitatifs ne permettent pas une convergence et une cohérence dans l'interprétation des résultats. La présentation des résultats s'appuie alors sur un tableau ou une figure à double entrée permettant de croiser les résultats quantitatifs et qualitatifs et de mettre en évidence les cohérences et les divergences. Le processus de triangulation est retrouvé fréquemment dans la littérature des MMR (O'Cathain et al., 2010). L'auteure rappelle les deux sens qui sont souvent donnés au terme de triangulation, qui peuvent être source de confusion. Il est parfois utilisé pour décrire la corroboration entre deux jeux de données ou pour décrire un processus d'étude utilisant différentes méthodes pour obtenir une compréhension plus juste d'un problème donné. Le deuxième sens est celui classiquement utilisé dans le champ des MMR. Le processus de triangulation des résultats issus de différentes méthodes intervient donc à la phase de l'interprétation des résultats. Le protocole de triangulation amène les chercheurs à réfléchir à leurs résultats et à les croiser avec ceux issus des autres méthodes et à identifier des « meta-thèmes » qui traversent les résultats des différentes méthodes. C'est ce que Morgan appelle le « troisième effort », car il intervient après les analyses qualitatives et quantitatives (Morgan, 1998). Plusieurs techniques de triangulation ont été décrites dans la littérature. L'une d'elle consiste à lister les résultats de chaque composante d'une même étude sur une même page, et d'évaluer les points de convergence et les points de divergence entre les résultats issus de chaque méthode. Cette technique implique de produire une « convergence coding matrix », qui identifie les points d'accord, d'accord partiel, de silence ou de dissonance entre les résultats issus de différentes composantes. Cette technique est alors la seule à inclure le « silence », lorsqu'un thème émerge d'une base de données mais pas de l'autre (Farmer et al., 2006; O'Cathain et al., 2010). Ainsi, les résultats qui se confirment à travers plusieurs sources de données renforcent la crédibilité et la transférabilité des résultats pour d'autres contextes similaires. D'autre part, les résultats discordants entre les différentes méthodes offrent l'opportunité de mener des analyses complémentaires pour explorer ces différences (Farmer et al., 2006).

- *L'approche par assimilation* : suggère que les résultats qualitatifs et quantitatifs soient assimilés sous une seule forme, qualitative ou quantitative, c'est-à-dire que les données soient « quantitativées » ou « qualitativées ». Ces termes font en effet référence à une terminologie qui accompagne le développement des MMR. Ils désignent la notion de transformation des données : « qualitativer » (« *qualitizing* ») quand les données collectées avec une méthode quantitative sont converties en données narratives et analysées qualitativement, et « quantitativées » (« *quantitizing* ») quand des données collectées par des méthodes qualitatives sont converties en codes numériques afin d'être analysées statistiquement (Guével and Pommier, 2012; Pluye et al., 2009b). Miles et Huberman décrivent dans leur ouvrage les différentes étapes pour la réalisation d'une « meta-matrice » (Miles and Huberman, 1994). Ainsi toutes les données issues d'un même cas peuvent être étudiées simultanément, les données issues du questionnaire et du transcript de leur entretien par exemple. Les données peuvent alors être intégrées dans une « meta-matrice », les lignes représentent les cas et les colonnes représentent les différentes données collectées pour chaque cas (O'Cathain et al., 2010; Wendler, 2001). Cette technique a pu trouver un domaine d'application dans les essais contrôlés randomisés, afin d'identifier des points de discordance sur une même variable de santé, entre des mesures quantitatives et des données issues d'entretiens (Campbell et al., 2003). Selon O'Cathain et al., l'intégration des méthodes dans ce type d'approche intervient dès la phase de l'analyse (O'Cathain et al., 2010).

Néanmoins, l'intégration des résultats issus de différentes disciplines demeure l'étape où un besoin de connaissance reste le plus important. Le développement et la diffusion de nouveaux outils revêtent des spécificités dans chaque champ de recherche. C'est notamment le cas dans la recherche sur les soins primaires et la recherche sur les ISS, où les MMR sont encore peu répandues, et où un besoin de nouvelles connaissances est nécessaire.

III. INTEGRATION DES PRODUCTIONS ISSUES DES CORPUS QUALITATIF ET QUANTITATIF PAR UNE METHODE DE TYPE DELPHI MODIFIE

Dans le cas des schémas séquentiels, l'intégration des méthodes intervient classiquement à l'étape de l'analyse de la phase qualitative quand les chercheurs exploitent les données pour créer un instrument de recueil de données, ou dans la phase finale où les résultats sont discutés, et rapprochés de façon complémentaire (Creswell et al., 2004). Le schéma représente alors en lui-même une stratégie d'intégration des analyses. Mais l'objectif du projet INTERMEDE était de formaliser un socle de résultats partagés par l'ensemble des équipes, issus des regards croisés de chaque discipline. Il s'agissait alors de développer une méthodologie innovante pour l'intégration des résultats pour les études employant des MMR, qui puisse être utile plus particulièrement dans la recherche sur les soins primaires et sur les ISS, et pour les études mobilisant des schémas séquentiels avec des échantillons différents (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition).

La méthodologie développée pour notre travail d'intégration des résultats s'inspire de la méthode participative *Delphi* (Dalkey and Helmer-Hirschberg, 1962), un processus dialectique, qui a été conçu dans le but d'offrir les avantages d'une mise en commun et d'un échange d'opinions, de manière à ce que les personnes interrogées puissent découvrir les opinions des autres (Slocum, 2006). L'objectif le plus souvent recherché dans ce type de méthode est d'atteindre un consensus. Dans notre démarche, il s'agissait d'identifier les notions clefs ressortant du projet. L'objectif était de pouvoir obtenir sous un format synthétique un socle de conclusions et d'observations issues du projet, afin qu'elles puissent être utilisables pour la formulation de recommandations concrètes pour la pratique en médecine générale et la genèse d'hypothèses pour de futurs travaux dans la recherche sur les soins primaires.

Cette méthode s'est déroulée selon plusieurs phases successives.

1. Premier tour

Un premier questionnaire d'intégration interdisciplinaire a été développé, et a été rempli par chaque personne ayant travaillé sur les données dans chacune des cinq équipes (n=12). Ce questionnaire explorait les questions de recherche et les résultats issus des travaux de chaque équipe en formalisant leur accord/désaccord en répondant par « Oui/Non/ne sait pas » pour chaque résultat obtenu. Un espace de commentaires était prévu pour chaque section.

2. Deuxième tour

Les réponses au premier questionnaire ont été analysées selon un regroupement ‘bruts’ des notions convergentes, divergentes et autonomes/ isolées. Ce regroupement des résultats ‘bruts’ a abouti à la rédaction d’un document de synthèse identifiant une série de conclusions et d’hypothèses communes. Ce document a été envoyé aux mêmes membres de chaque équipe (n=12) en leur demandant leur « accord » ou « désaccord », conclusion par conclusion, et leurs suggestions par écrit. L’analyse des réponses a permis d’aboutir à un nouveau document identifiant les grands axes de conclusion.

3. Réunion en face à face

La troisième étape de ce processus participatif était organisée sous forme d’une réunion plénière avec l’ensemble des équipes. Les points convergents, les points divergents entre disciplines, et les faits isolés observés par chaque équipe y ont été discutés. L’objectif était de valider les axes principaux de résultats issus des productions interdisciplinaires.

4. Rédaction du document final

La rédaction du document final et sa validation ont constitué la dernière étape de la méthodologie développée. Les conclusions communes ont été formulées sous forme de trois niveaux de connaissances, en fonction de la concordance des observations :

- Niveau 1 de connaissance : quand une observation était partagée par au moins deux disciplines ;
- Niveau 2 de connaissance : quand une observation était faite par une équipe et qu’elle suscitait en écho une hypothèse explicative ou compréhensive pour une autre discipline ;
- Niveau 3 de connaissance : quand une hypothèse ou un fait était observé isolément par une équipe.

5. Soumission des résultats à un panel de médecins généralistes

Les résultats ont été soumis à un premier panel de médecins généralistes lors d'un séminaire de recherche en médecine générale³. Une soumission auprès d'un panel plus large de médecins généralistes est envisagée à moyen terme.

³ Séminaire financé par l'IReSP (Comment réduire les inégalités de soins préventifs en médecine générale ? Professeur Lombrail) au mois de mai 2012.

IV. RESULTATS : CORPUS COMMUN DE CONNAISSANCES

A l'issue des deux tours et de la réunion plénière, quatre axes principaux de résultats ont été identifiés. Ce socle de connaissances communes est synthétisé dans les tableaux 1 à 4.

1. Premier axe : Influence de l'interaction médecin-patient sur les soins préventifs (tableau 1)

« *Les soins préventifs détiennent une place variable dans la consultation qui dépendent fortement de la thématique abordée, la nutrition et l'exercice physique étant perçus pour nombre de patients comme ne relevant pas du registre des soins et source de malentendus avec le médecin* » (niveau 1 de connaissance). De bonnes concordances entre médecins et patients étaient constatées par les épidémiologistes pour la prise en charge de l'hypertension artérielle et pour les consommations d'alcool et de tabac. A l'inverse, les échanges autour de la nutrition et de l'activité physique entraînaient des désaccords plus nombreux. La thématique de l'alimentation était par ailleurs souvent mise en avant par le patient dans les analyses lexicométriques, mais elle était rarement structurante pour le médecin. Selon les sociologues, ces thématiques relèveraient alors plus « de la conversation ordinaire », non médicalisée, que le patient et le médecin considéreraient comme ne relevant pas à part entière de la consultation. Le thème de l'alimentation ferait appel à un registre de communications lié à des savoirs hétérogènes et des réalités multiples, au contraire de la prise en charge de l'hypertension artérielle où un savoir expert du médecin semblerait dominer.

« *La question du poids est peu abordée, souvent même évitée et sous-estimée, et elle est source de désaccord entre patients et médecins* » (niveau 1 de connaissance). La question du surpoids était peu abordée et même souvent évitée en consultation, sous-estimée tant par les médecins que par les patients, d'après les analyses sociologiques et épidémiologiques. Les sociologues ont observé une minimisation (banalisation) du risque surpoids dans l'absence de pathologie associée, d'autant plus chez les patients masculins. Elle était alors source de désaccords entre médecins et patients dans la phase quantitative, avec des médecins qui déclaraient avoir donné une recommandation, que le patient disait ne pas avoir entendu.

« *Une variabilité est observée entre médecins en matière de pratiques de prévention. Elle dépend des caractéristiques des médecins, de leur mode de vie, de leur exercice, de leur propre état de santé, indépendamment des caractéristiques des patients. Leur rôle respectif dans l'interaction médecin-patient est à prendre en compte (niveau 1 de connaissance)* ».

Une grande variabilité des pratiques entre médecins était observée en matière de recommandations hygiéno-diététiques par les sociologues, le spécialiste en lexicométrie et les épidémiologistes, à la fois en termes de fréquences d'apparition du thème et de volumes de communication. Une absence de recommandations liée par exemple au surpoids ou à la consommation d'alcool, a pu être observée de la part de certains médecins, alors qu'il y avait une attente du patient ou un surpoids évident. Le rôle des caractéristiques propres du médecin (âge, sexe), son mode de pratique, ses représentations, son propre état de santé, ses habitudes de vie, son rapport au poids, sa formation, et son sentiment de capacité d'action limitée dans ce domaine, représentent autant de facteurs qui pourraient contribuer à cette variabilité, indépendamment des caractéristiques des patients, et qu'il serait intéressant d'analyser plus finement.

Tableau 1- Axe 1 : Influence de l'interaction médecin-patient sur les soins préventifs

Niveau de connaissance	Connaissance partagée	Corpus qualitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses			Corpus quantitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses	
		Analyses sociologiques LISST UMR 5193	Analyses psychosociales SOI EA 3690	Analyses linguistiques CLLE UMR 5263	Analyses lexicométriques LEARASS UE 827	Analyses épidémiologiques INSERM UMR 1027
Niveau 1	Les soins préventifs détiennent une place variable dans la consultation qui dépend fortement de la thématique abordée, la nutrition et l'exercice physique étant perçus pour nombre de patients comme ne relevant pas du registre des soins et source de malentendus avec le médecin.		Les thématiques de la nutrition et de l'activité physique semblent relever « de la conversation ordinaire ». Hypothèse compréhensive : un registre de communications lié à des savoirs hétérogènes et des réalités multiples pour l'alimentation vs un savoir expert qui domine pour les autres thèmes.		La thématique de l'alimentation est souvent mise en avant par le patient mais elle est rarement structurante pour le médecin.	La nutrition et l'activité physique sont source d'importants désaccords médecin-patient, au contraire de thématique comme la prise en charge de l'hypertension artérielle où l'accord est très bon.
Niveau 1	La question du poids est peu abordée, souvent même évitée et sous-estimée, et elle est source de désaccord entre patients et médecins.	La question du surpoids est peu abordée et même souvent évitée, en consultation, entre le médecin et le/la patient-e. Le surpoids est sous-estimé de part et d'autre, d'autant plus par les patients masculins.	Hypothèse compréhensive : le rôle du mode de vie et du rapport au poids du médecin, et de la relation au patient qu'il s'agit de préserver, seraient à approfondir.			Médecins et patients sont en désaccord sur la question du poids.
Niveau 1	Une variabilité est observée entre médecins en matière de pratiques de prévention. Elle dépend des caractéristiques des médecins, de leur mode de vie, de leur exercice, de leur propre état de santé, indépendamment des caractéristiques des patients. Leur rôle respectif dans l'interaction médecin-patient est à prendre en compte.	Hypothèse compréhensive : les propres caractéristiques du médecin, son mode de vie et son rapport au poids influenceraient les recommandations hygiéno-diététiques prodiguées au cours d'une consultation.	Une variabilité est observée entre médecins sur les recommandations hygiéno-diététiques. Hypothèse compréhensive : les propres caractéristiques du médecin, son mode de vie et son rapport au poids influenceraient les recommandations hygiéno-diététiques prodiguées au cours d'une consultation.			Le désaccord médecin-patient observé sur les conseils donnés sur l'activité physique varie d'un médecin à l'autre. Hypothèse explicative : les caractéristiques socio-démographiques des médecins, leur état de santé, et leur formation, pourraient influencer les désaccords observés pendant la consultation.

2. Deuxième axe : le rôle du genre du patient et du médecin sur leur interaction (tableau 2)

« *Le genre du médecin et du patient influencent sensiblement le déroulé de la consultation, et les thématiques abordées* » (niveau 1 de connaissance). Les médecins femmes se démarquaient par une activité d'écoute et de discussion plus intense sur la vie du patient, posaient plus de questions et laissaient plus la parole à leurs patients, leurs consultations étaient plus longues d'après les analyses menées par les linguistes et les sociologues. De la même façon, les linguistes observaient des échanges en moyenne plus longs avec des patientes femmes, avec une part plus grande de la parole du patient, et une plus grande écoute du médecin. A l'inverse, un volume de communication consacré à l'explication de la maladie était plus important chez les médecins hommes, d'après les observations sociologiques. Ces résultats ont fait écho au meilleur accord médecin-patient observé par les épidémiologistes pour certains conseils donnés pendant la consultation, quand le médecin était une femme. Par ailleurs, les analyses lexicométriques ont révélé la mobilisation de vocabulaires différents selon les patients : traitements médicamenteux, troubles du sommeil et alimentation pour les hommes ; gestion administrative et suivi médical et social (enfants) pour les femmes.

« *La concordance/ discordance de genre influence l'accord/désaccord entre médecins et patients* » (niveau 2 de connaissance). L'équipe d'épidémiologistes a observé un meilleur accord entre les femmes médecins et leurs patientes sur les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique. Les médecins femmes pourraient développer des « modes d'agir dans la complicité » avec leur patientes dans des formes outrepassant l'engagement contractuel spécifique de la relation thérapeutique, selon l'hypothèse des sociologues. À l'inverse, des malentendus apparaissaient entre les médecins hommes et leurs patientes autour de la question du surpoids. L'influence du genre dans les interactions qui peuvent se nouer ou distancer médecins et patients représenterait une dimension à prendre en compte dans l'étude de la qualité de la relation médecin-patient, et de l'accès secondaire aux soins.

Tableau 2 - Axe 2 : Influence du genre du médecin et du patient dans leur interaction

Niveau de connaissance	Connaissance partagée	Corpus qualitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses			Corpus quantitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses
		Analyses sociologiques LISST UMR 5193	Analyses psychosociales SOI EA 3690	Analyses linguistiques CLLE UMR 5263	Analyses lexicométriques LEARASS UE 827
Niveau 1	Le genre du médecin et du patient influencent sensiblement le déroulé de la consultation, et les thématiques abordées.	Un volume de communication consacré à l'explication de la maladie est observé de façon plus importante chez les médecins hommes. A l'inverse une activité d'écoute et de discussion plus intense sur la vie du patient est observée pour les médecins femmes.	Les médecins femmes se démarquent par une activité d'écoute et de discussion plus intense sur la vie du patient, posent plus de questions et laissent plus la parole à son patient.	Des vocabulaires différents sont observés selon les patients.	Hypothèse explicative : le mode de communication des femmes médecins pourrait expliquer en partie le meilleur accord observé avec les patients sur les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique.
Niveau 2	La concordance/ discordance de genre influence l'accord/désaccord entre médecins et patients.	Hypothèse compréhensive : les médecins femmes pourraient développer des « modes d'agir dans la complicité » avec leur patientes.			La concordance/discordance de genre influence les désaccords médecins-patients.

3. Troisième axe : caractérisation de l'interaction médecin-patient

Chaque discipline a caractérisé l'interaction médecin-patient selon son cadre d'analyse propre. En résultent différentes dimensions observées faisant plus ou moins échos aux autres disciplines (tableau 3).

« Différents modes d'agir ensemble caractérisent l'interaction médecin-patient, entre coopération et délégation choisie ou subie (niveau 1 de connaissance). » Les deux équipes de sociologues ont caractérisé des "modes d'agir ensemble", avec d'un côté des patients plus ou moins autonomes ou dans la délégation, et de l'autre des postures soignantes se situant entre discrétion et paternalisme. Ces modes d'agir qualifient un travail commun d'action entre médecins et patients autour de la complicité, du pragmatisme, de la coopération ou inversement de l'instrumentation, et de la distanciation des savoirs.

« Deux types d'interaction médecin-patient se distinguent selon l'attitude du médecin : une attitude orientée vers la technique (clinique) et une attitude plus orientée sur le relationnel, l'écoute et le dialogue » (niveau 1 de connaissance). Le spécialiste en lexicométrie et les deux équipes de sociologues ont objectivé deux types d'attitude de la part du médecin, une centrée sur la technique, « attitude paradigmatique », et une orientée sur le relationnel et le dialogue, « attitude syntagmatique », avec une tendance plus forte sur l'une ou l'autre selon les ethos et les rapports particuliers à la médecine et la relation de soin.

« La relation médecin-patient se caractérise par la satisfaction/insatisfaction du médecin et du patient. Une meilleure satisfaction est observée chez le médecin pour des consultations davantage orientées sur la technique, et des thématiques où le consensus scientifique domine. L'insatisfaction du médecin éprouvée sur des thématiques telle que la nutrition pourrait contribuer à des malentendus entre médecins et patients (niveau 1 de connaissance) » Le spécialiste en lexicométrie a observé une relation vécue par le médecin d'autant plus satisfaisante quand il met en place une attitude paradigmatique, et d'autant moins satisfaisante quand il met en place une attitude syntagmatique centrée sur le sujet et la relation ; le compromis se situant à l'intermédiaire. D'après les sociologues, le médecin est en effet satisfait sur des questions où son savoir expert domine, et quand il a le sentiment de pouvoir faire quelque chose avec son patient, notamment ceux avec qui il coopère et négocie. L'insatisfaction peut venir quant à elle des patients qui les renvoient à leur impuissance, ou parce que les patients « ne comprennent rien » ou encore face à des patients qui n'écoutent rien et qui « n'en font qu'à leur tête ». Les patients auraient également tendance à être plus satisfaits

d'une relation qui les informe sur leur état de santé et qui est à leur « écoute » des symptômes rapportés, que sur le « relationnel ». Il est probable, selon un des sociologues, que cette satisfaction/ insatisfaction varie en fonction de la nature des plaintes. Les problématiques psychiatriques, insaisissables pour le médecin, ou parce qu'elles brouillent le cours de la consultation pourraient être vécues sur le mode de l'insatisfaction. L'insatisfaction du médecin ressentie selon les thématiques abordées avec le patient pourrait aussi représenter une hypothèse explicative du désaccord médecin-patient observé par les épidémiologistes sur des dimensions abstraites de la consultation, telle que la nutrition ou la santé perçue du patient.

« Les interactions médecin-patient se caractérisent par un déroulé variable de la consultation, certaines au déroulement prototypique, quand d'autres apparaissent plus « décosues » » (niveau 1 de connaissance). L'interaction médecin-patient était également caractérisée par le contexte structurel de la consultation. Si certaines consultations semblaient être caractérisées par un déroulement prototypique, relevant plus de l'entretien ritualisé, d'autres semblaient en effet plus « décosues », selon les analyses sociologiques, répondant aux demandes des patients ou aux opportunités de la consultation. Les linguistes ont observé plus particulièrement deux types de consultations : des consultations longues, avec une prise de la parole plus importante du patient et un vocabulaire partagé entre les interlocuteurs, et des consultations courtes avec une prise de parole plus importante du médecin et un vocabulaire spécifique à chaque acteur.

« La prévention tient une place non formalisée dans la consultation » (niveau 1 de connaissance). La prévention ne s'inscrivait pas dans un temps dédié et formalisé, ni même nécessairement identifiable par le médecin lui-même, selon les sociologues. Les épidémiologistes ont observé une faible place dédiée à la prévention dans la phase quantitative, avec un faible pourcentage de conseils donnés sur la nutrition, l'activité physique et la perte de poids, sur l'ensemble des consultations.

« L'échange entre médecins et patients sur le plan langagier se décrit selon différentes marques linguistiques ; deux types d'interaction peuvent être observés selon la part de subjectivité ou au contraire de nuances/modalisations introduites dans le discours par le médecin et le patient (niveaux 2 et 3 de connaissance) ». Les linguistes ont décrit les interactions médecin-patient selon un ensemble de marques linguistiques qui permettent de décrire l'échange entre le médecin et le patient sur le plan langagier : longueur de l'échange, part prise par chaque interlocuteur, fréquence des questions, partage de vocabulaire, longueur

de chaque phase de la consultation (niveau 3 de connaissance). Deux styles d'interaction médecin-patient ont été plus particulièrement distingués selon la part de subjectivité introduite par les interlocuteurs, oscillant entre des échanges où les propos sont modalisés, nuancés, et au contraire, des consultations marquées de subjectivité où un certain degré d'affectivité et de jugement de valeur, parfois dans un registre plus familier étaient davantage mobilisés. Ce résultat résonnait comme une hypothèse explicative pour les épidémiologistes sur les désaccords plus nombreux observés sur les dimensions abstraites de la consultation (conseils, évaluation de la santé perçue) (niveau 2 de connaissance). Il éclairait par ailleurs les sociologues sur les dispositifs de confiance observés entre patients et médecins, avec d'une part la nécessité de stabiliser un rapport de confiance centré sur l'objet de la médecine pour certains patients, et d'autre part une relation plus engagée sur un registre familier et la réciprocité des échanges pour des patients où une relation de confiance est stabilisée avec le médecin (niveau 2 de connaissance).

Tableau 3 -Axe 3 : Caractérisation de l'interaction médecin-patient

Niveau de connaissance	Connaissance partagée	Corpus qualitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses				Corpus quantitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses
		Analyses sociologiques LISST UMR 5193	Analyses psychosociales SOI EA 3690	Analyses linguistiques CLLE UMR 5263	Analyses lexicométriques LEARASS UE 827	Analyses épidémiologiques INSERM UMR 1027
Niveau 1	Différents modes d'agir ensemble caractérisent l'interaction médecin-patient, entre coopération et délégation choisie ou subie.	Des "modes d'agir ensemble" ont pu être observés, avec d'un côté des patients plus ou moins autonomes ou dans la délégation, et de l'autre côté des postures soignantes se situant entre discrétion et paternalisme.				
Niveau 1	Deux types d'interaction médecin-patient se distinguent selon l'attitude du médecin : une attitude orientée vers la technique (clinique) et une attitude plus orientée sur le relationnel, l'écoute et le dialogue.	Deux types de pratiques classiques sont retrouvés chez les médecins, une attitude orientée vers la technique (clinique) et une attitude plus orientée sur le relationnel, l'écoute et le dialogue.			Il est observé deux types d'attitudes à l'égard du langage mis en place par le médecin : attitude paradigmatique versus attitude syntagmatique.	
Niveau 1	La relation médecin-patient se caractérise par la satisfaction/insatisfaction du médecin et du patient. Une meilleure satisfaction est observée chez le médecin pour des consultations davantage orientées sur le technique, et des thématiques où le consensus scientifique domine. L'insatisfaction du médecin éprouvée sur des thématiques telle que la nutrition pourrait contribuer à des malentendus entre médecins et patients.	La satisfaction/insatisfaction du médecin dépend de la coopération et de la négociation qu'ils peuvent mettre en place avec leurs patients, ou au contraire de leur sentiment d'impuissance. Hypothèse compréhensive : la satisfaction du médecin serait plus grande quand le savoir expert du médecin domine. Les patients seraient également plus satisfaits d'une relation qui les informe sur leur état de santé, et qui est à leur "écoute" des symptômes rapportés.		Hypothèse compréhensive : la satisfaction/insatisfaction éprouvée varie certainement en fonction de la nature des plaintes.	La relation est vécue par le médecin d'autant plus satisfaisante quand il met en place une attitude paradigmatique, et d'autant moins satisfaisante quand il met en place une attitude syntagmatique centrée sur le sujet et la relation; le compromis se situant à l'intermédiaire.	Hypothèse explicative : des discussions sur les thématiques comme la nutrition et l'activité physique pourraient être vécues comme plus insatisfaisantes pour le médecin, ce qui contribuerait au désaccord médecin-patient sur ces dimensions de la consultation.
Niveau 1	Les interactions médecin-patient se caractérisent par un déroulé variable de la consultation, certaines au déroulement prototypique, quand d'autres apparaissent plus « décousues ».	Le déroulement de la consultation est source de variabilité : suivi méthodique voire de façon routinière de chaque étape par le médecin, ou suivi de la demande des patients selon les opportunités de la consultation.		La longueur des consultations (volume de la communication) est variable, avec une prise de la parole du patient plus ou moins importante et un vocabulaire plus ou moins partagé entre médecins et patients.		
Niveau 1	La prévention tient une place non formalisée dans la consultation.	Les conseils en hygiène de vie ne sont pas inscrits dans un temps dédié ni même nécessairement identifiable par le médecin.			Une faible place de la prévention dans la consultation est observée.	
Niveau 3	L'échange entre médecins et patients sur le plan langagier se décrit selon différentes marques linguistiques. Deux types d'interaction peuvent être observés selon la part de subjectivité ou au contraire de nuances/modalisations introduites dans le discours par le médecin et le patient			Un ensemble de marques linguistiques permet de décrire l'échange entre le médecin et le patient le plan langagier.		
Niveau 2		Hypothèse compréhensive: la nécessité de stabiliser un rapport de confiance centré sur l'objet de la médecine peut être observée pour certains patients, quant pour d'autres patients, où une relation de confiance est stabilisée, la relation s'engage sur un registre familier et sur la réciprocité des échanges.			Il est observé deux styles d'interaction selon la part de subjectivité ou au contraire de nuances/modalisations introduites par les interlocuteurs.	Hypothèse explicative : la part de subjectivité et au contraire la part de nuance introduites dans le discours pourraient expliquer en partie les désaccords observés entre patients et médecins, d'autant plus sur les dimensions abstraites de la consultation.

4. Quatrième axe : éléments de l'interaction médecin-patient pouvant contribuer à la genèse d'inégalités sociales de santé selon le gradient social

Le quatrième axe a permis à chaque discipline de formuler des hypothèses sur les éléments de l'interaction médecin-patient qui pourraient entraîner des ISS pendant la consultation selon le gradient social (niveaux 1 et 2 de connaissance) (tableau 4).

« Le rapport à l'autonomie et à la délégation à l'égard du médecin dépend du contexte social du patient » (niveau 1 de connaissance). Les sociologues ont observé un rapport à l'autonomie et à la délégation à l'égard du médecin différencié selon le gradient social. Les cadres supérieurs étaient du côté des fortes ressources en santé et d'une autonomie dans la relation médecin-patient, tandis que les catégories populaires moins dotées se situaient dans un rapport de délégation à l'égard du médecin. Les analyses épidémiologiques ont montré que le souhait d'une décision partagée était plus important pour les patients aux niveaux d'éducation plus élevés, par rapport aux patients aux niveaux d'éducation plus faible, pour lesquels le souhait d'une décision par le médecin seul était plus souvent observé.

« Les modes d'agir ensemble dépendent du contexte social du patient, et certains modes d'interaction pourraient alors pénaliser davantage les patients » (niveau 1 de connaissance). Les modes d'agir ensemble différaient, entre des types de médecin ou de pratiques professionnelles, plus ou moins directifs sur la prise de décision, et des types de patients, plus ou moins autonomes et dotés de ressources en santé. Mais c'est surtout l'hypothèse d'un rapport significatif entre les inégalités de ressources des patients et les modes d'être et de faire du médecin qui a pu être avancée par les sociologues. Face à des médecins discrets, par exemple, les sociologues ont pu avancer que les patients en moindre capacité de ressources courent plus le risque d'être pénalisés dans leur santé. A l'inverse, un mode d'agir appelé « la compétition des savoirs » était observé quand le patient et le médecin se situaient sur un niveau proche ; ce mode d'interaction n'était néanmoins jamais observé pour les patients de catégorie « populaires » (ouvriers, personnels de services etc...).

« La satisfaction du médecin, mais aussi celle du patient serait plus importante en situation de délégation choisie, c'est-à-dire lorsque les patients font à la fois preuve de réflexivité et de soumission à l'autorité médicale. A l'inverse les médecins se montrent plutôt insatisfaits avec des patients plus autonomes » (niveau 1 de connaissance). Les médecins étaient davantage satisfaits d'une situation de délégation choisie, lorsque les patients faisaient à la fois preuve de réflexivité et soumission à l'autorité médicale, d'après les analyses

sociologiques et lexicométriques. A l'inverse, les médecins se montraient plutôt insatisfaits pour des patients qui possédaient de fortes ressources en santé et étaient très soucieux de leur corps, et pour lesquels une « compétition des savoirs » pouvait s'installer pendant la consultation.

« Le vocabulaire utilisé par le médecin est d'autant plus subjectif, marqué par la familiarité, l'évaluation, les jugements de valeur pour les patients âgés et de catégorie populaire. Il pourrait expliquer certains malentendus entre médecins et patients sur des dimensions plus abstraites de la consultation » (niveau 2 de connaissance). Les linguistes ont observé que, face à un patient âgé et de catégorie populaire, le médecin avait tendance à utiliser d'avantage de vocabulaire subjectif, marqué par la familiarité, l'évaluation, les jugements de valeur. Le discours était au contraire plus modalisé, plus nuancé, avec les patients qui étaient autonomes, qui avaient des ressources en termes de connaissances médicales et un bon rapport au corps, sans forcément en déduire que ce résultat impacte la qualité de la relation. Ce résultat résonne pour les épidémiologistes comme une hypothèse explicative sur les gradients dessinés par les désaccords entre médecins et patients sur des dimensions abstraites de la consultation, plus difficiles à estimer/mesurer. Le niveau des abstractions et la manipulation de registres qui ne renvoient pas aux mêmes rationalités pourraient également cultiver une distance avec le patient, notamment sur des domaines tels que l'alimentation, et la santé perçue, d'après l'hypothèse des sociologues. Ces observations rejoignent le résultat du spécialiste en lexicométrie qui montrait que l'utilisation d'un vocabulaire de la douleur était rare et semblait être spécifique des patients aux ressources élevées. L'analyse des extraits significatifs de chaque classe lexicale indiquait par ailleurs que la dimension d'explication semblait plus manifeste pour les patients de ressources élevées.

« Le désaccord médecin-patient augmente selon le gradient social, avec un désaccord plus important pour les patients de faible niveau d'éducation. Les malentendus en résultant pourraient générer des mésestimations des besoins des patients et des trajectoires dans le système de soins différenciées selon le contexte social du patient » (niveau 2 de connaissance). Un gradient dans le désaccord entre médecins et patients sur les déclarations concernant la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire se dessinait selon le niveau d'éducation du patient, le désaccord étant plus important pour les patients sans diplôme, mais également pour les patients plus âgés. Une hypothèse est que ces désaccords pourraient alors être source de malentendus et par conséquent altérer la qualité de la prise en charge, et

notamment la qualité des soins préventifs délivrés. Un désaccord médecin-patient était également observé sur l'évaluation de la santé perçue du patient, avec une « surestimation » de la santé perçue de la part du médecin par rapport au patient, et ceci plus fréquemment pour les patients sans diplôme. Les patients non identifiés comme ayant une mauvaise santé perçue par le système de soins pourraient alors souffrir d'un manque de traitement, de conseils et de suivi médical.

« La distance sociale perçue par le médecin aggrave les désaccords médecin-patient sur la santé perçue du patient. Elle pourrait entraîner une mésestimation des besoins des patients, et des trajectoires différenciées selon le contexte social du patient. Le rôle que peut jouer les propres perceptions des médecins sur la qualité de la relation nouée avec leurs patients doit être pris en compte » (niveau 2 de connaissance). D'après les analyses épidémiologiques, les médecins percevaient plus souvent de distance avec leurs patients, par rapport à l'évaluation des patients. De plus, la « sous-estimation » de la santé perçue du patient de la part du médecin, augmentait avec le degré de distance perçue avec son patient. Inversement, la perception d'une proximité avec son patient minimisait l'apparition de désaccords. Cette observation fait écho aux hypothèses émanant des analyses sociologiques, et notamment celle concernant les processus d'influence qui varient selon les ressources des sujets avec des registres plus « impositifs » pour des milieux populaires et plus « délibératifs » pour des classes supérieures. Des anticipations et des stéréotypes de la part des médecins et inversement de la proximité peuvent se construire entre un médecin et un patient de même sexe, de même âge, de même origine géographique, ayant un centre d'intérêt commun, se rencontrant par exemple dans les réunions de parents d'élèves.

Tableau 4 - Axe 4 : Éléments de l'interaction médecin-patient pouvant contribuer à la genèse d'inégalités sociales de santé selon le gradient social

Niveau de connaissance	Connaissance partagée	Corpus qualitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses				Corpus quantitatif : énoncés de résultats et d'hypothèses
		Analyses sociologiques LISST UMR 5193	Analyses psychosociales SOI EA 3690	Analyses linguistiques CLLE UMR 5263	Analyses lexicométriques LEARASS UE 827	Analyses épidémiologiques INSERM UMR 1027
Niveau 1	Le rapport à l'autonomie et à la délégation à l'égard du médecin dépend du contexte social du patient.	Les cadres supérieurs sont du côté des fortes ressources en santé et d'une autonomie dans la relation médecin-patient, tandis que les catégories populaires moins dotées se situent dans un rapport de délégation à l'égard du médecin.				Le souhait d'une décision partagée dépend du contexte social du patient.
Niveau 1	Les modes d'agir ensemble dépendent du contexte social du patient, et certains modes d'interaction pourraient alors pénaliser davantage les patients.	Les consultations diffèrent entre des types de médecins ou de pratiques professionnelles (plus ou moins directs) et des types de patients (plus ou moins autonomes et dotés de ressources), qualifiant différents modes d'agir ensemble entre coopération et délégation subie.				
Niveau 1	La satisfaction du médecin, mais aussi celle du patient serait plus importante en situation de délégation choisie, c'est-à-dire lorsque les patients font à la fois preuve de réflexivité et de soumission à l'autorité médicale. A l'inverse les médecins se montrent plutôt insatisfaits avec des patients plus autonomes.	Les médecins ont tendance à plus se satisfaire de la relation avec le patient dans le cas d'une délégation choisie, à l'inverse les médecins se montrent plutôt insatisfaits pour des patients qui possèdent de fortes ressources en santé et sont très soucieux de leur corps. Hypothèse compréhensive : dans les situations de "délégation choisie", c'est la relation de "confiance" qui dominerait en même temps que la reconnaissance exprimée des savoirs et des compétences du médecin.		Les médecins sont davantage sur la relation en situation de délégation subie et d'autonomie, mais davantage sur le médical en situation de délégation choisie. Cette dernière posture est vécue comme plus satisfaisante pour le médecin.		
Niveau 2	Le vocabulaire utilisé par le médecin est d'autant plus subjectif, marqué par la familiarité, l'évaluation, les jugements de valeur pour les patients âgés et de catégorie populaire. Il pourrait expliquer certains malentendus entre médecins et patients sur des dimensions plus abstraites de la consultation.	Hypothèse compréhensive : le niveau des abstractions et la manipulation de registres qui ne renvoient pas aux mêmes rationalités pourraient cultiver une distance avec le patient.		Le vocabulaire utilisé par le médecin est d'autant plus subjectif, marqué par la familiarité, l'évaluation, les jugements de valeur pour les patients âgés et de catégorie populaire. Le discours est au contraire plus nuancé, avec les patients autonomes.		
Niveau 2	Le désaccord médecin-patient augmente selon le gradient social, avec un désaccord plus important pour les patients de faible niveau d'éducation. Les malentendus en résultant pourraient générer des mésestimations des besoins des patients et des trajectoires dans le système de soins différenciées selon le contexte social du patient.	Hypothèse compréhensive : les anticipations et les stéréotypes de la part des médecins, et leur sentiment de capacité d'action limitée dans le domaine de la prévention pourraient contribuer à ces désaccords.				Il existe un gradient dans le désaccord médecin-patient sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire selon le niveau d'éducation du patient, avec un désaccord plus important pour les patients de niveau d'éducation faible.
		Hypothèse compréhensive : un rapport au corps plus ou moins distancié pourrait contribuer au désaccord observé sur l'évaluation de la santé perçue.				Il est observé un gradient dans le désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient selon le niveau d'éducation du patient, avec un désaccord plus important pour les patients de faible niveau d'éducation.
Niveau 2	La distance sociale perçue par le médecin aggrave les désaccords médecin-patient sur la santé perçue du patient. Elle pourrait entraîner une mésestimation des besoins des patients, et des trajectoires différenciées selon le contexte social du patient. Le rôle que peut jouer les propres perceptions des médecins sur la qualité de la relation nouée avec leurs patients doit être pris en compte.	Hypothèse compréhensive : des anticipations et des stéréotypes de la part des médecins, et inversement de la proximité, peuvent se construire entre un médecin et un patient.		Hypothèse compréhensive : les processus d'influence varient selon les ressources des sujets avec des registres plus « impositifs » pour des milieux populaires et plus « délibératifs » pour des classes supérieures.		
		Les médecins perçoivent plus souvent de distance avec leurs patients, par rapport à l'évaluation des patients. Plus une distance sociale est perçue par le médecin, plus un désaccord entre médecins et patients est observé sur la santé perçue du patient, avec une "surévaluation" de la part du médecin par rapport à l'estimation du patient.				

QUATRIEME PARTIE

DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES

I. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

Les résultats issus des analyses épidémiologiques ont révélé le sens d'une perception d'une certaine proximité sociale, ou au contraire d'une certaine distance, qui pouvaient influencer l'interaction médecin-patient et favoriser leur accord ou au contraire participer à la genèse de désaccords sur le contenu de la consultation. La concordance de genre médecin-patient était ainsi associée à leur accord/désaccord sur les conseils donnés pendant la consultation, même après ajustement sur les caractéristiques du patient et du médecin. Un meilleur accord était observé entre les femmes médecins et leurs patientes sur les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique, et les femmes médecins semblaient faciliter l'accord avec leurs patients sur la nutrition. A l'inverse, la discordance de genre augmentait le désaccord entre les médecins hommes et leurs patientes sur les conseils donnés sur la perte de poids.

La deuxième analyse conduite sur le corpus quantitatif a montré le rôle joué par la distance sociale perçue par le médecin dans le désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient, alors que la distance sociale perçue par le patient ne jouait aucun rôle statistiquement significatif. Plus le médecin percevait une distance entre lui-même/elle-même et son(sa) patient(e), plus le désaccord était important, le médecin évaluant une santé perçue plus élevée par rapport à la propre évaluation du patient. Cette relation statistiquement significative persistait même une fois l'analyse ajustée sur les co-variables et le niveau d'éducation du patient. A l'inverse, les deux acteurs avaient plus de chance d'être en accord quand aucune distance sociale n'était perçue.

Enfin, le travail d'intégration des corpus qualitatif et quantitatif du projet INTERMEDE a permis d'aboutir à la formulation d'un socle de conclusions communes à l'ensemble des équipes impliquées. Le développement d'une méthode expérimentale inspirée du *Delphi* pour l'intégration des résultats interdisciplinaires issus des corpus qualitatif et quantitatif a permis de confronter les avis contradictoires, et de faire émerger des points de connaissance divergents et convergents, des hypothèses croisées et des faits isolés.

II. FORCES ET LIMITES DU PROJET INTERMEDE

1. Force du projet

A notre connaissance cette étude est originale dans sa méthodologie employée et contribue à mieux comprendre le contenu d'une consultation de médecine générale et à identifier les éléments de l'interaction entre un patient et son médecin qui pourraient participer à la genèse des ISS (Kelly-Irving et al., 2009).

La multidisciplinarité de cette étude constitue une richesse évidente et indispensable devant la complexité du sujet et s'est révélée jusqu'à présent fructueuse, pour des disciplines travaillant indépendamment comme conjointement. A l'évidence, les ISS et le gradient continu qu'elles dessinent dans la société, leurs origines dans les toutes premières années de la vie et le processus continu qui les façonnent tout au long de la vie de l'individu, les différents niveaux individuels, micro et macrosocial qui les déterminent appellent une implication forte des sciences humaines et sociales. Une approche interdisciplinaire est alors fondamentale dans toute recherche portant sur les déterminants de la santé et sur les mécanismes des ISS, et est recommandée par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé en 2008 et le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique en 2009 (Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008; Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010). L'approche en épidémiologie sociale permet quant à elle de comprendre l'enchaînement et l'articulation des facteurs socioéconomiques, environnementaux, comportementaux, biologiques, aide à la mise en évidence des mécanismes générant ces inégalités et donne des pistes pour mieux articuler les interventions (local, national ; court, moyen et long terme).

L'emploi de MMR a permis une compréhension plus nuancée de la relation entre un patient et son médecin, et les éléments de leur interaction pouvant générer des ISS. Une approche multidisciplinaire et l'emploi de MMR apparaissent en effet fondamentaux pour l'exploration d'un domaine de recherche complexe comme la relation entre un patient et son médecin et les ISS. La logique sous-jacente aux MMR est alors que la formulation de conclusions communes à l'ensemble des équipes est plus forte que si les résultats de chaque discipline étaient considérés isolément, et qu'aucune des méthodes qualitative ou quantitative n'est suffisante pour capturer la complexité d'une situation. Chaque méthode peut capitaliser les forces des autres méthodes, (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Guével and Pommier, 2012), et les limites d'une approche sont compensées par les forces d'une autre (Tashakkori and Creswell, 2008). Cette approche représente aussi un potentiel important

pour la compréhension des interventions efficaces à mettre en place pour la réduction des ISS, notamment dans le domaine des soins primaires.

L'étude a été bien acceptée par les patients comme les médecins, malgré les contraintes inhérentes à l'administration de longs et multiples questionnaires et l'intrusion dans le colloque singulier (Kelly-Irving et al., 2009). Le type d'enquête réalisé posait effectivement un problème de participation particulier pour la phase quantitative, comme pour la phase qualitative. La double interrogation du médecin et de son patient pouvait susciter un refus du premier, qui pouvait ressentir l'observation comme une intrusion dans le colloque singulier et donc altérer la relation qu'il noue avec son patient et nuire à la qualité des soins qu'il prodigue, mais aussi percevoir l'enquête comme une tentative de contrôle de la qualité de sa pratique. Le patient, de son côté, pouvait refuser d'exposer des problèmes qui relèvent de son intime à un observateur extérieur, ou modifier son comportement. Au final, l'enquête a été très bien acceptée tant du côté des médecins que du côté patients comme en témoignent des taux de refus faibles au premier contact, et une faible attrition en cours d'enquête qui ne devrait pas remettre en cause la qualité des analyses statistiques.

La qualité d'un recueil pour une étude de concordance supposant l'interrogation identique des deux acteurs de la consultation, s'est également montrée réalisable lors de cette étude (Kelly-Irving et al., 2009). Ce mode de recueil a permis d'étudier les visions de chaque acteur sur le contenu de la consultation, immédiatement après l'interaction, évitant ainsi les biais de mémorisation.

Enfin, le projet INTERMEDE présente l'avantage d'étudier les deux « côtés » de l'interaction, et l'interaction elle-même, au contraire de nombreuses études analysant les déclarations et les attitudes sous un seul regard, celui des médecins ou celui des patients.

2. Limites méthodologiques

2.1. Des biais de sélection

Des biais de sélection ont pu s'introduire lors du recrutement des patients ; les sujets sans diplômes sont en effet sous-représentés dans cette étude par rapport à la population générale. Des biais de sélection ont également pu être induits par le mode de recrutement des médecins généralistes pour les deux phases du projet, basé sur le volontariat et réalisé à partir du Syndicat Français de Médecine Générale et du Département de médecine générale de Toulouse. En effet, les médecins appartenant à ces réseaux, volontaires et connaissant le sujet

de l'étude, sont certainement plus susceptibles à engager une réflexion sur l'amélioration de leur pratique et à collaborer autour d'un travail multidisciplinaire, et sont ainsi très probablement sur-représentés dans cette étude. L'échantillon des médecins recrutés n'est donc certainement pas représentatif de la profession de médecin généraliste en France, également en termes de représentativité géographique, car le présent projet cible trois régions. L'échantillon quantitatif présentait plus de femmes médecins (37%) par rapport à la proportion de femmes exerçant la médecine générale en métropole (29%), mais l'âge moyen de 52 ans dans notre étude est proche de la moyenne de 51 ans des médecins en activité en France.

Un autre biais de sélection est lié à la période d'étude réduite à deux mois, les mois de septembre et octobre pouvant cibler des pathologies et des patients spécifiques.

Des biais d'information ont pu être induits par la connaissance du thème général de l'étude « l'interaction patient-médecin » en influençant le comportement du patient comme du médecin lors de la consultation. Mais la procédure d'un consentement éclairé nécessite un minimum d'informations au sujet de l'étude.

Cependant, ces biais inhérents à la méthodologie employée n'ont *a priori* pas d'impact sur l'objectif de l'étude qui est d'étudier la relation entre un patient et son médecin, et la façon dont ils se comprennent et communiquent entre eux (Kelly-Irving et al., 2009), les résultats observés ne pourraient en effet qu'être renforcés en enquêtant des professionnels moins impliqués dans une réflexion sur leur pratique. La question de la construction d'un échantillon représentatif de médecins dans une enquête de plus grande ampleur reste tout de même posée, devant des échantillons insuffisants également pour certains items explorés.

III. DISCUSSION DES ANALYSES EPIDEMIOLOGIQUES

1. Analyse de l'accord/désaccord médecin-patient

Le dispositif de mise en miroir des perceptions des deux acteurs sur la même consultation constituait l'outil méthodologique original du corpus quantitatif. Le taux de valeurs manquantes pour les variables de concordance étudiées était très faible (de 0 à 4%), largement inférieur aux taux observés dans d'autres études similaires où des paires médecins-malades étaient interrogées (jusqu'à 26% de valeurs manquantes dans ces études) (Fagerberg et al., 1999).

De nombreuses études épidémiologiques se sont intéressées à la concordance entre patients et médecins sur le contenu de la consultation dans le contexte de la médecine générale, et certaines dimensions semblent en effet source de désaccord plus nombreux (Bertakis, 2009; Flocke and Gilchrist, 2005; Greiner et al., 2008). Straand *et al* révèlent des accords modérés sur les prescriptions médicamenteuses de la sphère cardio-vasculaire et sur leurs modalités d'arrêt, brutal ou progressif (κ 0,61) (Straand and Sandvik, 2001). Dans une autre étude s'intéressant à l'arrêt d'un médicament antihypertenseur récemment prescrit, l'accord est faible (κ 0,35) (Suarez et al., 2000). Dans une étude portant sur 566 patients et 57 médecins, les patients n'arrivent pas à se souvenir à la sortie de la consultation de 68% de leurs problèmes de santé évoqués pendant la consultation, dont leurs FRCV (Scheitel et al., 1996). En effet, dès que la dimension de la consultation étudiée est moins « concrète », les accords diminuent. Fagerberg *et al* observent ainsi des concordances faibles entre patients et médecins sur le nombre de problèmes soulevés pendant la consultation (κ 0,39), le degré d'urgence de la consultation (κ 0,36) et la qualité de la communication (κ 0,13) (Fagerberg et al., 1999). L'accord entre patients et médecins sur des dimensions telles que la satisfaction du patient est également faible (κ 0,20). Une étude finlandaise révèle un désaccord entre médecins et patients sur l'évaluation de l'intensité de la douleur, avec une sous-estimation de la part des médecins par rapport à l'évaluation du patient, d'autant plus importante dans le cas de douleurs chroniques (Mantyselka et al., 2001). Des désaccords importants sont également retrouvés pour les pathologies psychosociales, dès que les critères de diagnostic ont des contours plus flous et ambigus (Zastrow et al., 2008).

Certains auteurs ont alors identifié la concordance entre patients et médecins sur différents aspects de la consultation comme un « indicateur pratique, utile et pertinent » de la qualité de leur collaboration, la reliant à l'observance, à la satisfaction du patient et au bon

déroulé de la consultation, du point de vue du médecin comme de celui du patient (Liaw et al., 1996; Punamaki and Kokko, 1995; Starfield et al., 1981).

Mais, à notre connaissance, ces études n'étudient pas l'accord entre médecins et patients en fonction d'une distance sociale perçue ou en fonction de la concordance de genre. L'utilisation des méthodes statistiques d'analyse multiniveaux offrent alors l'avantage de prendre en compte simultanément les variables individuelles et les variables caractérisant le « contexte », lequel peut renvoyer aussi bien au ménage, au quartier, à l'unité urbaine ou dans notre cas au médecin généraliste (Merlo et al., 2005), ce que ne permettait pas l'analyse de concordance avec le coefficient kappa de Cohen. Il devient alors possible de dissocier dans l'analyse multiniveaux, les effets de composition (liés aux caractéristiques des individus consultant le médecin) des effets proprement contextuels (liés aux caractéristiques du médecin), d'autant plus que l'effet contexte est majeur pour le système de soins.

2. Etude du désaccord entre médecins et patients sur conseils donnés pendant la consultation et influence de la concordance de genre médecin-patient

Les analyses menées sur le corpus quantitatif du projet INTERMEDE ont montré que l'influence de la concordance/discordance de genre sur l'accord/désaccord entre patients et médecins dépendait du sujet abordé pendant la consultation.

Concernant les conseils donnés sur la nutrition et l'exercice physique, nos résultats indiquaient un effet bénéfique de la concordance de genre féminin sur l'accord entre médecins et patients, ce qui pourrait favoriser le suivi des conseils donnés pendant la consultation. En effet, différentes études mettent en évidence un meilleur état de santé, un meilleur suivi de la mise en place de traitement, et des soins de prévention plus fréquents pour les couples femmes médecins-patientes (Jerant et al., 2011; Schmittiel et al., 2009). Le type d'interaction entre patientes et femmes médecins semble aussi être caractérisé par une relation davantage centrée sur la patiente, avec un mode de communication plus encourageant, et un ton de voix plus calme que dans les autres consultations (Hall et al., 1994; Sandhu et al., 2009). Par ailleurs, l'accord entre hommes dépendait aussi de la thématique abordée, et semblait meilleur pour les conseils donnés sur la perte de poids.

La littérature demeure néanmoins partagée quant à un éventuel bénéfice de la concordance de genre, et certaines études montrent même une association avec des effets négatifs. Schmittiel *et al.* montrent que les patients dont le genre est le même que celui du médecin peuvent avoir des attentes non atteintes concernant la communication du médecin, et ont alors tendance à être moins satisfaits à la fin de la consultation (Schmittiel J, 2000). Il serait alors intéressant d'explorer plus finement les processus cognitifs et affectifs qui expliquent la relation entre concordance de genre et les effets sur la communication médecin-patient (Jerant et al., 2011; Street et al., 2008).

A l'inverse, concernant les conseils donnés sur la perte de poids, la probabilité de désaccord était plus importante pour les paires discordantes, entre les médecins hommes et leurs patientes. Différentes hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce résultat. Les femmes pourraient avoir plus d'exigences quant à leur poids, et pourraient être plus embarrassées d'en parler, particulièrement quand elles sont en surpoids ou obèses (Pickett-Blakely et al., 2011). De la même façon, les médecins de genre masculin pourraient éviter ce type de discussion avec leurs patientes, craignant des attentes importantes et des buts irréalistes (Fabricatore et al., 2008; Pickett-Blakely et al., 2011). Sachant que les conseils donnés par les médecins sur la perte de

poids peuvent renforcer la volonté du patient à perdre du poids, et entraîner une perte de poids effective (Greiner et al., 2008), les médecins généralistes qui ne donneraient pas de conseils à leurs patientes pourraient involontairement contribuer à maintenir voire à aggraver des disparités de santé.

Par ailleurs, ce désaccord entre les médecins de genre masculin et leurs patientes pourraient aussi témoigner de certaines tensions dans ces consultations (Hall et al., 1994; Sandhu et al., 2009). En effet, les hommes médecins pourraient mener leurs consultations avec les patientes, d'une façon plus interventionniste, avec un ton de voix plus dominant et autoritaire. La négociation pourrait ainsi être plus difficile pour ce type de consultation (Sandhu et al., 2009). Ces observations peuvent suggérer une distance plus importante entre les hommes médecins et les patientes, alors qu'au contraire, les femmes médecins essaieraient de collaborer avec leurs patients malgré les tensions ressenties (Sandhu et al., 2009). Une hypothèse avancée est que les hommes médecins pourraient avoir plus de « biais inconscients », et d'incertitudes quant aux antécédents médicaux et aux facteurs de risque de leurs patientes. Les symptômes de maladies cardio-vasculaires sont par exemple plus souvent interprétés comme d'origine psychosomatique pour les femmes, par rapport aux hommes (Adams et al., 2008). Les maladies cardio-vasculaires ont ainsi été décrites pour les femmes comme une cause de mortalité égale à celle des hommes seulement dans les années 90, avant d'être décrites plus récemment comme plus mortelles pour les femmes que pour les hommes (Adams et al., 2008). La littérature nord-américaine a alors exploré les disparités de genre dans l'accès secondaire aux soins, et a démontré un biais systématique lié au genre dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires (Adams et al., 2008) qui pourrait être à l'origine de diagnostics tardifs, d'investigations complémentaires et de mise en place d'un traitement plus tardifs, et qui entraîneraient potentiellement des inégalités de santé selon le genre du patient (Adams et al., 2008; Gross et al., 2008; Jerant et al., 2011).

Au final, nos résultats suggèrent que le genre pourrait jouer un rôle dans l'interaction médecin patient en médecine générale de deux façons : une concordance/discordance du genre médecin-patient ; et un mode de communication spécifique aux femmes médecins. En effet, il y avait significativement moins de probabilité de désaccord sur les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique, pour les consultations où le médecin était une femme. Ces résultats pourraient être expliqués par l'implication plus importante des femmes médecins dans les soins préventifs et par leur mode d'interaction plus « centré » sur le patient (Bertakis, 2009; Roter et al., 2002).

Les différences « inter-médecins » observées pour les conseils donnés sur l'activité physique, même après ajustement sur les facteurs explicatifs individuels, reflètent la variabilité des attitudes et des pratiques entre médecins. Le désaccord entre patients et médecins pourrait alors dépendre d'autres facteurs non entrés dans le modèle, tels que le style de vie, et les FRCV des médecins (Flocke and Gilchrist, 2005). Ces différences sont certainement exacerbées dans le domaine de la promotion de la santé, où les aptitudes à conseiller le patient pourraient être encore plus variables d'un médecin à un autre.

3. Etude du désaccord entre médecins et patients sur l'évaluation de la santé perçue du patient et rôle de la distance sociale perçue par chaque acteur

Dans une analyse menée précédemment sur le corpus quantitatif du projet INTERMEDE, il a pu être observé que les patients avec un niveau d'éducation faible ou intermédiaire avaient plus de risque que leur santé perçue soit surestimée par leur médecin, par rapport à leur propre évaluation (Kelly-Irving et al., 2011). La présente étude montre une association forte entre la distance sociale perçue par le médecin et la surestimation de la santé perçue du patient, même si la catégorie « aucun diplôme » de la variable niveau d'éducation semble expliquer une partie du désaccord observé pour les consultations où une distance sociale importante est perçue. D'autres indicateurs « objectifs » du niveau socioéconomique du patient étaient disponibles dans l'étude, telles que la catégorie socioprofessionnelle ou la couverture assurantielle, et ils ne jouaient aucun rôle significatif une fois introduits dans le modèle. Ces résultats suggèrent que la distance sociale perçue par le médecin joue un rôle important sur l'interaction médecin-patient, même peut-être encore plus important que les mesures objectives du niveau d'éducation du patient.

En effet, la position sociale perçue a été décrite comme une meilleure mesure du niveau socioéconomique d'un individu, par rapport à tout autre indicateur du niveau socioéconomique, avec un niveau d'association statistiquement plus fort que les mesures « objectives » (Adler et al., 2000; Ostrove et al., 2000; Singh-Manoux et al., 2003; Singh-Manoux et al., 2005). Une première piste d'explication donnée par la littérature, est que la position sociale perçue décrit la position sociale d'un individu par rapport à d'autres individus au sein d'une hiérarchisation sociale (Singh-Manoux et al., 2005; Wilkinson, 1992). Une deuxième explication est que sa nature subjective pourrait inclure des composantes multidimensionnelles, comme peut l'avoir par ailleurs l'évaluation d'une santé perçue (Borg and Kristensen, 2000; Singh-Manoux et al., 2005). La position sociale perçue pourrait ainsi refléter le contexte socioéconomique, le niveau d'éducation et de richesse de façon plus précise et de façon plus globale que les mesures objectives du statut socioéconomique, et a été ainsi décrite comme une « moyenne subjective » des variables socioéconomiques « objectives » classiquement étudiées (Singh-Manoux et al., 2003; Singh-Manoux et al., 2005). Cet indicateur a été utilisé dans de nombreuses études, avec des populations diverses, et la validation de cette mesure a été décrite dans la littérature (Singh-Manoux et al., 2003).

En revanche, la position sociale perçue du patient, évaluée par le médecin n'a jamais été explorée, et elle pourrait de la même façon refléter de façon plus juste la perception globale qu'a un médecin de son patient, d'autant plus quand on sait que le statut socioéconomique du patient est souvent non connu par le médecin (Lang, 2005). Il n'était néanmoins pas demandé directement aux patients et aux médecins d'estimer une position sociale l'un par rapport à l'autre, mais de se positionner chacun pour soi-même et pour l'autre acteur de la consultation sur une même échelle. La notion de distance était déduite à partir d'une soustraction entre l'estimation donnée par chaque acteur pour lui-même/elle-même et son(sa) patient(e)/son médecin. La distance sociale perçue était ainsi basée sur deux estimations multidimensionnelles, prenant comme référence une même échelle sociale. Cela rejoint notre hypothèse de départ que l'écart social perçu par chaque acteur dépendrait de facteurs multiples, tels que le genre, l'âge, le niveau socioéconomique, l'origine géographique, et serait influencer par des valeurs personnelles, des attentes et des croyances en matière de santé.

Nos résultats suggèrent l'importance du rôle joué par les propres perceptions du médecin, sur les désaccords médecin-patient sur le sujet de la santé perçue. Cette observation couplée aux résultats de Delpierre *et al.* décrits précédemment (Delpierre et al., 2009b), observant des attentes plus faibles en matière de santé pour ces mêmes patients de niveau d'éducation faible, est source d'inquiétants questionnements : ces patients seraient donc sujet à « double fardeau », en ayant une santé sur-estimée d'une part et en ayant des attentes moindres d'autre part. La santé perçue étant par ailleurs considérée comme un indicateur prédictif de la mortalité, on comprend combien ces patients sont rendus plus vulnérables devant un traitement et un suivi de qualité inégale à travers le système de santé (Kelly-Irving et al., 2011).

IV. INTEGRATION DES RESULTATS INTERDISCIPLINAIRES DU PROJET INTERMEDE

1. L'intégration interdisciplinaire aux différentes étapes du projet INTERMEDE

Un des objectifs de la collaboration multidisciplinaire du projet INTERMEDE était d'intégrer les approches des différentes disciplines tout au long du projet, dès la formulation des hypothèses de recherche, et de réfléchir à un travail de synthèse commune.

Le projet INTERMEDE reposait sur l'hypothèse commune de départ que l'interaction médecin-patient est influencée par le contexte social du patient, ce qui pourrait entraîner des pratiques socialement différenciées tant du côté du prescripteur que du patient, et favoriseraient, ou du moins ne contribueraient pas à réduire, les ISS. L'objectif de recherche était alors commun à l'ensemble des disciplines du projet : caractériser l'interaction médecin-patient selon les approches propres à chaque méthode, puis évaluer comment cette interaction pourrait être influencée par le contexte social du patient, et entraîner potentiellement des ISS.

L'unité d'analyse était commune à l'ensemble des disciplines : l'interaction entre un médecin et son (sa) patient(e). Chaque discipline disposait alors d'éléments en miroir du vécu de la consultation par les médecins et les patients. En revanche, les échantillons pour les deux phases séquentielles étaient distincts, avec des échantillons de médecins et de patients différents. Ils ont néanmoins été recrutés dans les trois mêmes sites, et ont cherché une

Les différentes disciplines des deux corpus ont défini des variables qui caractérisaient l'interaction médecin-patient d'une part, et des variables reflétant le contexte social du patient d'autre part. Les stratégies d'analyse qui en découlent ont alors permis de raisonner sur la même variable dépendante : l'interaction médecin-patient, caractérisée différemment pour chaque discipline, l'accord médecin-patient pour les épidémiologistes, les modes d'agir ensemble pour les sociologues, les caractéristiques langagières pour les linguistes, les thématiques pour la lexicométrie, la satisfaction du patient et du médecin pour l'ensemble des disciplines... Les variables indépendantes étaient représentées par le genre, l'âge des deux acteurs et les caractéristiques du contexte social du patient pour l'ensemble des disciplines. Les équipes se sont réunies régulièrement et ont procédé à des allers retours entre leurs résultats, progressant ainsi parallèlement dans leur analyse.

Un travail sur un corpus qualitatif commun constitué par 36 consultations a été plus particulièrement réalisé par les sociologues, les linguistes et le spécialiste en lexicométrie. Les

variables issues des travaux préliminaires des sociologues sur le corpus qualitatif, comme les modes d’agir ensemble, la satisfaction/insatisfaction du médecin, la catégorie populaire ou non des patients, ont été « quantitativées » (« *quantitizing* ») et les équipes de textométrie et de linguistique ont alors pu inclure ces variables dans leur base de données. Ce travail commun entre les quatre équipes du corpus qualitatif a alors permis l’analyse d’une même base constituée de variables communes. Une première intégration des stratégies d’analyse et des résultats s’est donc faite entre les sociologues, les linguistes et le spécialiste en lexicométrie sur un corpus qualitatif commun, empruntant intuitivement des stratégies décrites dans la littérature sur les MMR (O’Cathain et al., 2010; Pluye et al., 2009b; Teddlie and Tashakkori, 2003). Le projet INTERMEDE a ainsi procédé à une intégration des résultats des disciplines ayant travaillé sur le corpus qualitatif, nichée au sein d’une intégration plus large des corpus qualitatif et quantitatif.

2. L’intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs du projet INTERMEDE

Dans le cas des schémas séquentiels, l’intégration des méthodes intervient à classiquement à l’étape de l’analyse de la phase qualitative quand les chercheurs exploitent les données pour créer un instrument de recueil de données, ou dans la phase finale où les résultats sont discutés, et rapprochés de façon complémentaire (Creswell et al., 2004). Le schéma représente alors en lui-même une stratégie d’intégration des analyses. Mais l’objectif du projet INTERMEDE était de formaliser un socle de conclusions communes partagées par l’ensemble des équipes, et de pouvoir proposer une méthode d’intégration des résultats pour les études employant des MMR, qui puisse être utile plus particulièrement dans la recherche sur les soins primaires et sur les ISS, et pour les études mobilisant des schémas séquentiels avec des échantillons différents (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition).

Afin de formaliser l’accord/désaccord des équipes sur les points de convergence, de divergence et d’observations isolées, une méthode de consensus inspirée du *Delphi* a ainsi été développée et expérimentée. Plusieurs méthodes de consensus existent, mais la méthode *Delphi* offre plusieurs avantages (Bourrée et al., 2008). Elle permet une flexibilité d’utilisation, et elle est utilisée dans de nombreux domaines de la santé publique tels que la recherche clinique, la définition des bonnes pratiques, l’orientation des stratégies en santé publique, mais également en dehors du champ de la santé (Fink et al., 1984). « En santé publique, ces méthodes sont le

plus souvent utilisées pour apporter un éclairage, prendre des décisions, générer des idées ou hiérarchiser dans des situations où les informations fondées scientifiquement manquent ou lorsqu'il y a un surplus d'informations contradictoires » (Bourrée et al., 2008). Les caractéristiques de la méthode *Delphi* telle qu'appliquée dans sa forme d'origine sont l'anonymat des participants, la procédure itérative et l'analyse quantifiée des réponses du groupe. A chaque nouveau tour, les experts reçoivent les résultats du premier tour avec la médiane et la dispersion des opinions de chacun. Ils peuvent alors modifier leurs opinions ou la maintenir, en répondant une nouvelle fois au questionnaire. Les tours peuvent être réorganisés autant de fois que nécessaire jusqu'à obtenir un consensus entre tous les experts. Différentes variantes de la méthode *Delphi* sont couramment utilisées et sont classiquement nommées de méthodes *Delphi modifié* (Bourrée et al., 2008; McKenna, 1994). Par exemple, elles peuvent intégrer une rencontre des participants, comme dans le *mini-Delphi*, ou varier selon les objectifs à atteindre, qui peuvent être d'aboutir à un consensus mais aussi, d'obtenir la plus large gamme d'opinions possible, ou d'aboutir à la création d'idées comme dans la méthode de l'*Imen-Delphi* (Bourrée et al., 2008; Keeney et al., 2006; Passig, 1997). Dans tous les cas, les points communément retrouvés sont le nombre de tours en général au moins égal à deux, le processus itératif, et le feed-back aux participants. Des limites de la méthode *Delphi* sont décrites dans la littérature (Fink et al., 1984) : la fiabilité augmente avec le nombre de tours et la taille du groupe, mais les participants ont souvent du mal à répondre au bout de trois tours, et la coordination de grands groupes et de nombreux tours peuvent être coûteux (Fink et al., 1984; Starkweather et al., 1975). La notion d'expert, d'anonymat et la validité des résultats issus de ce type de méthode ont également pu être remises en cause par certains auteurs (Sackman, 1975).

Mais l'enjeu ici était de s'inspirer de la méthode *Delphi*, afin de dégager des axes principaux de résultats communs à l'ensemble du projet INTERMEDE, et d'aboutir à la formalisation d'un consensus entre toutes les équipes. L'organisation des tours itératifs à intervalle régulier, avec comme support un questionnaire à remplir par chaque expert, a permis à chaque membre de l'équipe INTERMEDE de réfléchir aux différents résultats communs de ce projet, et de formuler leur accord ou désaccord sur des conclusions communes, sans pression de la part du groupe ou de contraintes temporelles. L'avantage de ce processus était de permettre de traiter un exercice complexe de manière systématique, en évitant toute influence interpersonnelle. Il a permis de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir les points de convergence et les points de divergence ou

d'indécision entre experts. A l'issue des deux tours, de trois questionnaires/travaux de synthèse et de la réunion plénière, trois types de résultats ont été dégagés. Ils étaient formulés sous forme de fait isolé, de conclusions partagées quand les observations de deux équipes convergeaient, et d'hypothèses. Un tableau de synthèse a permis de souligner les points de convergence entre les différents résultats. Il s'inspire des « convergence coding matrix », avec l'identification par les différentes équipes de quatre axes principaux de résultats, ou « méta thèmes » (Farmer et al., 2006; O'Cathain et al., 2010).

Des divergences de résultats n'ont pas été observées dans le projet INTERMEDE, à l'exception de la convergence lexicale et de dynamique d'ajustement observée entre médecins et patients observées par le spécialiste en lexicométrie. Mais pour les linguistes il n'était pas possible de conclure à une convergence lexicale à partir de l'étude des spécificités lexicales. Ce résultat divergent pouvait s'expliquer par une source de données utilisée différente. En effet, le résultat du spécialiste en lexicométrie s'appuyait sur une analyse des données, indépendamment des consultations individuelles (c'est-à-dire tous les mots des patients d'un côté et tous les mots des médecins de l'autre). Or, pour les linguistes cette dimension doit être explorée à l'échelle d'une consultation donnée, ce qu'ils ont tenté d'approcher par une mesure du vocabulaire commun entre patients et médecins. Après discussion en réunion plénière, ce résultat n'a pas été retenu. La prise en compte des résultats divergents (Mark et Shotland 1985, Morgan 2006) représente un challenge des MMR. C'est plus particulièrement problématique quand les données qualitatives collectées auprès d'un patient « racontent une histoire » différente de ce qu'indiquent les données issues du questionnaire (Cox 2003, Moffat 2006). Dans de tels cas, il a été suggéré que les approches quantitatives et qualitatives devraient être vues comme complémentaires et non comme en compétition (Clarke, 2009a). Différentes stratégies sont proposées dans la littérature pour trouver une solution aux divergences entre les données ou les résultats qualitatifs et quantitatifs, telles que la conduite d'analyses complémentaires, l'initiation d'un nouveau projet de recherche sur la base d'une nouvelle hypothèse, jusqu'à l'exclusion d'une partie des données (Guével and Pommier, 2012; Pluye et al., 2009a).

Néanmoins, si les résultats divergents n'ont pas été un problème majeur à traiter lors de l'intégration des corpus qualitatif et quantitatif du projet INTERMEDE, la difficulté a plutôt été les « silences » observés pour certains résultats. En effet, les équipes ne pouvaient pas se prononcer sur certains résultats issus des autres disciplines, en raison de leur cadre

méthodologique qui leur sont propre. Les linguistes n'ont par exemple pas pu se prononcer sur la dichotomie syntagmatique/paradigmatique retrouvée en lexicométrie, ou sur les explorations selon les thématiques abordées en raison de leur cadre méthodologique. Mais c'est aussi en raison d'effectifs insuffisants, comme cela a pu être le cas dans les analyses épidémiologiques concernant l'exploration des facteurs liés à la satisfaction/insatisfaction du patient et du médecin, et à l'observance des patients envers les traitements et les conseils donnés par le médecin à distance de la consultation étudiée. Mais une autre raison que nous pouvons évoquer face à ces silences est la difficulté rencontrée par certaines équipes pour se prononcer sur les résultats d'autres disciplines. En effet, certaines disciplines arrivaient à s'approprier les résultats d'une autre équipe, pour générer de nouvelles hypothèses de recherche, quand d'autres ne se prononçaient que sur leurs résultats et avaient plus de difficultés à se prononcer sur des observations et des hypothèses communes. Les sociologues ont alors formulé de nouvelles pistes de réflexions à partir de nombreux résultats, et les épidémiologistes cherchaient des explications possibles à leurs résultats dans l'observation des autres disciplines. Par ailleurs, si les épidémiologistes voulaient aboutir à une formulation de préconisations concrètes à l'issue de l'intégration interdisciplinaire, les autres disciplines ne souhaitaient pas se prononcer sur d'éventuelles recommandations. Ce sont aussi les épidémiologistes qui se sont saisis de l'intégration des résultats, exprimant le souhait de formaliser des conclusions communes à l'ensemble des équipes. De la même façon, la notion de catégorie ne revêtait pas la même signification d'une discipline à l'autre. Une typologie proposée par les sociologues à partir de la fréquence d'occurrences thématiques émergeant dans leur corpus au début du projet INTERMEDE n'a finalement pas été retenue dans les résultats finaux après demande de ces derniers. Ils souhaitaient en effet vérifier la stabilité de leur hypothèse par l'étude au long cours d'une interaction entre médecin et patient. O'Cathain montre en effet que les silences peuvent être attendus du fait des approches et du cadre d'analyse propre à chaque discipline, examinant plus particulièrement certains aspects d'un même phénomène. Néanmoins des silences inattendus peuvent également apparaître, mais ce qui peut améliorer la compréhension d'un phénomène et mener vers d'autres investigations (O'Cathain et al., 2010).

Chaque discipline a pu apporter un éclairage et une compréhension différents sur un même objet, selon un cadre méthodologique et un paradigme qui leur étaient propres, mais, il est important de souligner que la formalisation d'un consensus unique autour d'un même résultat n'était pas possible. Les résultats d'une équipe pouvait alors faire écho aux observations d'une autre discipline, ou nourrissait la formulation d'hypothèses explicatives ou

compréhensives. Trois types de connaissances partagées et quatre axes de résultats ont ainsi pu être formulés en fonction de la convergence des approches interdisciplinaires.

Ces différentes observations soulèvent la question épistémologique qui est au cœur de tous les projets mobilisant des MMR, et qui est au centre même de nombreux débats concernant ce champ de recherche (Teddlie and Tashakkori, 2003).

3. La question épistémologique dans les méthodes mixtes de recherche

Les méthodes quantitative et qualitative sont basées sur des paradigmes différents qui ont des implications ontologique et épistémologique différentes (Teddlie and Tashakkori, 2003). Une étude quantitative repose sur un paradigme positiviste/post positiviste, postulant une certaine stabilité matérielle prédictive qui existe entre les cultures et les contextes se conformant à des normes et des profils communs (Clarke, 2009a). Les chercheurs peuvent étudier cette réalité en déterminant des variables et en examinant les relations entre elles, par exemple entre une cause et un effet. Une étude qualitative est souvent basée sur un paradigme de constructivisme ou interprétativisme, postulant qu'il y a de multiples réalités construites autour d'un contexte, d'une période et d'une culture qui peuvent être étudiées en examinant les expériences des personnes et ce qui se passe dans les situations sociales ((Clarke, 2009a; Morgan, 2007). Face à cette question de la place des paradigmes de chaque discipline dans une MMR, certains auteurs proposent la piste de la dialectique, c'est-à-dire de l'analyse des tensions entre les différents paradigmes utilisés au sein d'une même recherche. D'autres auteurs, comme Lincoln argumente l'importance du choix d'un paradigme unique au sein d'une même recherche et l'impossibilité de croiser les paradigmes, tout en reconnaissant l'intérêt d'utiliser différentes sources de données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, pour répondre à certains objectifs de recherche (Lincoln and Guba, 1985). Pour certains auteurs le pragmatisme correspondrait au paradigme adéquat pour les MMR (Bryman, 2007; Morgan, 2007; Tashakkori and Teddlie, 2003). Cette vision repose alors sur le rejet de la « thèse d'incommensurabilité qui sépare le constructivisme et l'empirisme logique en deux idéaux types méthodologiques incompatibles » (Johnson et al., 2007; Pluye et al., 2009b).

Certains auteurs argumentent qu'il serait plus instructif de voir les méthodes qualitatives et quantitatives comme appartenant à un continuum de techniques de recherche « qui sont toutes appropriées selon l'objectif de recherche », plutôt que d'engager un débat philosophique (Casebeer and Verhoef, 1997). Mais Mark et Shotland posent la question « peut on être sur que

les différentes méthodes se focalisent en fait sur la même question ? » (Mark and Shotland, 1985). Une attention rigoureuse sur la sélection des échantillons, les instruments de recueil de données, et le processus d'analyse est une première étape fondamentale pour assurer que les deux composantes de méthodes mixtes explorent la même question. Ceci reflète le débat actuel et la tension entourant les positions philosophiques et paradigmatiques dans les MMR (Clarke, 2009a; Morgan, 2007).

Une autre source de débat concernant l'emploi simultané de méthodes qualitative et quantitative est la priorité accordée à l'une des approches dans chaque étude. Morse *et al.* argumentent que « dans une MMR il n'y a jamais deux composantes d'égale poids », et que la théorie de la phase dominante conduit la phase supplémentaire (Clarke, 2009a; Morse et al., 2006). Une revue de la littérature montre que la priorité est détectée au début de l'étude en notant l'importance relative donnée à une des composantes : par exemple dans les questions de recherche posées, les variables utilisées, ou dans la façon d'utiliser une forme de données pour construire un instrument de collecte de données. Dans le projet INTERMEDE, aucune phase n'a été jugée dominante *a priori*, et on peut aussi s'interroger sur la frontière entre ce qui est appelé qualitatif et quantitatif. En effet, les MMR font référence à l'emploi de méthodes qualitatives et quantitatives. Or dans le cas du projet INTERMEDE, on peut distinguer un corpus qualitatif composé des observations de la consultation et des entretiens menés avec les patients et les médecins, et un corpus quantitatif constitué par l'administration de questionnaires en miroir auprès des patients et des médecins. Mais le corpus qualitatif a fait l'objet de multiples analyses, sociologiques, mais aussi d'une analyse quantitative empruntant les méthodes d'analyse de la linguistique et de la lexicométrie. Pour certains auteurs, cette dichotomie entre méthode qualitative et quantitative masque aussi la variété de ce champ de recherche (Yin, 2006).

Si la question épistémologique est centrale dans le développement des MMR, d'autres défis existents sont dans ce champ de recherche en pleine évolution.

4. Les enjeux liés au développement des méthodes mixtes de recherche

De nombreuses études révèlent le manque d'intégration des méthodes, ce qui limite les connaissances que ces études peuvent générer. Plusieurs barrières au manque d'intégration de méthodes mixtes ont été identifiées dans la recherche en santé et social.

4.1. Formation à la méthode mixte de recherche

La formation en MMR représente un enjeu central au développement et à la diffusion des MMR. Les exemples d'intégration des méthodes développées dans la littérature constituent un premier levier pour les chercheurs non initiés (O'Cathain et al., 2010). Par ailleurs, des formations sont progressivement organisées, notamment en France⁴. Les leaders du champ des MMR s'accordent à dire que ces méthodes demandent un entraînement et une formation spécifique (Bryman, 2007; Clarke, 2009b, a; Stewart et al., 2008), et qu'il semble important qu'un chercheur soit compétent à la fois dans la conduite d'études qualitatives et quantitatives, mais aussi dans la conduite de MMR (Morgan, 1998; O'Cathain et al., 2008). Mais disposer d'une équipe de chercheurs rassemblant ces compétences et composée de chercheurs en capacité de dialoguer et d'échanger avec les chercheurs issus des autres courants, comme cela a été le cas pour le projet INTERMEDE représente une alternative fondamentale (Guével and Pommier, 2012). La sensibilisation des professionnels, des chercheurs et des praticiens représente une étape centrale à la diffusion de cette approche (Guével and Pommier, 2012).

4.2. Critères de qualité des méthodes mixtes de recherche

Un enjeu se dessine également dans la recherche sur les critères de qualité à utiliser dans les MMR. Pluye propose d'évaluer tout d'abord les composantes qualitatives et quantitatives avec les critères qui sont classiquement utilisés de façon respectueuse, puis d'évaluer la méthodologie mixte en s'appuyant sur les différents schémas et techniques d'intégration utilisées (Pluye et al., 2009b). Plus précisément l'auteur propose d'évaluer la qualité des MMR en se basant sur la présence ou l'absence de trois caractéristiques : la justification du schéma utilisé, la combinaison des techniques de collecte et d'analyse de données qualitatives et quantitatives, et l'intégration des données et/ou des résultats qualitatifs et quantitatifs.

Ainsi, O'Cathain propose en 2010 un cadre pour juger de la qualité des MMR, en s'appuyant sur les travaux de Teddlie et Tashakkori (O'Cathain et al., 2008; Teddlie and Tashakkori, 2003) et des critères relevés dans la littérature (Guével and Pommier, 2012). Elle identifie huit familles de critères selon les différentes étapes d'une étude, repris par Guével et Pommier dans leur article : qualité de la planification, qualité du protocole, qualité des données, rigueur de l'interprétation, transférabilité des inférences, qualité de la restitution du travail

⁴ Les méthodes mixtes sont enseignées à l'Université Mc Gill au Canada ; en France, un séminaire doctoral a été organisé en 2011 par Pommier, Guével et Absil et un séminaire a été organisé en novembre 2013 par l'EHESP.

synthèse des résultats disponible et utilité (Guével and Pommier, 2012). Néanmoins le trop grand nombre de critères rend son utilisation difficile en pratique. Des critères sur mesure (« *bespoke criteria* »), spécifiques à la MMR sont développés par différents chercheurs (Guével and Pommier, 2012). Ils représentent un des enjeux majeurs au développement des MMR (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition).

4.3. Publication de travaux employant des méthodes mixtes de recherche

La publication de travaux employant des MMR représente un levier fondamental pour la diffusion de cette méthodologie, mais également pour le développement de nouvelles méthodes d'intégration (Mertens, 2011). La publication de ces études est également rendue difficile par la spécialisation des journaux dans l'une ou l'autre des approches méthodologiques classiques et par la restriction de la taille des articles qui rend difficile d'exposer les différentes composantes de l'étude et leur intégration (Bryman, 2007). Guével et Pommier pensent que le peu de publications en santé publique pourrait en partie s'expliquer par le fait que les résultats des études mixtes peuvent être publiés séparément ou encore que l'un des volets n'est pas publié (Guével and Pommier, 2012). La création en 2007 de la revue *Journal of Mixed Methods Research* et de la revue *International Journal Of Multiple Research*, ainsi que la mise en place d'un congrès international annuel consacré à la MMR qui en est à sa 7^e édition en 2011 sont des leviers importants au développement des MMR (Guével and Pommier, 2012). L'objectif de ces revues et de ces rencontres scientifiques est de contribuer au développement des MMR et de leur qualité.

Creswell et Tashakkori démontrent que les composante qualitatives et quantitatives d'un manuscrit doivent chacune être bien développées, chacune avec leur cadre méthodologique, leur hypothèses de recherche et leur technique d'analyse (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition). Mais bien que le manuscrit puisse contenir deux parties distinctes, les composantes doivent être impérativement reliées et intégrées entre elles. Les auteurs doivent expliciter les étapes où les méthodes ont été mixées, « L'attente est qu'à la fin du manuscrit, les conclusions collectées des deux côtés soient intégrées pour donner une compréhension plus complète du phénomène étudié » précisent Creswell et Tashakkori (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition)

Dans un éditorial réalisé pour la revue de référence dans le domaine, *Journal of Mixed Methods Research*, Mertens argument que les auteurs doivent préciser dans leur travail les critères de qualité des différentes approches utilisées, mais également ceux de leur

méthodologie mixte (Mertens, 2011). La soumission d'un article auprès de ces revues doit répondre à ces critères. Dahlberg, Wittink et Gallo décrivent le processus les différentes étapes pour la publication d'un manuscrit de MMR, mais de nombreuses questions restent en suspens (Dahlberg et al., 2010; Mertens, 2011): chaque méthode doit-elle être exposée séparément puis unie dans la conclusion ? Doivent-elles être intégrées tout au long du manuscrit ? Les résultats doivent-ils être présentés séparément et intégrés dans une section spécifique ? Chaque auteur devra alors adopter la solution la plus adaptée à l'hypothèse de recherche explorée et ce qui semble essentiel est d'expliquer comment les résultats ont été intégrés et la contribution apportée par l'intégration pour une meilleure compréhension d'un phénomène.

Par ailleurs, les revues de littérature mixte (RLM) de recherche, combinant les revues d'études qualitatives, quantitatives et de méthodes mixtes émergent ces dernières années dans la littérature. Pluye démontre l'apport de ce nouveau type de littérature, notamment concernant l'évaluation de programme : « effectuer une RLM permet de faire la synthèse de tout type de connaissances empiriques entourant les programmes à évaluer ou en cours d'évaluation » (Pluye et al., 2009b).

4.4. Financement des méthodes mixtes de recherche

L'utilisation d'une méthode intégrée est typiquement associée à des coûts plus élevés, et à une complexité logistique (Bryman, 2007; Clarke, 2009a; Stewart et al., 2008). Elles requièrent également un entraînement méthodologique spécifique et une collaboration interdisciplinaire. Dans les pays anglo-saxons, l'augmentation de financements de la part d'agences nationales est encourageante et des ressources sont disponibles pour concevoir des méthodes mixtes (Creswell and Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition), comme l'organisation de workshop pour les professionnels de la santé (National Institutes of Health 2004). La reconnaissance, à la fois par ceux qui financent les projets et par ceux qui utilisent les résultats issus de ces projets de recherche, de l'intérêt et de la pertinence de l'approche par les MMR pour répondre à des questions de recherche complexes, est un élément essentiel pour le développement de projets de qualité (Guével and Pommier, 2012).

Le financement obtenu par l'IRESP pour l'étape d'intégration des résultats du projet INTERMEDE représente une perspective très encourageante au développement des MMR dans le champ de la santé publique.

La méthodologie de consensus employée a permis de dégager quatre axes de résultats formalisés sous forme de trois niveaux de connaissances partagées. La place de la prévention dans la consultation, et la variabilité inter-médecin observée dans les pratiques de prévention constituait l'axe de résultats interdisciplinaires où des observations concordantes (niveau 1 de connaissances) entre équipes étaient le plus souvent observées. Des faits partagés (niveau 1 de connaissances) et des hypothèses nées à partir des résultats d'autres équipes ont également été constatés concernant les mécanismes de l'interaction médecin-patient pouvant participer à la genèse d'inégalités de santé selon le gradient social du patient.

Ces observations sont confrontées à la littérature internationale dans les deux prochains chapitres.

V. LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE PREVENTION

A la lueur de l'intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE, il a été constaté une faible place dédiée à la prévention, du moins d'une place non formalisée, et des malentendus nombreux sur les conseils donnés pendant la consultation. Des études montrent que les médecins n'ont en effet pas assez l'opportunité dans les consultations de proposer des messages de prévention, notamment dans la prévention du tabagisme (Thorndike et al., 2007), et révèlent une place variable occupée par la prévention et l'éducation à la santé en médecine de ville, malgré une implication traditionnellement forte des médecins généralistes libéraux puisque 83,3% d'entre eux déclarent que la prévention fait partie intégrante de leur rôle (Aulagnier et al., 2007; Buttet and Fournier, 2005; Scott et al., 1992).

Depuis ces dix dernières années, le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les pratiques des médecins généralistes s'est profondément modifié. Depuis les lois relatives à la réforme de l'assurance maladie (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004) et à la politique de santé publique (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004), les médecins généralistes ont une plus grande responsabilité en matière de santé publique et dans la démarche de prévention. Les médecins sont, de ce fait, davantage sollicités pour assurer, en complément du rôle de soignant, des missions de prévention et d'éducation à la santé auprès de leurs patients. Les difficultés de mesure de ces actions aux contours souvent imprécis expliquent en partie les incertitudes sur l'implication des médecins généralistes et la réalité de leurs pratiques. D'après une étude de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) en 2002, les dépenses de prévention (individuelles et collectives) représentaient 6,4% des dépenses courantes de santé (Fenina et al., 2006). Cette étude insiste sur la difficulté de repérer des actions préventives qui, d'une part, n'entrent pas dans les comptes de santé et, qui d'autre part s'inscrivent dans les pratiques courantes dans les soins curatifs au titre de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle apparaît alors comme une activité qui se spécifie de « l'intérieur des pratiques médicales quotidiennes » et se situe au niveau de « l'expérience professionnelle » (Schweyer, 2009).

Si le rôle des caractéristiques des patients et de leur environnement a été largement identifié en matière de prévention et les comportements à risque bien décrits, les pratiques des médecins généralistes ont reçu une attention bien moins soutenue. Ainsi, une enquête téléphonique réalisée en 2006 sur un panel représentatif de 600 médecins généralistes exerçant dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur les attitudes et pratiques des médecins

généralistes dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé apporte de nombreux enseignements sur la question (Aulagnier et al., 2007). Elle montre tout d'abord que les médecins identifiés comme les plus impliqués dans la prévention sont également ceux qui présentent un positionnement favorable vis-à-vis des préoccupations de santé publique : ils considèrent que la prévention et l'éducation font partie du rôle du médecin généraliste et accordent une place importante à la dimension de la santé publique dans leurs pratiques ; ces opinions reflètent une sorte de motivation intrinsèque des médecins à mettre en œuvre une démarche préventive (Aulagnier et al., 2007). Ces déclarations rejoignent une véritable stratégie de recherche d'amélioration des pratiques. En effet, les médecins présentant des « scores de prévention » les plus élevés avaient plus fréquemment suivi une formation spécifique, participé à l'évaluation des pratiques professionnelles, ou favorisaient une démarche active de recherche d'informations.

Par ailleurs, l'étude a confirmé l'existence d'un lien entre les comportements personnels des médecins en matière de prévention (par exemple réaliser pour soi-même certains dépistages, ou consommer des substances addictives) et les pratiques qu'ils adoptent face à leurs patients vis-à-vis des actes de prévention (Chan et al., 2006; Cornuz et al., 2000; Wells et al., 1984). Un baromètre santé du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) a montré que ceux « qui ne consomment pas de boissons alcoolisées tous les jours » étaient 48 % à estimer avoir un rôle très important dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme vs 33,9 % pour ceux qui se disent « consommateurs » (Arènes et al., 1996). Les croyances en matière de prévention à risque ont un impact majeur, au contraire de la consultation classique, où les croyances du médecin entrent peu en ligne de compte dans son diagnostic et ses prescriptions. Dans une enquête menée auprès de généralistes néerlandais, 64 % des fumeurs réguliers pensaient que leur comportement n'avait aucune valeur d'exemple sur leurs patients, alors que seulement 36 % des ex-fumeurs, et 29 % de ceux qui n'avaient jamais fumé avaient la même opinion (Dekker et al., 1993); les médecins fumeurs semblent alors moins croire en leur rôle d'exemple pour le tabagisme de leurs patients. L'attitude pédagogique du praticien s'avère donc bien influencée par ses propres comportements de santé.

La mise en œuvre variable de certains actes de prévention peut également être liée au fait que les médecins se sentent peu efficaces dans ces domaines (IGAS, 2003). Les résultats de l'étude d'Aulagnier *et al.* révèlent un sentiment d'efficacité sensiblement moins marqué dans les domaines présentant une dimension éducative forte et demandant un investissement ou une

adhésion du patient parfois plus difficile à obtenir (alimentation, exercice physique, addictions, prévention des accidents de la vie courante), contre un sentiment d'efficacité plus fort dans les domaines à forte composante biomédicale (cancers, asthme, diabète, hypertension) (Aulagnier et al., 2007). Ce sentiment d'inefficacité, confirmé dans d'autres études internationales, peut trouver plusieurs sources d'explications. Tout d'abord, les professionnels doutent de leurs compétences dans ces domaines qui demandent des qualités psychopédagogiques fortes et sont en demande de formation à ce sujet (Bocquier et al., 2005; Heremans and Deccache, 1990; Kushner, 1995). Ils peuvent également douter de la possibilité de faire changer les habitudes de vie ou les comportements de leurs patients dans certains domaines ; ceci est particulièrement vrai lorsque les médecins eux-mêmes n'adoptent pas de comportement préventif comme on l'a vu avec l'exemple du tabagisme (Arborelius and Bremberg, 1994; Elder et al., 1999). Les actions pour lesquelles les médecins généralistes pensent que les patients ne sont pas préoccupés par la thématique sont aussi celles pour lesquelles le rôle du patient dans la prise en charge est important : dépistage de l'obésité et de la surcharge pondérale, dépistage de l'alcoolisme, vaccinations « des groupes à risques » (Bloy and Schweyer, 2010). Ils peuvent également ne pas se sentir en accord avec les recommandations ou les guides de bonnes pratiques (Cabana et al., 1999; Weisberg et al., 1995) ; les 58 % des médecins généralistes qui adhèrent « fortement » aux recommandations médicales de bonnes pratiques pour les pathologies chroniques mettant l'accent en première intention sur les règles hygiéno-diététiques telles les dyslipidémies, l'HTA, l'obésité de l'enfant ou de l'adolescent (Guerville et al., 2009) sont aussi ceux qui expriment leurs difficultés à mettre en œuvre des recommandations qui relèvent d'une éducation en contradiction avec les attentes du patient. La crainte de détériorer la relation médecin-patient en abordant d'eux-mêmes des questions qu'ils jugent trop sensibles ou intrusives par leur dimension morale (par exemple vis-à-vis de la consommation de produits psycho actifs, etc.) participe également à ce sentiment d'inefficacité (Heremans and Deccache, 1990; IGAS, 2003). Cette dernière hypothèse, qui peut être approchée de ce que les médecins appellent la « résistance des patients », particulièrement vraie dans le cas de l'alcoolisme (Aira et al., 2003, 2004; Arborelius and Thakker, 1995), est la première difficulté évoquée par les médecins dans les résultats du « baromètre santé médecins/pharmaciens » (Gautier, 2003). La deuxième source de difficulté évoquée est le manque de temps ; puis des conditions d'exercice actuelles inadaptées, le manque d'accompagnement des autorités de santé, la difficulté à concevoir un plan personnalisé pour chaque patient et enfin, l'absence de demande de la part du patient (Bloy and Schweyer, 2010).

Ainsi l'intégration plus systématique de la prévention dans les pratiques des médecins généralistes, volontaires et conscients de leur rôle à jouer et de leurs responsabilités, suppose de développer un effort important de formation des médecins, d'adapter impérativement les modalités d'organisation du système de soins et de la pratique, de réaffirmer une approche pluridisciplinaire (avec les diététiciens, les psychologues, les éducateurs médico-sportifs et autres professionnels de santé) et d'agir sur l'« *empowerment* » des patients, c'est-à-dire leur capacité d'agir et de contrôle réel sur les décisions qui influencent leur santé et leur qualité de vie (Ninacs, 2008). A cette fin, l'éducation pour la santé est un outil essentiel : non seulement elle offre à chacun la connaissance des comportements et des informations utiles à la préservation de la santé, mais en outre elle permet de retarder la survenue de pathologies entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie, sous réserve de l'existence d'un environnement favorable. Il s'agit alors de soutenir la responsabilité individuelle tout en créant des environnements dans lesquels les choix de santé sont facilités par une action collective sur l'ensemble des déterminants (Département de la santé britannique, 2004). Ce sont les principes mêmes au cœur des valeurs portées par la promotion de la santé : une conception positive et globale de la santé, l'« *empowerment* », la participation et... l'équité, principes qui doivent fonder l'action.

L'intégration de la démarche préventive au sein de la pratique quotidienne des médecins soulève en effet un enjeu de taille : celui de son équité entre tous les patients. Non seulement les soins préventifs sont le lieu d'inégalités vis-à-vis d'un paradigme curatif dominant guidant la construction de l'offre de soins, mais à cela s'ajoute que les politiques de prévention existantes, orientées essentiellement sur les conduites à risque individuelles (alcool, tabac, accidents de la route), ont un impact très différencié selon les catégories sociales. En témoigne l'exemple du tabac, puisque les groupes les plus éduqués et à plus haut revenus ont réduit beaucoup plus fortement leur consommation que les groupes les moins éduqués et les plus défavorisés (Potvin et al., 2010). Les inégalités s'accroissent d'autant plus que les personnes les plus défavorisées socialement ont les comportements individuels les moins favorables à la santé. Ce « gradient social » se dessinant dans les comportements à risque, dans la délivrance de soins préventifs jusque dans la réceptivité aux messages de prévention place la prévention et la promotion de la santé au cœur d'un enjeu de réduction des ISS.

L'organisation du système de soins primaires, et le médecin généraliste au sein de sa consultation, dans la relation qu'il noue avec son patient et la communication qui s'installe entre eux, détiennent un rôle fondamental à jouer dans ces écarts constatés.

« Les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires, c'est-à-dire s'ils privilégient une action appropriée au niveau local qui englobe l'ensemble des déterminants sociaux et qui respecte l'équilibre entre la promotion de la santé et la prévention d'une part, et les interventions curatives d'autre part, et s'ils mettent l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés. »

*Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé
(Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008).*

VI. QUEL RÔLE DU CONTEXTE SOCIAL DU PATIENT SUR LA QUALITÉ DE LA RELATION ENTRE UN PATIENT ET SON MÉDECIN ?

La rencontre entre un patient et son médecin est avant tout celle de deux vécus, à la croisée de deux chemins semés de préoccupations diverses, d'attentes différentes avec des enjeux parfois opposés. La complexité de la relation médecin-malade va alors dépendre des caractéristiques propres du médecin, de son histoire, de ses attitudes et de ses valeurs, des caractéristiques propres du patient, de ses attentes, de ses représentations et de ses croyances, de la richesse, de la facilité, et de la réciprocité de l'interaction elle-même, de leurs perceptions l'un vis-à-vis de l'autre, mais également de facteurs externes à la relation, comme le système de santé.

Comment, à chacune de ces étapes, le contexte social va-t-il colorer cette rencontre ?

1. Le système de santé : un troisième acteur de la relation ?

La rencontre entre un patient et son médecin s'inscrit dans un contexte institutionnel plus large pouvant affecter la qualité de la relation. Les facteurs individuels à l'origine des inégalités sont donc potentialisés par les causes systémiques.

D'une part, les obstacles existant pour l'accès primaire aux soins se retrouvent dans l'accès secondaire du système de soins : des obstacles économiques (prescriptions non utilisées en raison du reste à charge), un manque de lisibilité du système de soins entraînant des ruptures de trajectoires, des méconnaissances d'un besoin ou d'un suivi, et des obstacles géographiques avec des inégalités territoriales de répartition de l'offre de soins. Les inégalités territoriales se font avant tout au détriment des personnes d'origine modeste pour lesquelles l'éloignement est un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés, qu'il s'agisse des habitants de certains quartiers des grandes métropoles ou ceux des zones rurales. Les cloisonnements multiples de l'offre exposent également ceux qui savent le moins bien s'en servir à des trajectoires sinueuses (Lombrail, 2010). D'autres facteurs structurels peuvent alors entrer en jeu comme la conception architecturale des locaux et l'exiguïté de certaines salles d'attente. Des travaux récents montrent également l'importance de l'accueil du patient de la part du personnel administratif sur la qualité de la prise en charge (Ward and McMurray, 2011).

D'autre part, l'évolution du métier de médecin et des aspirations du corps médical, l'évolution de la démographie des professionnels, des rôles attribués au médecin traitant, la

prévalence croissante des maladies chroniques, les nouvelles modalités de leur prise en charge mais aussi l'évaluation croissante des pratiques médicales modifient l'exercice médical. Il a ainsi été souligné la difficulté rencontrée par les médecins libéraux d'aujourd'hui « à asseoir leur identité entre deux modes de fonctionnement, en apparence contradictoires, basés sur un exercice très encadré par des institutions publique (Haute Autorité de Santé, organismes de protection sociale...) et la préservation d'un caractère individuel libéral dans leurs relations avec leurs patients ». Depuis la dernière convention avec l'Assurance Maladie au mois de juillet 2011, le système de rémunération des généralistes français qui reposait entièrement sur le paiement à l'acte a évolué. Celui-ci demeure et reste le socle de la rémunération du praticien en représentant 80-90% de ses revenus, mais pour la première fois a été introduit une rétribution financière forfaitaire complémentaire basée sur des objectifs de Santé Publique, avec quatre thématiques développées : « le renforcement de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins », « le rôle de coordination du médecin généraliste dans le parcours de soins », « l'organisation du cabinet et la qualité de service », et enfin l'introduction d'indicateurs de pratique médicale orientés sur « la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions ». La valeur de l'acte, qui n'est liée ni à l'expérience du médecin, ni à ses efforts de formation ou d'organisation du cabinet, ni au travail administratif qu'elle génère, ni au temps de coordination avec les autres intervenants n'avait cessé de révéler ses limites ces dernières années avec l'évolution des rôles attribués à la consultation médicale, comme celui à mener dans la prévention, dans la gestion du parcours de soins et dans une démarche de qualité des soins et d'amélioration des pratiques. Le nouveau mode de rémunération inspiré du P4P anglo-américain (Pay for Performance) aura pour objectif de mieux prendre en compte ces dimensions. Il concerne actuellement les médecins généralistes, les cardiologues, les gastro-entérologues, et bientôt les pédiatres et les endocrinologues.

La charge de travail et la lourdeur des charges administratives ne cessent de s'accroître, en effet les dossiers à construire et à gérer, spécifiquement pour la déclaration des affections de longue durée (ALD), les certificats à remplir, les démarches sociales à effectuer sont toujours cités comme une charge (Bloy and Schweyer, 2010). Les médecins généralistes travaillent en moyenne 55 heures par semaine pour les hommes et 44 heures pour les femmes, alors qu'ils sont majoritairement âgés de plus de cinquante ans (Aulagnier et al., 2007). Dans les zones économiquement défavorisées, les patients ont plus souvent des maladies chroniques, des facteurs de risque, des problèmes psychologiques et sociaux (Falcoff et al., 2010). Les

conditions d'exercice difficiles des médecins généralistes y sont encore plus importantes ; les médecins y sont moins nombreux, ont plus souvent des consultations surchargées et disposent de moins de ressources humaines et techniques. Ils ont plus de difficulté à adresser les patients à des centres spécialistes et à des centres d'imagerie médicale, les hospitalisations se faisant plus souvent via les urgences. La durée des consultations est inversement associée à la charge de travail et au niveau socioéconomique local (Fiscella and Epstein, 2008). Sous l'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux, la probabilité que les problématiques non urgentes et notamment la prévention soient laissées de côté augmente.

La faiblesse des systèmes d'information est un autre frein puissant à une pratique plus systématique, soit parce qu'ils permettent très difficilement d'avoir une vision collective sur une patientèle et la différenciation de ses besoins, soit parce qu'ils sont dépourvus de dispositifs de rappels (« *reminders* ») qui sécurisent la pratique en évitant les oublis (Falcoff et al., 2010; Lombrail, 2010). L'informatisation de l'exercice de la médecine favoriserait également les coopérations interprofessionnelles et les relations entre médecine ambulatoire et les établissements de santé par un échange d'information (Legmann, Avril 2010). De la même façon, la non prise en compte des déterminants sociaux dans la construction des référentiels de pratique clinique et les dispositifs d'évaluation des « performances » des services ne comportent pas de regard sur leur équité ; ce qui représente une mesure fondamentale à la fixation d'objectifs et à l'évaluation de leurs atteintes (Falcoff et al., 2010).

Enfin, la conception devenue dominante de l'individu autonome et responsable place la relation médecin-patient au cœur de nouveaux enjeux. Depuis ces dix dernières années, l'irruption de la « démocratie sanitaire » accroît le rôle du « patient-usager » devenu mieux informé et donc plus exigeant (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Les médecins généralistes décrivent une double pression exercée par les patients : en termes de disponibilité et de contenu de la prise en charge. Par exemple, l'exigence des patients d'être vus rapidement peut perturber le travail et en augmente la charge tout en paraissant parfois illégitime aux yeux du médecin car non fondée sur une pathologie. Il peut traduire aussi l'existence de conflits de logiques au sein même de l'activité (Bloy and Schweyer, 2010).

2. Du côté des médecins

Indépendamment du patient qu'il rencontre, la pratique de chaque médecin dépend tout d'abord de caractéristiques démographiques : l'âge et le sexe. Les jeunes médecins réaliseraient plus d'actes de prévention, ce qui pourrait refléter la part croissante accordée à la prévention dans la formation médicale (Flocke and Gilchrist, 2005). Les femmes médecins réaliseraient plus d'actes de prévention, par rapport à leurs confrères masculins, notamment en matière de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, mais donneraient également plus de conseils à tous leurs patients (Flocke and Gilchrist, 2005; Lurie et al., 1998). Comme évoqué précédemment, elles seraient aussi plus conscientes de leur propre style de vie et ainsi plus disposées à initier des conversations centrées sur la nutrition et le poids (Flocke and Gilchrist, 2005) ; leur façon de communiquer pendant la consultation serait également différente. Une étude menée dans différents pays européens montre que les femmes généralistes auraient un mode de communication avec leurs patients plus empathique, basé sur le partenariat, facilitant la participation du patient, et porteraient une attention plus particulière aux problèmes psychosociaux de leurs malades ; leurs consultations seraient également plus longues (Van den Brink-Muinen et al., 2003). Ces résultats sont observés dans nos analyses interdisciplinaires, et dans de nombreux autres travaux (Flocke and Gilchrist, 2005), dont une méta-analyse de Roter *et al.* (Adams et al., 2008; Elderkin-Thompson and Waitzkin, 1999; Roter et al., 2002). Les femmes médecins consulteraient par ailleurs d'une façon plus chaleureuse, et impliqueraient leurs patients dans les prises de décisions (Adams et al., 2008; Bertakis, 2009; Hall et al., 1994; Roter et al., 2002; Sandhu et al., 2009). Leur comportement non verbal reflèterait également leur mode de communication plus empathique et plus poli, puisqu'elles auraient tendance à sourire et à marquer leur accord par un signe de la tête plus fréquemment que leurs collègues masculins (Bertakis, 2009; Hall et al., 1994; Roter et al., 2002; Sandhu et al., 2009).

La pratique de chaque médecin va également dépendre de son histoire individuelle, de ses propres expériences avec la maladie, de ses croyances, de sa formation complémentaire, de son « éthique du soin », mais est également influencée par d'autres facteurs : la façon dont il se sent ce jour-là, les autres consultations qu'il a eues dans la journée et la qualité de sa relation avec ses patients (Street et al., 2007; Street et al., 2008). Les pratiques des médecins dépendent aussi de leur secteur d'activité, de leur mode d'exercice particulier de la médecine et de leurs conditions de travail (fonctionnement seul ou en groupe, localisation géographique du cabinet, durée des consultations, nombre d'actes...). On a vu précédemment combien ces différents facteurs pouvaient influencer la démarche préventive du médecin : la dimension de la santé

publique dans leurs pratiques, leur investissement dans des démarches de santé publique, leurs propres attitudes en matière de prévention, leurs critères moraux et esthétiques, leur relation au plaisir et à l'abus, leur propre relation au corps, leurs propres croyances, leurs peurs et inhibitions, leur vision du soin (faire des actes gratuits accroît les scores de prévention) en modulent les différentes attitudes (Aulagnier et al., 2007; Boulos et al., 2002; Genolini et al., 2011). Les médecins exerçant en secteur 1 seraient plus impliqués que les médecins de secteur 2 dans toutes les actions de prévention, sauf pour le sevrage tabagique (Bloy and Schweyer, 2010). Entre une pratique « à forte composante biomédicale » et une pratique où « la dimension psychologique et sociale est perçue comme importante », la tradition médicale dans laquelle leur pratique s'insère va également être fondamentale sur la relation établie avec ses patients.

Les analyses interdisciplinaires du projet INTERMEDE ont permis de distinguer une variabilité des pratiques « inter-médecins » et une variabilité « intra-médecins ». La variabilité peut se situer en effet entre les différents médecins avec des modes d'être et de faire spécifiques à chaque médecin et dans ce cas il s'agira de caractériser les pratiques de différents praticiens. Les différences dans les modes d'exercice comme dans la diversité des patients sont considérables et peuvent contribuer à une richesse des pratiques tant que l'équité entre patients et la qualité des soins délivrés sont respectées. La variabilité peut également être observée chez un même médecin, ce qui peut renvoyer à une volonté d'adaptation du médecin à chacun des patients, quand par exemple le médecin cherche à prendre la meilleure décision possible pour le patient, compte tenu de sa situation sociale. Mais la question qui reste posée est aussi celle d'une éventuelle anticipation des comportements des patients par le médecin, qui peut se traduire par des conséquences négatives sur la prise en charge d'un certain nombre de problèmes (Kelly-Irving et al., 2011).

Même les médecins les plus égalitaires et les plus consciencieux peuvent en effet être inconsciemment influencés par des stéréotypes liés au statut sociodémographique de leurs patients. Certains médecins vont alors interagir de manière différente avec les minorités, avec les patients les moins éduqués et avec les patients plus âgés, associant plus d'attributs « négatifs » (comme une non observance du traitement, une moindre compréhension et un moindre intérêt, une consommation de drogues plus importante) ou au contraire « positifs » à tort (bonne santé relative donc moindre besoin en soins). Des recherches sociologiques confirment que la « classification sociale » des patients que le médecin opère par anticipation peut influencer son comportement. Par exemple, on a pu démontrer que l'imputation d'une situation socioéconomique défavorable augmente les chances d'être admis dans un service

d'urgence (Vassy, 2001). Pour les bénéficiaires de la CMU, l'attribution d'une catégorie sociale défavorable peut faire l'objet de préjugés, de pratiques discriminantes, faible écoute et/ou disponibilité, temps faible ou nul consacré à la prévention, ou au contraire plus de temps consacré pour expliquer, utilisation de génériques moins coûteux (Despres, 2005). La littérature nord-américaine témoigne de préjugés et de discriminations raciales qui pourraient directement expliquer les différences de diagnostic et de traitement des minorités des patients (Balsa and McGuire, 2003; Bao et al., 2007; Van Ryn et al., 2006). Ces discriminations peuvent alors relever d'une délégitimation de la demande ou d'une différenciation de la réponse en fonction de l'appartenance sociale et culturelle des personnes soignées mais elles peuvent être indépendantes de l'intentionnalité des professionnels. Le médecin peut ainsi avoir intégré inconsciemment dans sa pratique quotidienne une attente de résultats de santé moins élevée pour des patients de catégorie sociale plus basse, comme pour des patients plus âgés, de part leur contexte social, mais également en se basant sur un état de santé de son patient qu'il connaît depuis longtemps ; ce qui peut être accentué en cas de difficulté à la compréhension (Lutfey and Ketcham, 2005). Cette hypothèse pourrait expliquer en partie les résultats du projet INTERMEDE observés sur la sur-estimation de la santé perçue qu'ont les médecins (par rapport à l'évaluation du patient) pour leurs patients de bas niveau d'éducation, ou pour lesquels ils perçoivent une position sociales moins élevée. Cette hypothèse pourrait également rejoindre la notion de « discrimination statistique » décrite par Balsa et McGuire quand le médecin ne dispose pas de la même qualité d'information pour tous les patients (Balsa and McGuire, 2001). Ici, l'idée est que le médecin utilise deux types d'informations médicales : une information objective, résultant de tests quantifiés, et une information idiosyncrasique subjective fournie par le patient sur ses symptômes ressentis. S'il comprend bien les symptômes exprimés par le patient, le médecin est capable d'utiliser au mieux la deuxième information pour affiner son diagnostic et sa décision ; en revanche s'il ne la comprend pas bien, il préférera ne pas en tenir compte et soigner ce cas précis comme la moyenne des cas relevant des mêmes informations objectives. Les patients dont l'information n'est pas utilisée seront trop ou trop peu soignés, alors que les patients dont l'information est utilisée recevront le traitement adapté.

Une information différenciée selon le contexte social du patient pourrait également s'exprimer par une rétention *a priori* de l'information plus importante en direction de ces malades au contexte défavorisé. Dans le cadre de la médecine oncologique hospitalière, il a été décrit que la quantité et la qualité de l'information donnée au patient, concernant notamment le choix de la thérapie, les effets secondaires des chimiothérapies et de la radiothérapie, et les

inclusions potentielles dans un essai thérapeutique ne sont pas les mêmes en fonction de la catégorie sociale du patient, plus de détails dans les explications étant fournis pour les personnes de catégorie plus favorisée (Fainzang, 2006). En définitive, « ce que les médecins choisissent de dire ou de ne pas dire à leurs patients serait donc largement motivé non pas tant ou en tout cas pas exclusivement par la psychologie particulière du destinataire de l'information et de son aptitude à l'entendre mais –avant même parfois l'état pathologique du malade par son statut socioculturel réel ou supposé » (Fainzang, 2006). On a vu à cet égard, que les attitudes des médecins variaient à leur propre insu en fonction non pas toujours de ce que le malade est mais de ce qu'ils croient qu'il est.

Or la façon dont un médecin perçoit un patient, « intelligent », « compliant », « aimable », va influencer la façon dont il va le prendre en charge pendant la consultation et la prise de décision médicale, pouvant alors faire l'impasse sur des opportunités d'informations, de conseils ou de prise en charge durant la consultation médicale, pouvant ainsi engendrer des ISS (Balsa and McGuire, 2001, 2003; Lynch et al., 1997; Ong et al., 1995; Street et al., 2007; Street et al., 2008; Van Ryn et al., 2006; Willems et al., 2005).

3. Du côté des patients

De la part des patients, la formulation de la demande ou non et sa nature sont influencées par le contexte social du patient mais également par les représentations sur la maladie et la santé, le rapport au corps, la médicalisation, des mots pour le dire et des expériences antérieures avec le système de santé (Boltanski, 1974; Bourdieu, 1979). Mais elle dépend également de l'entourage du patient, de son « support social », de son statut marital, et de la complexité des situations personnelles et d'autres préoccupations de la vie quotidienne pouvant reléguer la santé au second plan. Or, au-delà des éléments diagnostics fiables sur lesquels le médecin se repose lors de son examen clinique et des analyses complémentaires, on a vu combien l'information donnée par le patient est fondamentale dans l'établissement du diagnostic, le choix de la prise en charge et toutes les décisions prises pendant la consultation. Dans la prévention des FRCV, la prise en charge va dépendre essentiellement de ce que le patient accepterait de dire de ses habitudes alimentaires et de sa pratique physique, sur des symptômes plus ou moins flous et sur des informations plus ou moins vérifiables (Genolini et al., 2011; Schieber et al., 2011). Les représentations du corps et de la santé y sont là aussi certainement encore plus importantes.

Certains patients peuvent ne pas oser demander une information ou une explication, par peur de « déranger » le médecin, sans que la catégorie sociale n'intervienne alors forcément. Mais la plupart du temps ces omissions de soins sont facilitées par le fait que les bénéficiaires potentiels des soins ont une capacité inégale à identifier leurs besoins et/ou à formuler leurs attentes. Les enquêtes commandées en 1992 et en 1997 au Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), par le Haut comité de la santé publique (HCSP), pour connaître la perception que les Français ont de leur état de santé, montrent que les ouvriers et encore plus les demandeurs d'emploi ont des exigences moindres vis-à-vis de leur santé quand ce sont eux qui ont l'état de santé perçu le moins bon (Le Queau and Olm, 1998). Si 53% des cadres se déclarent non limités par leur santé et 37% très satisfaits de leur santé, ce ne sont plus respectivement que 38% et 23% des ouvriers. Surtout, parmi les personnes limitées pour effectuer des gestes quotidiens, si 12% des cadres se déclarent satisfaits de leur état de santé, ce sont 19% des ouvriers et 21% des chômeurs. Dans l'enquête de population menée après la catastrophe AZF de Toulouse, pour les personnes habitant dans les quartiers les plus touchés par l'explosion, qui étaient également les quartiers les plus défavorisés socialement, la prévalence des séquelles physiques et le retentissement sur la santé mentale étaient les plus élevés, et c'est pourtant dans ces quartiers que la santé perçue était la plus favorable (Lapierre-Duval and Schwoebel, 2004). Nous avons également vu précédemment que, face à un problème de santé, les personnes de catégorie sociale plus élevée avaient tendance à rapporter des niveaux de santé perçue plus faibles comparativement aux personnes de niveau social plus bas (Delpierre et al., 2009b).

Une des hypothèses pouvant expliquer cette différence est que les attentes en matière de santé augmentent avec le niveau social, les attentes étant plus élevées pour des sujets de catégorie sociale élevée et plus faibles pour les sujets de niveau social plus bas qui auraient alors moins tendance à estimer leur santé mauvaise lors de problèmes de santé comme des douleurs chroniques ou des limitations fonctionnelles, par rapport aux sujets de niveau social plus élevé. A titre d'exemple, des études ont observé une « moindre intériorisation » des enjeux nutritionnels pour les patients issus de contexte social moins favorisé, avec une moindre perception du rôle de l'alimentation dans la genèse de cancer (Beck et al.; Régnier, 2009). Mais le patient peut également, plus ou moins volontairement, par déni lié à l'angoisse d'être malade, ou par fatalisme, ne donner qu'une information parcellaire de ses symptômes en les dissimulant ou en les minimisant, en regard de toutes les conséquences que cela suppose : exposer ses nouveaux symptômes au médecin, c'est risquer de l'amener à formuler un diagnostic (Fainzang,

2006). Cette difficulté à identifier leurs besoins et/ou à formuler leurs attentes pourrait être plus grande encore dans une démarche de prévention, qui demande d' « acquérir » le rôle de malade potentiel. C'est cette même difficulté qui peut constituer un premier obstacle pour venir frapper à la porte du médecin généraliste et entrer dans le système de soins.

La bonne compréhension, l'adhésion au discours du généraliste et les comportements d'observance qui s'en suivent dépendent également des représentations du patient, façonnées par sa culture et son contexte social, mais les décisions individuelles se prennent toujours en situation d'interaction. Elles sont discutées avec le médecin, mais également avec la famille, le(a) conjoint(e), les connaissances, les voisins... L'entourage, mais également l'influence médiatique, conditionnent la trajectoire du patient dans le système de soins et influencent la relation entre un patient et son médecin. Problèmes d'information imparfaite, de difficulté à se projeter dans l'avenir ou conditionnements sociaux entravent en partie le libre arbitre des personnes, les comportements qui en résultent ne sont en aucun cas purement « individuels », mais dépendent du groupe social d'appartenance et du contexte socioéconomique et sociétal (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010).

4. Du côté de l'interaction médecin-patient

La qualité de communication entre un patient et un médecin va dépendre de la quantité et de la qualité des informations échangées entre eux, de leur façon de communiquer, de la réciprocité des échanges et d'éventuels malentendus. Elle dépend également de la nature et de la gravité du problème traité, de l'existence de référentiels sur la pathologie traitée, du caractère aigu ou chronique de la pathologie, des antécédents du patient, du degré d'urgence de la consultation et des conditions dans laquelle elle se passe.

4.1. Une qualité de communication différenciée selon le contexte social du patient

Une revue systématique évaluant le rôle du niveau socioéconomique du patient sur la communication entre médecins et patients révèle que les patients de plus bas niveau socioéconomique reçoivent moins d'informations et de conseils de la part du médecin, l'entretien est plus directif et moins participatif (Willems et al., 2005). A l'inverse, les médecins communiquent plus activement et demandent plus d'informations aux patients de niveau d'éducation plus élevé. Les patients de plus bas niveau socioéconomique sont alors

doublément désavantagés : par une plus mauvaise évaluation de leurs besoins et de leurs désirs d'informations d'une part, et par une moindre participation au processus de soins d'autre part, entraînant une défaillance de l'interaction médecin-patient et une relation asymétrique. La littérature nord-américaine témoigne également d'une communication différenciée selon l'origine raciale du patient, les patients noirs et ceux dont l'origine était différente de celle des médecins recevaient moins d'informations de la part de leur médecin, par rapport aux patients blancs, ou de même origine que leur médecin (Cooper et al., 2003; H.S. Gordon et al., 2006).

Le contexte social influence la prise de décision partagée. Une étude observationnelle menée dans le cadre des soins primaires auprès de 8 316 patients identifie que les patients ayant un niveau d'éducation inférieur au niveau baccalauréat étaient significativement moins impliqués dans les décisions prises pendant la consultation, par rapport aux patients de niveau d'éducation plus important (Kaplan et al., 1989). Bensing *et al.* montrent que la tendance qu'a le patient à participer aux décisions prises dépend de caractéristiques comme l'âge, le sexe, la *capacité à faire face* (« *coping style* »), la sévérité de la pathologie mais également du niveau d'éducation (Bensing et al., 2006). Si l'ère d'une médecine paternaliste semble être remplacée par un modèle plus centré sur le patient où la négociation, la coopération et la prise de décision commune entre patient et médecins priment (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001), le type de relation et de partenariat souhaités par le patient semblent donc varier et dépendre notamment de son contexte social. Simpson M. *et al.* montrent également que la préférence des patients pour ce type d'interaction plus centré sur le patient serait plus importante pour les femmes, les patients d'âge jeune, et les patients de niveau d'éducation élevé (Simpson et al., 1991). Cependant, certaines études ne confirment pas ces résultats, et les observations diffèrent pour les petites minorités au sein de chaque groupe pouvant avoir des opinions opposées au reste du groupe : les patients de catégorie sociale basse et fumeurs préfèrent une approche partagée quand il s'agit de parler de problèmes liés au style de vie. On voit que la situation semble plus complexe car par-delà les modèles théoriques homogènes de la relation (paternaliste, autonome, partagée), les situations concrètes révèlent non seulement la coexistence de ces différents modèles mais encore une interpénétration de ces modèles à l'intérieur d'une même relation (Fainzang, 2006). Néanmoins, il a été démontré à plusieurs reprises qu'un mode d'interaction centré sur le patient, où les décisions sont partagées, a un impact important sur la qualité de prise en charge du patient ; ce qui souligne son rôle décisif dans une interaction médecin-patient de qualité (Kinnersley et al., 1999; Little et al., 2001; Stewart et al., 2000).

Enfin, les analyses épidémiologiques du projet INTERMEDE révèlent qu'une interaction entre patients et médecins différenciée selon le contexte social peut également se manifester par des désaccords plus nombreux entre médecins et patients sans diplôme sur l'évaluation de la santé perçue et la prise en charge des FRCV. Une étude anglaise réalisée dans le cadre de la médecine générale constate que les perceptions des médecins et des patients sur ce qui s'était passé pendant la consultation variaient considérablement selon la classe sociale du patient. Selon les perceptions du médecin, le temps passé à donner des conseils, à examiner et à écouter, augmentait avec la hiérarchie sociale (Martin et al., 1991).

Quels mécanismes à l'œuvre au moment de l'interaction médecin-patient pourraient expliquer ces différences dans la qualité et la quantité des échanges? Des perceptions différentes du soin et de la santé? Une réciprocité des échanges plus ou moins riche? Des malentendus plus fréquents? Une relation par nature asymétrique? Une distance culturelle et une absence de langage commun?

4.2. Par quels mécanismes l'interaction médecin-patient pourrait-elle entraîner des inégalités sociales de santé?

Les analyses interdisciplinaires menées sur le projet INTERMEDE ont abouti à la formulation d'hypothèses quant aux mécanismes qui pourraient expliquer le rôle de l'interaction médecin-patient dans la genèse d'ISS. Elles résonnent avec certaines observations issues de la littérature internationale.

4.2.1. Des malentendus plus fréquents?

Les désaccords médecin-patient observés dans le projet INTERMEDE peuvent trouver plus pistes d'explication. Un discours subjectif, marqué par la familiarité et les jugements de valeurs était observé par l'équipe linguistique pour des patients populaires, à l'inverse des patients autonomes pour lesquels un discours plus modalisé, plus nuancé était utilisé. On peut formuler l'hypothèse que le degré de subjectivité introduit dans le discours explique une part des discordances médecin-patient observées, d'autant plus sur des dimensions abstraites de la consultation. La qualité des échanges entre un médecin et son patient va ainsi dépendre des explications et des informations du médecin, de l'interprétation qu'en font les patients, mais

aussi de la transcription des mots des patients dans un langage médical opérés par les médecins. Ces situations de « mal-entendus » témoignent alors d'une incompréhension langagière existant parfois entre médecins et malades, liée soit à un maniement de la langue différent selon les niveaux socioculturels des protagonistes, soit à l'usage d'un jargon médical inévitable. Ce jargon conduit parfois à des méprises qui peuvent tenir à la pluralité des connotations d'un terme, qui est fonction de la place occupée par le médecin et le malade face à la maladie, et aux usages contraires qu'en font malades et médecins ; ce qui peut être source d'inquiétudes chez les patients alors même que le médecin tente de rassurer le malade ou au contraire source de joie malvenue quand le médecin tente d'annoncer de manière « euphémisée » que la situation ne s'améliore pas (Fainzang, 2006). Le choix des mots a toute son importance pour chacun, ils n'ont pas la même signification pour tous, ce qui est entendu par un patient dépend de son histoire, de sa culture, de la même façon pour le médecin. D'où la nécessité de reformuler, de répéter et de faire en retour reformuler le patient pour s'assurer de la bonne compréhension, qu'il s'est appropriée avec ses termes. Mais les problèmes de langage « verbal » ne représentent qu'une partie des malentendus. L'essentiel de la communication passe par le langage non verbal, la voix, le ton, le rythme, l'expression corporelle, les attitudes, les mouvements. Chacun des gestes, des expressions, des mimiques du médecin sont importants et sont sujets à interprétation par le malade sa façon de sourire, de serrer la main, de regarder. Peu d'articles existent sur ce sujet et son lien avec le contexte social du patient reste encore à approfondir (Willems et al., 2005).

Mais des malentendus peuvent également naître des nombreuses questions posées par les malades qui restent sans réponses, soit parce que le médecin n'a pas « écouté » le patient ou parce qu'il a mal interprété la demande, voire en lui attribuant une demande non exprimée. Ces questions sans réponses peuvent être sources de préoccupations et inciter à un nomadisme médical, dans l'espoir de trouver auprès d'autres professionnels une confirmation ou une infirmation de ce que leur a dit le premier (Fainzang, 2006).

4.2.2. Deux êtres en interaction qui s'influencent réciproquement

Street et al ont étudié dans le contexte d'une consultation médicale certains processus affectant la manière dont médecins et patients communiquent entre eux et se perçoivent mutuellement notamment l'influence du style de communication du médecin, le style de communication du patient, les caractéristiques des patients et la notion de concordance

démographique (Street et al., 2007). En effet, la façon dont le médecin communique et voit son patient dépendrait essentiellement de son style de communication construit sur ses expériences répétées avec certains patients, sa philosophie de soins, son rapport au genre et enfin de sa formation médicale (Krupat et al., 2001). Certains médecins dans leur routine de pratique utilisent une relation basée sur le partenariat, fournissent plus d'informations, offrent plus de soutien, sont plus enclins à parler de certains sujets psychosociaux, facilitent la participation du patient dans la discussion et ont donc un style de communication plus centré sur le patient ; ils ont alors une perception plus positive de leurs patients que les autres médecins plus orientés sur des stratégies biomédicales et sur le contrôle médical. Ils ont également des patients plus satisfaits et plus compliants à leur traitement avec un meilleur suivi (Ong et al., 1995; Stewart et al., 2000; Trummer et al., 2006). Le mode de communication du médecin affecte donc bien la qualité du soin ; il en est de même pour les perceptions du médecin : les médecins « affectionnant » leurs patients auraient non seulement des patients plus satisfaits et un retour d'évaluation plus positif de la part des patients mais leur façon de percevoir leurs patients (intelligent, aimable, adhérent) serait également reliée à la prise en charge des patients (Beach et al., 2006; Street et al., 2007; Van Ryn et al., 2006). Les médecins délivrent alors plus d'informations et expriment plus de sympathie et plus d'émotions envers les patients qu'ils respectent et qu'ils perçoivent favorablement.

Mais dans l'interaction entre un médecin et son patient, comme dans toute interaction sociale, chacun peut en effet exercer une influence sur l'autre. Même lorsque la rencontre est courte dans le temps, comme lors des consultations médicales, chaque protagoniste a le potentiel d'influencer réciproquement les émotions, les croyances et les comportements de l'autre (LeBlanc et al., 2009; Roter and Hall, 2006). L'influence du mode de communication du patient est alors également très forte sur les comportements du médecin. Les médecins offrent plus d'informations, sont plus accommodants et plus soutenant quand les patients posent des questions, font des demandes, donnent des opinions, et expriment leurs craintes (H. Gordon et al., 2006; Street et al., 2007). Les médecins sont alors peut-être plus répondants à ces patients impliqués dans la relation car ils ont une meilleure compréhension de leurs besoins, et aussi parce que cela fait partie des normes de la conversation que de répondre à des questions posées (Street, 2001). La relation est de la même façon plus conflictuelle quand les patients eux-mêmes sont dans un rapport plus conflictuel et moins satisfaits. L'expression positive d'un acteur implique un comportement similaire en face créant une interaction amicale et soutenante. De même, les patients qui posent des questions et qui s'expriment davantage, offrent au

médecin la possibilité de fournir plus d'informations et de répondre à la demande, ce qui favorise en retour l'implication du patient. Ainsi, la demande d'information peut également être reliée au degré d'exigence du patient qui pourrait influencer l'« effort » du médecin (de diagnostic ou de services prescrits) ; dans ces cas-là, les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible « pression » que les plus vulnérables (personnes âgées, pauvres, membres de minorités) sont capables d'exercer sur les professionnels (Fainzang, 2006). Mais cette réciprocité d'échanges pourrait également être sources d'insatisfaction entre des patients et des médecins de niveau social proche, pour lesquels s'instaure une « compétition des savoirs », comme ont pu le décrire les sociologues du projet INTERMEDE.

Cette dynamique de réciprocité et d'influence mutuelle peut créer un cycle de communication positif comme il peut devenir négatif.

4.2.3. Une relation par nature asymétrique ?

Les analyses épidémiologiques du projet INTERMEDE ont montré le rôle de la concordance de genre et le rôle de la distance sociale perçue par le médecin sur l'accord/désaccord entre médecins et patients. Street et O'Malley ont ainsi décrit l'importance d'une identité partagée entre patients et médecins dans le déroulé de la consultation. Les patients se percevant proches de leur médecin auront alors tendance à adhérer d'autant plus au traitement, à faire confiance en leur médecin, et à être satisfaits à la sortie de la consultation. Nous avons pu observer au travers de nos analyses que les médecins percevaient moins souvent une certaine proximité avec leur interlocuteur, par rapport à leurs patients, mais aussi que c'était la distance sociale perçue par les médecins qui influençait la naissance de désaccord sur la santé perçue du patient. Des travaux récents démontrent que même si les deux acteurs collaborent dans la construction du débat et donc participent à annuler et supprimer rapidement un éventuel désaccord, c'est le médecin qui prend un rôle plus actif dans la détermination de la trajectoire de l'interaction (Ariss, 2009).

L'asymétrie de la relation patient-médecin ferait donc référence en grande partie au déséquilibre lié au rôle et à la place qu'occupent le médecin et son savoir au sein de cette relation et liée à l'autorité morale portée par le médecin par sa simple position de délivreur de soins, asymétrie qui serait alors potentialisée par une approche paternaliste du médecin (Krupat et al., 2001; Street et al., 2007; Street et al., 2008). L'autorité du médecin suivant un gradient

avec les catégories sociales, additionnée d'une autorité perçue par le patient et d'une distance sociale perçue par le médecin, pourrait aggraver l'asymétrie de la relation patient-médecin.

4.2.4. *Une distance culturelle avec une absence de langage commun ?*

Selon une revue de la littérature, les problèmes de communication entre médecins et patients reliés à leurs différences culturelles pourraient s'expliquer de différentes manières : des différences dans l'explication des origines des maladies et de la santé, des différences de valeurs, des différences dans le type de relation souhaité par le patient, les stéréotypes et les barrières linguistiques (Schouten and Meeuwesen, 2006). La culture peut alors jouer aussi sur la définition de l'information à donner au patient et de l'autonomie (Fainzang, 2006).

Ainsi une distance culturelle avec une absence de langage commun pourrait être un déterminant essentiel de la difficulté ou de l'absence de communication entre un patient et un médecin. Nos résultats suggèrent que, pendant la consultation, une distance sociale perçue entre médecin et patients augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte, des attentes du patient conduisant à des décisions moins adaptées, voire préjudiciables aux patients pour lesquels une distance serait ressentie.

Street *et al.* notent l'importance d'une identité partagée entre patients et médecins sur les interactions positives autour du soin et l'adhérence au traitement; elle pourrait se définir selon une concordance de genre, de génération, d'ethnie, de lieu de vie qui favoriserait des représentations et des valeurs communes (Street et al., 2007; Street et al., 2008). Une façon similaire de communiquer, des croyances personnelles et des valeurs communes, amélioreraient la confiance, la satisfaction et l'observance du patient, favoriseraient un discours plus actif du médecin, amélioreraient leur concordance, renforçant ainsi la relation entre un patient et son médecin.

Veatch a ainsi décrit une relation patient-médecin "idéale" qui reposerait sur l'appariement des médecins et des patients sur la base de leurs valeurs, notamment religieuses, politiques, philosophiques et sociales. Aux Etats-Unis, cette idée a conduit à la notion de « convergence sociale » au sein d'un système de santé de consommation où médecins et patients seraient appariés selon leurs valeurs pour maximiser la prise en charge du patient (Veatch, 1995). Ce modèle a été critiqué pour les inégalités qu'il risquerait au contraire d'accroître (Buetow et al., 2009).

4.3. Une communication différenciée selon le contexte social source d'inégalités sociales de santé?

Les analyses interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE ont permis de formuler des hypothèses sur les éléments de l'interaction médecin-patient qui pourraient participer à l'apparition d'ISS, mais sans pouvoir les relier directement, de par sa méthodologie, à des résultats de santé autre que la santé perçue. La littérature internationale s'accorde néanmoins à dire qu'une meilleure communication entre le médecin et le patient améliore leur satisfaction respective, leur confiance mutuelle, la qualité de vie du patient, le suivi du traitement et les résultats cliniques (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001; Willems et al., 2005). De plus, une participation accrue du patient aux décisions médicales qui le concernent diminuerait son anxiété et améliorerait sa santé globale (Little et al., 2001; Stewart et al., 2000).

La littérature économique et sociologique fournit des pistes d'explications sur les mécanismes par lesquels une communication différenciée selon le niveau social pourrait générer des ISS (Balsa and McGuire, 2001, 2003; Ong et al., 1995; Scott et al., 1996) : une interprétation des symptômes par le médecin influencée par la prévalence de la maladie dans le groupe socioculturel auquel il pense que le patient appartient, une qualité de l'interprétation des symptômes par le médecin expliquée par la qualité de la communication entre le patient et le médecin et donc inversement reliée à la distance socioculturelle entre patient et médecin, une utilisation de stéréotypes que le médecin a sur les comportements des patients, des recommandations et conseils médicamenteux qui pourraient ne pas être "entendus" ou mal compris en raison du manque d'un référentiel commun culturel, social, technique. Cette moindre compréhension peut alors entraîner des diagnostics différents, un délai de prise en charge plus grand, une prise en charge différente (prescriptions thérapeutiques, mais aussi recommandations de prévention et de dépistage), un suivi différent (observance et donc réussite du traitement), et des trajectoires différentes.

VII. QUELLES ACTIONS POSSIBLES SUR L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT POUR UNE REDUCTION DES ISS ?

1. Pour l'apprentissage d'une meilleure communication ?

Entre théorie et pratique, entre référentiel et exigence, entre manque de temps et incompréhension, entre conscient et inconscient, comment penser à sa façon de communiquer, tout en restant spontané et en s'adaptant aux situations?

Nombreux sont les soignants qui partagent le sentiment qu'une bonne communication ne peut ni s'enseigner ni s'apprendre hormis avec l'expérience et le temps. Certains médecins peuvent avoir selon leur vécu et leur entourage une aptitude innée à communiquer efficacement. Mais bien communiquer n'est pas une évidence. Une prise de conscience de l'impact des différents comportements et des mécanismes qui sous-tendent la compréhension de l'autre, les potentiels malentendus et mésinterprétations qui peuvent se loger au détour d'un mot, d'un geste, ne pourrait-elle pas aider à une meilleure interaction patient-médecin, comme elle pourrait d'ailleurs aider dans toute forme d'interaction humaine où l'incompréhension est souvent source de souffrance ?

La communication peut se développer par la maîtrise de différentes techniques éprouvées, selon divers supports, tels des groupes de pairs, des jeux de rôle et des ateliers de théâtre. Or elle est encore souvent négligée dans la formation et est enseignée de façon inégale selon les facultés de médecine, ou relève d'initiatives encore locales tels que les groupes de pairs ou les co-formations qui cherchent à croiser l'expérience des patients au savoir et aux pratiques des professionnels (De Goer et al., 2008). Une bonne communication a pourtant un rôle central sur la qualité des soins comme on l'a vu, elle aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes tant pour le patient que le soignant et améliore les déterminants de santé pour les patients. Elle favorise une approche négociée des problèmes entre soignants et patients et elle permet de faire le lien entre une médecine fondée sur des preuves et une médecine centrée sur l'individu. Apprendre à mieux se connaître, à reconnaître ses propres valeurs, ses motivations, ses émotions, ses peurs, ses souffrances, ses représentations des malades et du soin et ses propres limites, pourrait aider les professionnels à s'interroger sur leur façon de communiquer. Enrichie, elle permettrait d'améliorer l'expression des problèmes et des attentes par les patients et l'écoute active de leurs préoccupations et de leurs besoins, d'accompagner le patient, pour créer une relation de qualité, base d'une véritable rencontre humaine. Une telle formation aurait également pour objectif de prendre conscience

des anticipations positives et négatives à l'égard de certains patients et pourrait ainsi consciemment écarter les « *a priori* » associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale (Beach et al., 2006).

2. Pour une prise en compte des déterminants sociaux dans la formation médicale

La non prise en compte du contexte social ne s'observe pas qu'au niveau des recommandations de bonnes pratiques et des dispositifs d'évaluation, mais s'exprime également à un niveau individuel. Dans le projet INTERMEDE, on peut observer que la totalité des médecins déclarait rarement recueillir les informations concernant le niveau d'études de leurs patients, révélant une absence ou du moins un manque de prise en compte du contexte social et économique des patients par les médecins, qui sera plus particulièrement explorée dans une prochaine analyse. Les comportements à risque (tabagisme, alcool) et les habitudes de vie (certains modes alimentaires, activité physique) ne sauraient pourtant être rapportés à des choix individuels en dehors de toute histoire et de tout contexte ; ils se situent à l'intersection de facteurs biologiques, culturels, sociaux et économiques. Or la façon dont les comportements sont conceptualisés détermine la manière dont ils seront pris en compte en santé publique (Mann, 1998). Les professionnels doivent corriger ce que Jonathan Mann appelait leur « socioparésie » et adapter leur démarche de soins à l'appartenance sociale des personnes et de leurs habitus. Cet enjeu est majeur puisqu'il questionne tant les référentiels de pratique et les dispositifs d'évaluation souvent aveugles sur la dimension sociale des problèmes de santé, que la formation initiale et continue des médecins. Il permettrait d'éviter le renforcement d'inégalités dites « par construction » (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010).

Les programmes de formation initiale et continue des professionnels de la santé ne laissent en effet qu'une place réduite aux connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, aux questions de pluriculturalisme et de représentations différentes de la santé et des soins. Certes des modules de Sciences humaines et sociales ont été introduits dans les premières années de médecine, mais cet apport reste marginal par rapport à l'approche médicale. Les programmes reflètent une vision essentiellement biologique des déterminants de santé, axée sur les soins curatifs, au détriment d'approches socioéconomiques, culturelles et macro-sociales. La réduction des inégalités sociales comme objectif central de leur activité n'est donc pas, loin s'en faut, reflétée dans la formation des futurs professionnels de santé. C'est à ce titre que le

rapport « Réduire les ISS : sortir de la fatalité » du Haut Conseil de la Santé Publique émet en 2009 la proposition de former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010). Cette proposition s'appuie sur les recommandations de la Commission de déterminants sociaux de l'OMS soulignant la responsabilité du système de soins allant au-delà de ses responsabilités thérapeutiques et préventives : son influence est majeure sur la façon de penser la santé, de se la représenter et de concevoir les déterminants de la santé (Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

La formation initiale et continue des jeunes médecins sur les questions des ISS, des représentations du soin, du patient et de la santé et leur intégration dans une pratique quotidienne représente un axe essentiel pour une implication des médecins généralistes dans la réduction des ISS. Former les étudiants en médecine à développer des compétences, des capacités et des « *capabilités* » à percevoir des différences de genre et à les incorporer dans leurs décisions et leurs actions devraient les aider à fournir une prise en charge de meilleure qualité à chacun de leur patient (Celik et al., 2011; Sen G. and Östlin P., 2007).

Le développement de la recherche en médecine générale, notamment dans l'approfondissement de la compréhension des mécanismes de santé et dans la réflexion sur les opportunités à agir en médecine générale sur la réduction des ISS doit également y contribuer.

3. Pour une implication des médecins généralistes dans la réduction des inégalités sociales de santé

Peu de travaux se sont intéressés à la possibilité d'agir au sein de la consultation de médecine générale pour corriger les inégalités de soins, ceci étant en partie dû à des difficultés méthodologiques que ce type d'intervention suppose (études randomisées, mesure d'un indicateur de santé, avant et après intervention, stratifiée selon un indicateur de position sociale). Les interventions peuvent chercher à agir au niveau des patients, des professionnels, de l'organisation du système, ou à plusieurs niveaux en même temps (Falcoff et al., 2010).

Quelques expérimentations menées sur l'interaction médecin-patient dans le cadre de médecine générale peuvent être citées (Franks and Fiscella, 2008). Des travaux nord-américains suggèrent qu'une « activation » de la participation des patients pourrait améliorer la qualité des soins (Griffin et al., 2004). Ainsi, la diffusion de documents d'informations adaptés aux patients ayant un niveau d'éducation faible (conçus et rédigés pour des personnes à bas niveau de

lecture), visant à informer et à inciter les patients à aborder des problèmes avec le médecin en consultation et à améliorer l'adhésion à des soins préventifs, pourrait en être un des outils. L'éducation thérapeutique a dans ce cadre un rôle clé à jouer ; un programme éducatif à destination des malades insuffisants cardiaques évalué rigoureusement a ainsi permis de réduire ISS en termes de décès et d'hospitalisation à un an (DeWalt et al., 2006). Du côté des professionnels, il existe par exemple aux Etats-Unis des programmes visant à améliorer la « compétence culturelle » des professionnels, mais leur impact sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour (Beach et al., 2006). Une attention croissante est accordée également dans le monde anglo-saxon à la capacité de délivrer des soins dits centrés sur les patients (« *patient-centeredness* »), c'est-à-dire plus respectueux de leurs attentes et de leurs compétences, notamment en matière de culture de santé (« *health literacy* »). Les effets semblent favorables sur la qualité de la communication soignant-soigné, y compris en direction des groupes défavorisés socialement (Beach et al., 2007).

D'autres expérimentations ciblent les systèmes d'information comme par exemple les rappels automatiques intégrés dans les logiciels des médecins généralistes. Cette intervention est régulièrement identifiée comme la plus efficace pour améliorer les soins protocolisés, la prévention, et la qualité des soins des populations les plus défavorisées (Beach et al., 2006). La mise en place de tels logiciels permettrait la mise en œuvre des protocoles de prévention et de suivi (maquettes de consultation, rappels automatiques, tableaux de bord de suivi), et pourrait ainsi aider à réduire la variabilité intra médecins de la pratique génératrice d'inégalités (Falcoff et al., 2009). L'adoption d'une approche « qualité », avec l'équité comme dimension majeure de la qualité des soins pourrait représenter un autre levier. Inspiré du programme de performance destiné aux médecins généralistes au Royaume-Uni « *quality and outcomes framework* » (Millett et al., 2009), l'exemple du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) proposé par l'Assurance Maladie aux médecins généralistes français avec un mode de paiement à la performance mesuré par les indicateurs de qualité des soins, élargis, depuis la convention du mois de juillet 2011 avec la mise en place du P4P, à des indicateurs organisationnels, de santé publique et de maladies chroniques, aurait pu représenter une piste d'action intéressante. Cependant la mesure de ces indicateurs n'est pas rapportée à la position sociale de patients et aucun indicateur d'accès aux soins n'y figure. Le développement d'un système d'information efficace dans les cabinets de médecine générale dans le cadre d'une démarche qualité avec l'enregistrement systématique de la position sociale du patient des patients permettrait alors de mesurer les efforts d'amélioration de la qualité de réduction des

gradients sociaux de la qualité des soins et représenterait un levier d'action (Fiscella, 2007; Regroupement des Sociétés scientifiques de médecine générale et Haute Autorité de Santé, 2009). Il existe deux raisons principales pour le médecin de s'intéresser à la position sociale de chaque patient dans sa pratique et de l'enregistrer dans le dossier. La première est que cette position exprime un risque social plus ou moins élevé et que la connaissance de ce risque oriente la prise en charge curative et préventive. La seconde est que, si on veut réduire les inégalités, il faut d'abord les mesurer. Les indicateurs portant sur la qualité des procédures et des résultats des soins doivent pouvoir être mesurés séparément pour chaque groupe social afin de permettre les comparaisons, d'évaluer l'équité des pratiques et de suivre l'évolution des gradients sociaux de la qualité dans le temps (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010).

Une autre série d'actions spécifiques et réalisables exposées dans le guide Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) « Réduire les inégalités sociales en santé » peuvent être engagées (Falcoff et al., 2010), comme le développement d'un réseau pour chaque médecin, matérialisé par un « carnet d'adresses », avec une définition entre professionnels des circuits de prise en charge de leurs patients. Les cabinets de groupe, les associations locales de formation médicale continue, les groupes de pairs et les nouveaux modes d'organisation des soins primaires qui émergent en France avec l'exemple des maisons et des pôles de santé pluriprofessionnels pourraient constituer un cadre privilégié pour une réflexion partagée, une action collective et une mutualisation des moyens. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé permettrait aussi d'accroître l'efficacité de certains soins comme ceux de la prévention, mais également de pallier la charge de travail, ce qui reviendrait à considérer le temps « non pas de manière égalitaire mais de manière équitable » (temps passé proportionnel aux besoins du patient), le but étant qu'à pathologie égale le résultat de santé diffère le moins possible entre les patients. Bien qu'une revue Cochrane menée en 2006 montre qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour conclure de façon formelle sur ce sujet, certaines études révèlent une association positive entre la durée des consultations et la qualité des procédures et des résultats des soins (Jacobson and Szilagyi, 2005).

Mais cette évolution des connaissances, des représentations et des pratiques individuelles visées ne peut s'établir que si une action systémique l'accompagne et la sous-tend. La préservation d'une protection sociale solidaire est un pré-requis absolu. L'amélioration de l'accès, de la qualité, de l'utilisation et de l'efficacité des soins implique nécessairement une politique de santé et de l'aménagement du territoire, un rééquilibrage du système en faveur de

la prévention et le renforcement des dispositifs collectifs organisés. Elle passe également par une adaptation des modalités de rémunération des professionnels (et de financement des établissements de santé), en cours d'évolution, ainsi que de leurs conditions d'exercice en faveur d'une pratique plus coordonnée et pluri-professionnelle. Le maintien et la modernisation d'une offre de soins libérale est centrale pour l'accès aux soins de proximité et pour l'efficacité du système de santé (Legmann, Avril 2010).

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

I. PERSPECTIVES DU PROJET INTERMEDE

La délivrance de conseils par le médecin généraliste et l'évaluation de la santé perçue par chacun des protagonistes représentent une dimension sensible de la consultation, et l'influence de la concordance/discordance de genre et de la distance sociale perçue doit être prise en compte par le médecin lors de la première consultation puis lors du suivi de ses patients. Les médecins doivent être conscients que leurs propres caractéristiques sociodémographiques et leurs propres perceptions ont une influence centrale sur la qualité de l'interaction nouée avec un patient, et que des désaccords sur ce qui a été dit explicitement ou implicitement peuvent naître à leur insu. Ces représentations et ces valeurs ne sont pas figées dans le temps, sensibiliser les médecins sur ces constats et agir sur la communication médecin-patient représentent un levier d'action possible dans la réduction des inégalités de santé selon le genre et le contexte social. Il constitue à ce titre un véritable axe stratégique développé dans la politique de réduction des ISS de certains pays (Moleux et al., Mai 2011).

Les résultats du projet ont été soumis à un panel de médecins généralistes lors d'un séminaire de recherche (Lombrail, 29-30 mai 2012). Deux questions non résolues dans le cadre des modalités d'organisation actuelles des soins de premier recours en France y ont été plus particulièrement approfondies. Tout d'abord celle d'une meilleure intégration de la prévention dans le système de soins « tant au quotidien que dans le cas de patients atteints de pathologies chroniques », ce qui passe par l'amélioration de la qualité des soins préventifs et plus particulièrement leur équité. Puis il s'agissait d'identifier la nature des interventions les plus à mêmes de contribuer à l'atteinte de l'objectif de réduction des ISS en discutant de l'opportunité d'expérimentations pratiques en médecine générale et des meilleures stratégies pour ce faire, avec un intérêt plus spécifique pour les interventions visant à améliorer la qualité de l'interaction soignant-soigné.

La soumission des résultats du projet INTERMEDE à un panel de médecins plus large pourrait être envisagée, ainsi que la réplique de la méthodologie dans le domaine de la médecine spécialisée, et/ou dans une perspective longitudinale afin d'observer l'évolution de la relation médecin-patient au fil des consultations. Le développement des MMR représente aussi un potentiel important pour la compréhension des interventions efficaces à mettre en place pour la réduction des ISS, notamment dans le domaine des soins primaires. Un des apports fondamentaux du projet a alors été de développer une méthode d'intégration des résultats issus des phases qualitative et quantitative. Le développement de tels outils est nécessaire pour de

nombreux projets de recherche interdisciplinaires, comme ceux portés par l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), avec les projets Incorporation biologique et inégalités sociales de santé (IBISS), et Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé (AAPRISS), projet de recherche interventionnelle sur la réduction des ISS (Lang et al., March 26-27, 2012), et les séminaires « Pénibilité et santé au travail ».

Le développement de la recherche en soins primaires permet une meilleure compréhension des mécanismes à l'origine des inégalités de santé selon le genre et le contexte social, et offre des pistes concrètes d'action qui ne doivent pas être négligées par les instances nationales décisionnelles en santé. Même s'il faut souligner qu'il ne constitue qu'un des aspects d'une démarche de réduction des inégalités, le système de santé a en effet un rôle essentiel à jouer et l'accès à des soins de qualité reste un enjeu. Les inégalités d'accès aux soins et leurs résultats sont à considérer comme un problème de non-qualité, dans un système de soins auquel l'accès est garanti par une couverture maladie universelle, et dont l'objectif éthique est de procurer des soins d'égale qualité à l'ensemble de ses bénéficiaires. (Moleux et al., Mai 2011).

II. PERSPECTIVES POUR UNE POLITIQUE GLOBALE ET COORDONNEE

Le rôle à jouer par les médecins généralistes dans la réduction des ISS est central. De nombreux pays ont déjà pris la mesure de cet enjeu de santé publique et ont montré qu'il était possible d'agir sur le système de soins primaires et de réduire les ISS (Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Le Royaume Uni a émis des recommandations orientées vers les médecins généralistes pour leur permettre de réduire les ISS (Royal College of General Practitioners, 2008). L'American College of physicians en 2004 (Groman and Ginsburg, 2004), le Royal Australian College of General Practitioners en 2005 (Furler J., 2005) et le Royal College of General Practitioners britannique en 2008 (Health Inequalities Standing Group et al., 2008) ont pris position publiquement, affirmant le rôle que la médecine générale devait et pouvait jouer.

En France, le développement de recherches et d'observations a permis au cours de la période récente de renforcer la prise de conscience de l'enjeu que constituent les ISS, mais la construction d'une politique globale et coordonnée doit être organisée (Elbaum, 2007; Moleux et al., Mai 2011). L'objectif de réduction des ISS est un objectif au cœur du plan cancer 2014-2019, il est inscrit dans les missions prioritaires des Agences Régionales de Santé (Basset et al., 2008) et un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique appelle à réduire les ISS et à « sortir de la fatalité » (Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010). L'INPES a publié un ouvrage dont l'objectif est de mettre à disposition les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourraient s'inspirer les porteurs de projets en Santé Publique (Potvin et al., 2010). En 2011, deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sont consacrés aux ISS ; le premier avait pour objet de faire le point sur l'état de la question et sur les préalables nécessaires à l'élaboration d'une stratégie de réduction des ISS (Moleux et al., Mai 2011), le second visait à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance, et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants (Lopez et al., Mai 2011).

La « stratégie nationale de santé », qui définit le cadre de l'action publique en santé pour les années à venir, positionne l'enjeu de prévention et de réduction des ISS comme les premiers axes stratégiques organisationnels pour combattre les injustices et les inégalités de santé comme d'accès au système de soins (Touraine, 2014). L'organisation des soins de proximité dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale y détient une place centrale. Les déclinaisons ultérieures des mesures contenues dans cette stratégie seront soumises à débat et

devraient être inscrites dans le projet de loi de santé attendu pour 2014. Un indicateur synthétique de suivi de ces grandes priorités et de réduction des inégalités de santé devrait être élaboré par le HCSP dans l'objectif de constituer un tableau de bord de l'état de santé de la population.

L'action collective doit également se donner comme fil conducteur de soutenir la responsabilité individuelle en créant des environnements favorables et dynamiques dans lesquels les choix de santé sont facilités, au service de la justice sociale en santé. Il s'agit alors de « rendre les choix sains plus faciles » (Département de la santé britannique, 2004). Révélateurs de la multiplicité des déterminants, les inégalités de santé selon le genre et le contexte social sont liées à des facteurs structurels relevant, pour l'essentiel, d'autres secteurs que celui de la santé. La prise en compte du genre devrait représenter une véritable stratégie dans les politiques de santé, et les programmes et les recherches (Celik et al., 2011; Sen G. and Östlin P., 2007). Par ailleurs, les actions sur l'environnement, les conditions de vie et de travail, l'éducation, ou les comportements, qui modifient les déterminants sociaux de la santé, nécessitent l'implication active de l'ensemble des ministères (éducation, travail, logement, transports, écologie, agriculture, affaires sociales, sports, culture, justice, économie, recherche, budget...). Le concept de santé au cœur de toutes les politiques publiques était déjà présent dans les objectifs de la charte d'Ottawa en 1986, et a été récemment réaffirmé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) and Gouvernement d'Australie Méridionale, 2010).

L'enjeu est alors double, car il est essentiel de veiller à ce que ces actions engagées n'aggravent pas les ISS en bénéficiant aux plus favorisés, et qu'elles bénéficient de manière également répartie à l'ensemble de la population, au service de la justice sociale (Moleux et al., Mai 2011).

« Tu poses le dossier sur le bureau, tu as l'air effondré. Tu ne dis pas un mot. Tu restes là debout, silencieux, immobile. Puis tu disparais dans le vestiaire, pour retirer ta blouse, enfiler ton pull et ton blouson de cuir défraîchi – je t'ai déjà dit gentiment que tu devrais t'en offrir un autre, tu m'as répondu que celui-là s'était fait les poches à tes stylos et à tes clés et je crois que tu ne plaisantais pas.

Tu t'éloignes en traînant les pieds. Dans les poches de ton vieux blouson, on dirait qu'il y a tout le poids du monde. »

Martin Winckler, *La Maladie de Sachs* (Winckler, 1998)

BIBLIOGRAPHIE

Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS).

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf.

(Accessed 9 July 2011).

Adams, A., Buckingham, C.D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J.B., Link, C., Marceau, L., Arber, S., 2008. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness* 30:1-18.

Adler, N., Epel, E., Castellazzo, G., Ickovics, J.R., 2000. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology* 19:586-92.

Aiach, P., Fassin, D., Saliba, J., 1994. Crise, pouvoir et légitimité in: *Anthropos* (Ed.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et crise de légitimité*, Paris, pp. 9-43.

Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., Rautio, P., 2003. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice* 20:270-75.

Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., Rautio, P., 2004. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Preventive Medicine* 38:473-78.

Arborelius, E., Bremberg, S., 1994. Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? . *Patient Education and Counseling* 23:23-31.

Arborelius, E., Thakker, K.D., 1995. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice* 12:419-22.

Arènes, J., Baudier, F., Dressen, C., Rotily, M., Moatti, J.P., (sous la dir.), 1996. *Baromètre santé des médecins généralistes 94/95*, CFES ed, Vanves, p. 137 p.

Ariss, S.M., 2009. Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation. *Social Science & Medicine* 69:908-19.

Aulagnier, M., Videau, Y., Combes, J.B., Sebbah, R., Paraponaris, A., Verger, P., Ventelou, B., 2007. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins* 38:259-68.

Balsa, A.I., McGuire, T.G., 2001. Statistical discrimination in health care. *Journal of Health Economics* 20:881-907.

- Balsa, A.I., McGuire, T.G., 2003. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics* 22:89-116.
- Bao, Y.H., Fox, S.A., Escarce, J.J., 2007. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: "between-" versus "within-" physician differences. *Health Services Research* 42:950-70.
- Basset, B., (sous la dir. de), Agences régionales de santé, 2008. *Les Inégalités Sociales de Santé*, coll. Varia, INPES ed, Saint-Denis, p. 208 p.
- Beach, M.C., Gary, T.L., Price, E.G., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M., Feuerstein, C., et al., 2006. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *Bmc Public Health* 6:11.
- Beach, M.C., Rosner, M., Cooper, L.A., Duggan, P.S., Shatzer, J., 2007. Can patient-centered attitudes reduce racial and ethnic disparities in care? *Acad Med* 82:193-98.
- Beck, F., Gautier, A., (sous la direction), *Baromètre cancer 2010*, INPES éditions ed.
- Bensing, J.M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., Schellevis, F.G., 2006. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 7:62.
- Berends, M., Garet, M.S., 2002. In (re)search of evidence-based school practices: Possibilities for integrating nationally representative surveys and randomized field trials to inform educational policy. *Peabody Journal of Education* 77:28-58.
- Bertakis, K.D., 2009. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling* 76:356-60.
- Bloy, G., Schweyer, F.X., 2010. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*, EHESP ed.
- Bocquier, A., Verger, P., Basdevant, A., Andreotti, G., Baretge, J., Villani, P., Paraponaris, A., 2005. Overweight and obesity: Knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity Research* 13:787-95.
- Boltanski, L., 1974. Les usages sociaux du corps. *Annales-Economies, Société, Civilisations* 1:205-24.
- Borg, V., Kristensen, T.S., 2000. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 51:1019-30.

- Boulos, P., Rigaud, I., Masuy, A., Attali, F., Serog, P., 2002. Relation médecins-patients en excès de poids: les professionnels se sentent démunis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 37:331-38.
- Bourdieu, P., 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Minuit ed, Paris.
- Bourrée, F., Michel, P., Salmi, L.R., 2008. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique* 56:415-23.
- Bryman, A., 2007. Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Mixed Methods Research* 1:8-22.
- Buetow, S., Jutel, A., Hoare, K., 2009. Shrinking social space in the doctor-modern patient relationship: A review of forces for, and implications of, homologisation. *Patient Educ. Couns.* 74:97-103.
- Buttet, P., Fournier, C., 2005. Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003, in *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?*, Arnaud Gautier ed, Paris.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A.C., Rubin, H.R., 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Jama-Journal of the American Medical Association* 282:1458-65.
- Cambois, E., Laborde, C., Robine, J.M., 2008. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés* 441: 1-4.
- Campbell, R., Quilty, B., Dieppe, P., 2003. Discrepancies between patients' assessments of outcome: qualitative study nested within a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 326:252-53.
- Canguilhem Georges, 1966. *Le Normal et le Pathologique*. Presses Universitaires de France; Galien.
- Cantril H., 1965. *The pattern of Human Concerns*. NJ: Rutgers University Press, New Brunswick.
- Casebeer, A.L., Verhoef, M.J., 1997. Combining qualitative and quantitative research methods: Considering the possibilities for enhancing the study of chronic studies. *Chronic Diseases in Canada* 18:130-35.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., Abma, T.A., 2011. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 84:143-49.

- Chan, E.C.Y., Barry, M.J., Vernon, S.W., Ahn, C., 2006. Brief report: Physicians and their personal prostate cancer-screening practices with prostate-specific antigen. *Journal of General Internal Medicine* 21:257-59.
- Clarke, P., 2009a. Understanding the experience of stroke: a mixed-method research agenda. *Gerontologist* 49(3): 293-302.
- CNIL, 11 septembre 2007. La mise en œuvre, à titre expérimental, d'une étude ayant pour objet la relation patient-malade et son incidence sur la construction des inégalités sociales de santé, Paris.
- Cohen, J., 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement* 20:37-46.
- Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Comblent le fossé en une génération, Genève.
- Cooper, L.A., Roter, D.L., Johnson, R.L., Ford, D.E., Steinwachs, D.M., Powe, N.R., 2003. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine* 139:907-15.
- Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A., Paccaud, F., 2000. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 17:535-40.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F., Polton, D., 2005. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Questions d'économie de la santé* 92.
- Creswell, J.W., Fetters, M.D., Ivankova, N.V., 2004. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine* 2:7-12.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., 2007- 1st edition/2011- 2nd edition. *Designing and conducting mixed methods research*.
- Dahlberg, B., Wittink, M.N., Gallo, J.J., 2010. Funding and publishing integrated studies: Writing effective mixed methods manuscripts and grant proposals, in: Tashakkori, A., Teddlie, C. (Eds.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*. SAGE, Thousand Oaks, CA, pp. 775-802.
- Dahlgren G., Whitehead M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health, in: *Studies, I.o.F.* (Ed.), Stockholm, p. 69.
- Dalkey, N., Helmer-Hirschberg, O., 1962. An experimental application of the Delphi Method to the use of experts. Santa Monica, Rand. RM-727-PR.

- Danet, S., 2010. Inégalités sociales de santé: comment les appréhende-t-on? Actualité et dossier en santé publique (adsp). La documentation française. Revue du Haut Conseil en Santé Publique. 73.
- De Gaudemaris, R., Lang, T., Chatellier, G., Larabi, L., Lauwers-Cances, V., Maitre, A., Diene, E., 2002. Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care - The IHPAF study. *Hypertension* 39:1119-25.
- De Goer, B., Ferrand, C., Hainzelin, P., 2008. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé Publique* 20:163.
- Dekker, H., Caspar, W., Adriaanse, H., Van der Maas, P., 1993. Prevalence of smoking in physicians and medical students and the generation effect in the Netherlands. *Soc Sci Med* 6:817-22.
- Delpierre, C., Lauwers-Cances, V., Datta, G.D., Berkman, L., Lang, T., 2009a. Impact of Social Position on the Effect of Cardiovascular Risk Factors on Self-Rated Health. *American Journal of Public Health* 99:1278-84.
- Delpierre, C., Lauwers-Cances, V., Datta, G.D., Lang, T., Berkman, L., 2009b. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? *Journal of Epidemiology and Community Health* 63:426-32.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., Marmot, M., 2008. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine* 67:330-40.
- Département de la santé britannique, 2004. Choosing health: making healthy choices easier.
- DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., Muntner, P., 2006. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine* 21:267-75.
- Despres, C., 2005. Les usages sociaux de la couverture médicale universelle. Des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle. *Sciences sociales et santé* 23:79-110.
- DeWalt, D.A., Malone, R.M., Bryant, M.E., Kosnar, M.C., Corr, K.E., Rothman, R.L., Sueta, C.A., Pignone, M.P., 2006. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *Bmc Health Services Research* 6:10.
- Elbaum, M., 2007. Inégalités sociales de santé et santé publique: des recherches aux politiques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.
- Elder, J.P., Ayala, G.X., Harris, S., 1999. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine* 17:275-84.

- Elderkin-Thompson, V., Waitzkin, H., 1999. Differences in clinical communication by gender. *Journal of General Internal Medicine* 14:112-21.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R., 1996. Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie, John Libbey eurotext ed, Paris.
- Fabricatore, A.N., Wadden, T.A., Rohay, J.M., Pillitteri, J.L., Shiffman, S., Harkins, A.M., Burton, S.L., 2008. Weight Loss Expectations and Goals in a Population Sample of Overweight and Obese US Adults. *Obesity* 16:2445-50.
- Fagerberg, C.R., Kragstrup, J., Storvring, H., Rasmussen, N.K., 1999. How well do patient and general practitioner agree about the content of consultations? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 17:149-52.
- Fainzang, S., 2006. La relation médecins-malades: information et mensonge, PUF ed, Paris.
- Falcoff, H., Benainous, O., Gillaizeau, F., Favre, M., Simon, C., Desfontaines, E., et al., 2009. Développement et étude d'impact d'un système informatique de « Tableaux de bord » pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. *Prat Organ Soins* 40:117-89.
- Falcoff, H., Sous la direction, Potvin, L., Moquet, M.J., Jones, C., 2010. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités: faire partie du problème ou contribuer à la solution?, Réduire les inégalités sociales de santé. coll. Santé en action, INPES ed, Saint-Denis, pp. 195-208.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S.J., Eyles, J., 2006. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research* 16:377-94.
- Fenina, A., Geffroy, Y., Minc, C., Renaud, T., Sarlon, E., Sermet, C., 2006. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Etudes et Résultats* 504:1-4.
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., Brook, R.H., 1984. Consensus methods - characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health* 74:979-83.
- Fiscella, K., 2007. Eliminating disparities in healthcare through quality improvement. In : Williams R.A., dir. *Eliminating healthcare disparities in America : Beyond the IOM report*, Humana Press Inc ed, Totowa, pp. 141-78.
- Fiscella, K., Epstein, R.M., 2008. So much to do, so little time - Care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit. *Archives of Internal Medicine* 168:1843-52.
- Flocke, S.A., Gilchrist, V., 2005. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Medical Care* 43:486-92.
- Fourriaud, C., Jacquinet-Salord, M.C., Degoulet, P., Aime, F., Lang, T., Laprugne, J., Main, J., Oeconomos, J., Phalente, J., et al., 1984. Influence of socioprofessional conditions on blood

pressure levels and hypertension control. Epidemiologic study of 6 665 subjects in the Paris district. *American Journal of Epidemiology* 120:72-86.

Franks, P., Fiscella, K., 2008. Reducing disparities downstream: prospects and challenges. *J Gen Intern Med* 23:672-77.

Furler J., 2005. Action on health inequalities through general practice III : enhancing the role of the Royal Australian College of General Practitioners. Summary report. South Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners.96 p.

Garbarski, D., 2010. Perceived social position and health: Is there a reciprocal relationship? *Social Science & Medicine* 70:692-99.

Gautier, A., 2003. Baromètre santé médecins/pharmaciens, INPES ed, p. 276 p.

Genolini, J.P., Roca, R., Rolland, C., M., M., 2011. L'éducation du patient en médecine générale: une activité périphérique dans la relation de soin. *Sciences Sociales et Santé* 29:81-121.

Gianaros, P.J., Horenstein, J.A., Cohen, S., Matthews, K.A., Brown, S.M., Flory, J.D., Critchley, H.D., Manuck, S.B., Hariri, A.R., 2007. Perigenual anterior cingulate morphology covaries with perceived social standing. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2:161-73.

Glaser, B., Strauss, A., 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine publishing co., Chicago.

Goldstein, H., 1995. Multilevel statistical models. Edward Arnold, London.

Gordon, H., Street, R.L., B.F., S., Soucek, J., 2006. Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer* 107:1313-20.

Gordon, H., Street, R.L., Kelly, P.A., Soucek, J., Wray, N.P., 2005. Physician-patient communication following invasive procedures: an analysis of post-angiogram consultations. *Soc Sci Med* 61:1015-25.

Gordon, H.S., Street, R.L., Sharf, B.F., Soucek, J., 2006. Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer* 107:1313-20.

Graham, H., 2002. Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science & Medicine* 55:2005-16.

Greiner, K.A., Born, W., Hall, S., Hou, Q., Kimminau, K.S., Ahluwalia, J.S., 2008. Discussing weight with obese primary care patients: Physician and patient perceptions. *Journal of General Internal Medicine* 23:581-87.

Griffin, S.J., Kinmonth, A.L., Veltmn, M.W.M., Gillard, S., Grant, J., Steward, M., 2004. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine* 2:595-608.

Groman, R., Ginsburg, J., 2004. Racial and ethnic disparities in health care: a position paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 141:226-32.

Gross, R., McNeill, R., Davis, P., Lay-Yee, R., Jatrana, S., Crampton, P., 2008. The association of gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women & Health* 48:123-44.

Guerville, M.A., Paraponaris, A., Régi, J.C., Vaissade, L., Ventelou, B., Verger, P., 2009. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions: formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonnes pratiques. *Dress, études et résultats* 708.

Guével, M.R., Pommier, J., 2012. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustration. *Santé Publique* 24:23-38.

Hall, J.A., Irish, J.T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M., Miller, L.H., 1994. Gender in medical encounters - an analysis of physician and patient communication in a primary-care setting. *Health Psychology* 13:384-92.

Haut Conseil de la Santé Publique, Avril 2010. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité, Avis et rapports, La Documentation Française ed, Paris.

Health Inequalities Standing Group, Ali, A., Wright, N., Rae, M., dir., 2008. Addressing health inequalities. A guide for general practitioners. Royal College of General Practitioners, Londres.

Henderson, J.T., Weisman, C.S., 2001. Physician gender effects on preventive screening and counseling - An analysis of male and female patients' health care experiences. *Medical Care* 39:1281-92.

Heremans, P., Deccache, A., 1990. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. *Santé Publique* 2:225-41.

IGAS, 2003. Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable, La Documentation française ed, Paris.

Ivankova, N.V., Creswell, J.W., Stick, S.L., 2006. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods* 18:3-20.

Jacobson, V.J., Szilagyi, P., 2005. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3: CD003941.

- Jerant, A., Bertakis, K.D., Fenton, J.J., Tancredi, D.J., Franks, P., 2011. Patient-provider Sex and Race/Ethnicity Concordance A National Study of Healthcare and Outcomes. *Medical Care* 49:1012-20.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J., Turner, L.A., 2007. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research* 1:112-33.
- Kaplan, G.A., Keil, J.E., 1993. Socioeconomic factors and cardiovascular disease - A review of literature. *Circulation* 88:1973-98.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., Ware, J.E., 1989. Assessing the effects of patient-physician interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 27:110-27.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H., 2006. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 53:205-12.
- Kelly-Irving, M., Delpierre, D., Schieber, A.C., Lepage, B., Rolland, C., Afrité, A., Pascal, J., Cases, C., Lombrail, P., et al., 2011. Do General Practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Social Science & Medicine* 73:1416-21.
- Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, A., Cases, C., Dourgnon, P., Lombrail, P., Pascal, J., Lang, T., 2009. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Services Research* 9:8.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T.J., Harvey, I., 1999. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice* 49:711-16.
- Kopp, M., Skrabski, A., Rethelyi, J., Kawachi, I., Adler, N.E., 2004. Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine* 30:65-70.
- Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D., Azari, R., 2001. When physicians and patients think alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice* 50:1057-62.
- Kushner, R.F., 1995. Barriers to providing nutrition counseling by physicians - a survey of primary-care practitioners *Preventive Medicine* 24:546-52.
- Landis, J.R., Koch, G.G., 1977. Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159-74.
- Lang, T., 2005. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *European Journal of Public Health* 15:441-41.

- Lang, T., 2009. La santé se construit dans un environnement social. Questions de santé publique. GIS-IReSP 7.
- Lang, T., Ducimetiere, P., Arveiler, D., Amouyel, P., Ferrieres, J., Ruidavets, J.B., Montaye, M., Haas, B., Bingham, A., 1998. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52:665-71.
- Lang, T., Grosclaude, P., Lequerrec, F., Alias, F., Haschar-Noe, N., Gandouet, B., Servat, M., Theis, I., March 26-27, 2012. To learn and act in order to reduce social inequalities in health. The AAPRISS project. (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé). International Conference to Advance a Population - Health Intervention Research Agenda. Montréal, Canada.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., 2009. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Inequalities in health: From the epidemiologic model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 57:429-35.
- Lang, T., Lepage, B., Schieber, A.C., Lamy, S., Kelly-Irving, M., 2011. Social determinants of cardiovascular diseases. *Public Health Reviews*. Epub ahead of print 33.
- Lapierre-Duval, K., Schwoebel, V., 2004. Conséquences de l'explosion de l'usine "AZF" le 21 septembre 2001 sur la vie quotidienne et la santé des habitants de Toulouse. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)* 38-39.
- Le Garrec, M.A., Bouvet, M., Septembre 2013. Comptes Nationaux de la Santé in: Séries statistiques, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Eds.), p. 20p.
- Le Queau, P., Olm, C., 1998. La perception de la santé en France, Collection des rapports, CREDOC ed, Paris, p. 134.
- LeBlanc, A., Kenny, D.A., O'Connor, A.M., Légaré, F., 2009. Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Medical Decision Making* 29:61-68.
- Leclerc, A., Kaminski, M., Lang, T., 2008. Inégaux face à la santé : Du constat à l'action, La Découverte ed, Paris.
- Legmann, M., Avril 2010. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, La Documentation Française ed, Paris.

- Lepage, B., Amouyel, P., Arveiler, D., Ferrieres, J., Ducimetiere, P., Lang, T., Could clinical decision rules relying on cardiovascular risk models increase psychosocial inequalities in health? Results from the PRIME cohort study. *Preventive Medicine* 52:439-44.
- Liaw, S.T., Young, D., Farish, S., 1996. Improving patient-doctor concordance: An intervention study in general practice. *Family Practice* 13:427-31.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G., 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., et al., 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 323:908-11.
- Lombrail, P., 29-30 mai 2012. Comment réduire les inégalités sociales de soins préventifs en médecine générale? Actes de la première rencontre organisée dans le cadre du séminaire financé par l'appel à recherches 2010 de l'IRESP "Santé mentale - Prévention - Prospective - Thématiques générales de l'IRESP". Université Paris 13, Département de Santé Publique.
- Lombrail, P., 2007. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. [Health care and secondary access to inequalities]. *Rev Epidemiol Sante* 55:23–30.
- Lombrail, P., 2010. Inequalities in secondary access to health care. *European Journal of Public Health* 20:122-22.
- Lombrail, P., Pascal, J., Lang, T., 2004. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire? *Santé Société et Solidarité* 2:61-71.
- Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C., Mai 2011. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant., in: *Inspection générale des affaires sociales (Ed.)*, p. 204p.
- Lurie, N., Margolis, K., McGovern, P.G., Mink, P., 1998. Physician self-report of comfort and skill in providing preventive care to patients of the opposite sex. *Archives of Family Medicine* 7:134-37.
- Lutfey, K.E., Ketcham, J.D., 2005. Patient and provider assessments of adherence and the sources of disparities: Evidence from diabetes care. *Health Services Research*:1803-17.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Salonen, J.T., 1997. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine* 44:809-19.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E., 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 359:E14-E14.

- Mann, J., 1998. Santé Publique: éthique et droits de la personne. *Santé Publique* 10:39-50.
- Mantyselka, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Takala, J., 2001. Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *British Journal of General Practice* 51:995-97.
- Marchand, P., 2007. Concepts, méthodes, outils., in: Peyrat-Guillard, C.G.D. (Ed.), *Analyse statistique de données textuelles en sciences de gestion*, pp. 48-70.
- Mark, M.M., Shotland, R.L., 1985. Toward more useful science, in: Shotland, R.L., Mark, M.M. (Eds.), *Social science and social policy*. Sage Publications, Beverly Hills, pp. 335-70.
- Martin, E., Russell, D., Goodwin, S., Chapman, R., North, M., Sheridan, P., 1991. Why patients consult and what happen when they do? *British Medical Journal* 303:289-92.
- McKenna, H.P., 1994. The Delphi technique - a worthwhile research approach for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19:1221-25.
- Membrado, M., 2014. La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale, Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F., (dir.). *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*. Presses Universitaires de Rennes, PUR.
- Merlo, J., Chaix, B., Yang, M., Lynch, J., Rastam, L., 2005. A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59:1022-28.
- Mertens, D.M., 2011. Publishing Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research* 5:3-6.
- Miles, M., Huberman, A., 1994. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage.
- Millett, C., Gray, J., Wall, M., Majeed, A., 2009. Ethnic Disparities in Coronary Heart Disease Management and Pay for Performance in the UK. *Journal of General Internal Medicine* 24:8-13.
- Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C., Mai 2011. Les inégalités sociales de santé: Déterminants sociaux et modèles d'action, in: *Inspection générale des affaires sociales* (Ed.).
- Moran-Ellis, J., Alexander, V.D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., 2006. Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research* 6:45-59.
- Morgan, D.L., 1998. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research* 8:362-76.

- Morgan, D.L., 2007. Paradigms Lost and Pragmatism Regained Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research* 1:48-76.
- Morse, J.M., Wolfe, R.R., Niehaus, L., 2006. Principles and procedures of maintaining validity for mixed-method design, in: Curry, L., Shield, R., Wetle, T. (Eds.), *Improving aging and public health research: Qualitative and mixed methods*. American Public Health Association, Washington, DC, pp. 65-78.
- Mossey, J.M., Shapiro, E., 1982. Self-rated health - a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 72:800-08.
- Ninacs, W.A., 2008. *Empowerment et intervention*. Presses de l'Université Laval, Quebec
- O'Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J., 2008. The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy* 13:92-98.
- O'Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J., 2010. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *British Medical Journal* 341.
- Ong, L.M.L., Dehaes, J., Hoos, A.M., Lammes, F.B., 1995. Doctor-patient communication - A review of literature. *Social Science & Medicine* 40:903-18.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>. (Accessed on 29th of March 2014).
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Gouvernement d'Australie Méridionale, 2010. *Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*.
- Ostrove, J.M., Adler, N.E., Kuppermann, M., Washington, A.E., 2000. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology* 19:613-18.
- Passig, D., 1997. Imen-Delphi: A Delphi variant procedure for emergence. *Human Organization* 56:53-63.
- Pickett-Blakely, O., Bleich, S.N., Cooper, L.A., 2011. Patient-Physician Gender Concordance and Weight-Related Counseling of Obese Patients. *American Journal of Preventive Medicine* 40:616-19.
- Pluye, P., Grad, R., Levine, A., Nicoleau, B., 2009a. Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies. *International Journal of Multiple Research Approaches* 3:58-72.

- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., Griffiths, F., 2009b. Les méthodes mixtes., in: Ridde, V., Dagenais, C. (Eds.), *Approche et pratiques en évaluation de programme*. Les presses de l'Université de Montréal, Montréal, pp. 123-41.
- Potvin, L., Moquet, M.J., Jones, C., (sous la dir.), 2010. *Réduire les inégalités sociales de santé.*, coll. Santé en action, INPES ed, Saint-Denis, p. 380p.
- Punamaki, R.L., Kokko, S.J., 1995. Content and predictors of consultation experiences among Finnish primary-care patients *Social Science & Medicine* 40:231-43.
- Punch, K.F., 1998. *Introduction to social research: quantitative and qualitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Régnier, F., 2009. Obésité, goûts et consommation : intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie* 50:747-73.
- Regroupement des Sociétés scientifiques de médecine générale et Haute Autorité de Santé, 2009. *Glossaire pour l'évaluation des pratiques professionnelles*. Document de travail, HAS ed, Saint-Denis, p. 6 p.
- Roter, D., Hall, J., 2006. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits., Westport.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Aoki, Y., 2002. Physician gender effects in medical communication - A meta-analytic review. *Jama-Journal of the American Medical Association* 288:756-64.
- Royal College of General Practitioners, 2008. *Adressing Health inequalities. A guide for general practitioners*.
- Sackman, H., 1975. *Delphi Critique*. D.C. Health, Lexington, MA.
- Sale, J.E.M., Lohfeld, L.H., Brazil, K., 2002. Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality & Quantity* 36:43-53.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., Kidd, J., 2009. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 76:348-55.
- Scheitel, S.M., Boland, B.J., Wollan, P.C., Silverstein, M.D., 1996. Patient-physician agreement about medical diagnoses and cardiovascular risk factors in the ambulatory general medical examination. *Mayo Clinic Proceedings* 71:1131-37.
- Schieber, A.C., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Lepage, B., Bensafi, A., Afrite, A., Pascal, J., Cases, C., Lombrail, P., et al., 2012. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient Education and Counseling* 91:97-104.

Schieber, A.C., Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, A., Cases, C., Dourgnon, P., Lombrail, P., Pascal, J., Lang, T., 2011. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *British Journal of General Practice* 61:178-82.

Schmittdiel J, G.K., Selby J, Quesenberry C, 2000. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practice. *J Gen Intern Med* 15:761-69.

Schmittdiel, J.A., Traylor, A., Uratsu, C.S., Mangione, C.M., Ferrara, A., Subramanian, U., 2009. The Association of Patient-Physician Gender Concordance with Cardiovascular Disease Risk Factor Control and Treatment in Diabetes. *Journal of Womens Health* 18:2065-70.

Schouten, B.C., Meeuwesen, L., 2006. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64:21-34.

Schweyer, F.X., 2009. Entre sports et médecine, la santé publique? *Sciences Sociales et Santé* 27:99-110.

Scott, A., Shiell, A., King, M., 1996. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Social Science & Medicine* 42:35-46.

Scott, C.S., Neighbor, W.E., Brock, V., 1992. Physicians' attitudes toward preventive care services: a seven-year prospective cohort study. *Am J Prev Med* 8:241-48.

Sen G., Östlin P., 2007. Women and Gender Equity Knowledge Network. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., et al., 1991. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303:1385-87.

Singh-Manoux, A., Adler, N.E., Marmot, M.G., 2003. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine* 56:1321-33.

Singh-Manoux, A., Marmot, M.G., Adler, N.E., 2005. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine* 67:855-61.

Slocum, N., 2006. Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin.

Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P.S., Dlugoff, B.C., 1981. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health* 71:127-31.

- Starkweather, D., Gelwicks, L., Newcomer, R., 1975. Delphi forecasting of health care organization. *Inquiry* 12:252-62.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., et al., 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 49:796-804.
- Stewart, M., Makwarimba, E., Barnfather, A., Letourneau, N., Neufeld, A., 2008. Researching reducing health disparities: Mixed-methods approaches. *Social Science & Medicine* 66:1406-17.
- Straand, J., Sandvik, H., 2001. Stopping long-term drug therapy in general practice. How well do physicians and patients agree? *Family Practice* 18:597-601.
- Street, R.L., 2001. Active patients as powerful communicators, W.P Robinson and H. Giles (Eds). *The new handbook of language and social psychology*. Wiley, New York, pp. 541-60.
- Street, R.L., Gordon, H., Haidet, P., 2007. Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine* 65:586-98.
- Street, R.L., O'Malley, K.J., Cooper, L.A., Haidet, P., 2008. Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family Medicine* 6:198-205.
- Suarez, A.P., Staffa, J.A., Fletcher, P., Jones, J.K., 2000. Reason for discontinuation of newly prescribed antihypertensive medications: Methods of a pilot study using computerized patient records. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 9:405-16.
- Tanguy, L., Fabre, C., Ho-Dac, L.-M., Rebeyrolle, J., 2011. Caractérisation des échanges entre patients et médecins : approche outillée d'un corpus de consultations médicales. *Corpus* 10.
- Tashakkori, A., Creswell, J.W., 2008. Mixed methodology across disciplines. *Journal of Mixed Methods Research* 2:3-6.
- Tashakkori, A., Teddlie, C., 2003. The past and the futur of mixed methods research: from triangulation to mixed methods designs, in: Tashakkori, A., Teddlie, C. (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. SAGE Publications, Thousand Oaks, pp. 671-701.
- Teddlie, C., Tashakkori, A., 2003. Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences., in: Tashakkori, A., Teddlie, C. (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* Thousands Oaks: Sage Publications, pp. 3-50.
- Thorndike, A.N., Regan, S., Rigotti, N.A., 2007. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *American Journal of Public Health* 97:1878-83.

- Touraine, M., 2014. Health inequalities and France's national health strategy. *Lancet* 383:1101-02.
- Trummer, U.F., Mueller, U.O., Nowak, P., Stidl, T., Pelikan, J.M., 2006. Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling* 61:299-306.
- Turnbull, F., Arima, H., Heeley, E., Cass, A., Chalmers, J., Morgan, C., Patel, A., Peiris, D., Weekes, A., et al., 2011. Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care: the AusHEART study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18:498-503.
- Van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., Mead, N., Leiva-Fernandez, F., Perez, A., et al., 2003. Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice* 20:478-85.
- Van Ryn, M., Burgess, D., Malat, J., Griffin, J., 2006. Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *American Journal of Public Health* 96:351-57.
- Vassy, C., 2001. Categorisation and Micro-Rationing: Access to Care in a French Emergency Department. *Sociology of Health and Illness* 23:615-32.
- Veatch, R.M., 1995. Abandoning informed consent. *Hastings Cent. Rep.* 25:5-12.
- Ward, J., McMurray, R., 2011. The unspoken work of general practitioner receptionists: A re-examination of emotion management in primary care. *Social Science & Medicine* 72:1583-87.
- Webster, M., Driskell, J.E., 1978. Status generalization - a review and some new data. *American Sociological Review* 43:220-36.
- Weisberg, E., Fraser, I.S., Carrick, S.E., Wilde, F.M., 1995. Emergency contraception. General practitioners knowledge, attitudes and practices in New South Wales *Medical Journal of Australia* 162:136-38.
- Wells, K.B., Lewis, C.E., Leake, B., Ware, J.E., 1984. Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counselling practices. *Jama-Journal of the American Medical Association* 252:2846-48.
- Wendler, M.C., 2001. Triangulation using a meta-matrix. *Journal of Advanced Nursing* 35:521-25.
- Wilkinson, R.G., 1992. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304:165-68.

Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., De Maeseneer, J., 2005. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 56:139-46.

Winckler, M., 1998. La Maladie de Sachs, in: P.O.L. (Ed.).

World Organization of National Colleges, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, <http://www.woncaeurope.org> (Accessed 9 July 2011).

Yin, R.K., 2006. Mixed methods research: Are the methods genuinely integrated or merely parallel? *Research in the schools* 13(1): 41-47.

Zastrow, A., Faude, V., Seyboth, F., Niehoff, D., Herzog, W., Lowe, B., 2008. Risk factors of symptom underestimation by physicians. *Journal of Psychosomatic Research* 64:543-51.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE LA THESE D'UNIVERSITE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRES ADMINISTRES LORS DE LA PHASE QUANTITATIVE

ANNEXE 3 : AUTRES TRAVAUX REALISES DANS LE CADRE DU PROJET INTERMEDE ET DE LA THESE

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES ADMINISTRES POUR LE PREMIER ET LE DEUXIEME TOUR DU DELPHI MODIFIE

ANNEXE 1

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE LA THESE D'UNIVERSITE

- I. LISTE DES PUBLICATIONS ET DES COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE LA THESE D'UNIVERSITE**
- II. PUBLICATION PARUE DANS PATIENT EDUCATION AND COUNSELING**
- III. PUBLICATION EN COURS DE REVISION DANS FAMILY PRACTICE**
- IV. PUBLICATION EN COURS DE TRADUCTION POUR UNE SOUMISSION DANS *JOURNAL OF MIXED METHODS RESEARCH***
- V. CONFERENCES INTERNATIONALES AVEC COMITE DE LECTURE**

**LISTE DES PUBLICATIONS ET DES COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE LA THESE
D'UNIVERSITE⁵**

Publications dans revues internationales avec comité de lecture

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T; INTERMEDE Group. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient Educ Couns*. 2013 Apr;91(1):97-104.

Schieber AC, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, Kelly-Irving M, for the INTERMEDE group. Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Family Practice [Accepté]*.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Fabre C, Marchand P, Lang T. Pour le groupe INTERMEDE. Intégrer les résultats de plusieurs disciplines pour produire de nouvelles connaissances sur la relation médecin-malade. Une approche méthodologique appliquée au projet INTERMEDE. [*Soumis à Journal of Mixed Methods Research*].

Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber AC, Lepage B, Rolland C, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med*. 2011 Nov;73(9):1416-21. Epub 2011 Aug 27.

Conférences Internationales avec comité de lecture

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T. Pour le groupe INTERMEDE. L'interaction médecin-patient - Intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE. *Ve congrès d'épidémiologie ADEL/EPITER*, Bruxelles 2012. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012 ; 60, (sup.2) : S90-S91.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, for the INTERMEDE group. Is social distance perceived by the general

⁵ La contribution de la doctorante pour l'ensemble des publications et communications en premier auteur a consisté en l'analyse des données, l'écriture des articles, la traduction en anglais (à l'exception de l'article traduit pour JMMR) et la présentation des communications.

practitioner between him/herself and his/her patient related to their agreement on patient's health status? *European Public Health Conference*, Copenhagen 9-12th November 2011. *European Journal of public health*, Volume 21 Supplément 1.

Conférences Nationales avec comité de lecture - Communication affichée

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, pour le groupe INTERMEDE. La perception d'une distance sociale entre médecins et patients est-elle associée à leur désaccord sur l'évaluation de la santé perçue du patient? 3^e colloque thématique de l'Adelf, *Epidémiologie et Inégalités sociales de santé*, Toulouse, 15-16 mai 2009.

Conférences invitées

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T, Pour le groupe INTERMEDE. L'interaction médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé - Intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE. Séminaire de mi-parcours IRESP, Appel à recherches 2011 "Santé mentale – prévention – prospective– thématiques générales de l'IReSP", Paris 2014.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T. Pour le groupe INTERMEDE. Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires. Colloque "Vulnérabilités sanitaires et sociales", 14-15 novembre Paris 2013.

Schieber AC for the INTERMEDE group. Interaction between patients and general practitioners and social inequalities in health. The French Intermede Project. Seminar, School of Public Health, Imperial College of London, London 2012.

Schieber AC pour le groupe INTERMEDE. La relation médecin-patient et ses conséquences sur les inégalités sociales de santé dans le contexte de la médecine générale. Séminaire de recherche financé par l'appel à projet 2010 de l'IRESP « Comment réduire les inégalités de soins préventifs en médecine générale », Paris 2012.

AUTRE

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T. Pour le groupe INTERMEDE. Le rôle du médecin dans les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire. *Santé conjugée*. 2013, Sept ; 65.



Reviewers should submit their review online via the journal

Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study

Journal:	<i>Family Practice</i>
Manuscript ID:	FAMPR-017-14.R2
Manuscript Type:	Health Service research
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	<p>schieber, anneeceile; 1INSERM UMR 1027, 2Université Toulouse III, 3CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie</p> <p>Delpierre, Cyrille; 1INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France</p> <p>2Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France,</p> <p>Lepage, Benoit; 1INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France</p> <p>2Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France 3CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300 France,</p> <p>Afrite, Anissa; IRDES, 75018 Paris France,</p> <p>Pascal, Jean; 1CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300 France</p> <p>2CHU Toulouse, Département d'Information Médicale, F-31300 France,</p> <p>Cases, Chantal; INED, 75980 Paris France,</p> <p>Lombrail, Pierre; 1UPRES EA3412, Université Paris 13, 93017 Bobigny France</p> <p>2AP-HP Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny France,</p> <p>Lang, Thierry; 1INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France</p> <p>2Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France 3CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300 France,</p> <p>Kelly-Irving, Michelle; 1INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France</p> <p>2Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France,</p>
Keywords:	doctor-patient relationship, Gender, Health Disparities, health promotion, Primary Care, Lifestyle Modification/ Health Behavior Change, Cardiovascular Disorders / Hypertension / DVT / Atherosclerosis
Methods:	Health Services Research

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60



For Peer Review



Instituts
thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Anne-Cécile Schieber, MD
UMR1027 INSERM/ Université Toulouse III
Epidémiologie et analyses en santé publique
Faculté de médecine
37 allées Jules Guesde
31073 Toulouse
France
Tel : 33 5 61 14 59 56 Email : annececile.schieber@gmail.com

Saturday, August 9th, 2014

Dear Editor,

Many thanks for your response and the comments sent by the reviewers. We have addressed them carefully, please find below the details of how we dealt with each comment.

We are submitting the revised manuscript of our original brief research article entitled "Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study" to Family Practice, within a "clean copy" file and a "changes marked" file.

I am available for any further information or any other comment.

Best wishes,

Anne-Cécile Schieber et al.

Tel: 33 5 61 14 59 56

Mail : annececile.schieber@gmail.com

1 **Manuscript Number: FAMPR-017-14**

2
3
4 **Response to comments by the editor**

5 Thank you for your thorough attention to the review comments previously provided.

6
7
8 We feel you have successfully answered the concern expressed by reviewer #2, point six, but that this
9 should be incorporated in the manuscript, for the benefit of our readers, as well. "6. The conclusions
10 may or may not be reasonable. We do not know enough about how
11 generalisable the findings are.
12
13

14 ACS: The selection process discussed above might not be representative of French GPs,
15 however, the mean of age (52 years old) is representative of the French GPs, but the
16 proportion of female physicians in the sample (37%) is below the 43% observed for all the
17 GPs in France (Council of physicians., 2013). However, the variable of interest consisted in
18 the patient-GP agreement, and the selection process would suggest a potential underestimate
19 of any effects."
20
21
22

23
24 6. The conclusions may or may not be reasonable. We do not know enough about how generalisable
25 the findings are.
26

27 ACS: The selection process discussed above might not be representative of French GPs, however,
28 the mean of age (52 years old) is representative of the French GPs, but the proportion of female
29 physicians in the sample (37%) is below the 43% observed for all the GPs in France (Council of
30 physicians.). However, the variable of interest consisted in the patient-GP agreement, and the
31 selection process would suggest a potential underestimate of any effects.
32
33
34
35

36 ACS: *The third and fourth sentences of the discussion's second paragraph have been rephrased:*

37
38 *"Furthermore, if the mean of physicians' age (52 years old) is representative of the French GPs, the*
39 *proportion of female physicians in the sample (37%) is below the 43% observed for all the GPs in*
40 *France (Council of physicians.). However, the variable of interest consisted in the patient-GP*
41 *agreement, and the selection process would suggest a potential underestimate of any effects (Kelly-*
42 *Irving et al., 2009)."*
43
44
45
46

47 **References**

48
49 Council of physicians., [http://www.conseil-](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf)
50 [national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf) (Accessed on 9th August 2014).
51

52 Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, A., Cases, C., Dourgnon, P., Lombrail, P., Pascal, J., Lang, T.,
53 2009. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary
54 study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Services
55 Research 9:8.
56
57
58
59
60

Title: Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study

Short title: gender differences in doctor/patient disagreement

Article category: health service research

Schieber Anne-Cécile^{1,2,3}, Delpierre Cyrille^{1,2}, Lepage Benoît^{1,2,3}, Afrite Anissa⁴, Pascal Jean^{3,5}, Cases Chantal⁶, Lombraïl Pierre^{7,8}, Lang Thierry^{1,2,3}, Kelly-Irving Michelle^{1,2}, for the INTERMEDE group.

¹INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France

²Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France

³CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300 France

⁴IRDES, 75018 Paris France

⁵CHU Toulouse, Département d'Information Médicale, F-31300 France

⁶INED, 75980 Paris France

⁷UPRES EA3412, Université Paris 13, 93017 Bobigny France

⁸AP-HP Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny France

Corresponding author at

Dr Schieber Anne-Cécile

Adress: Faculté de Médecine

37, Allées Jules Guesde

31073 Toulouse

France

Tel: 33 5 61 14 59 56

Mobile : 33 6 07 89 90 74

Fax: 33 5 62 46 42 40

2566 words

Abstract

Objective- The aim of the study was to ascertain whether disagreement between general practitioners (GPs) and patients on advice given on nutrition, exercise and weight loss is related to patient-doctor gender discordance. Our hypothesis is that a patient interacting with a physician of the same gender may perceive more social proximity, notably on health care beliefs and may be more inclined to trust them. **Methods-** The analysis used the Intermede project's quantitative data collected via mirrored questionnaires at the end of the consultation. Multilevel logistic regressions were carried out to explore associations between patient-doctor gender discordance and their disagreement on advice given during the consultation adjusted on patients' and physicians' characteristics. The sample consists of 585 eligible patients and 27 GPs. **Results-** Disagreement on advice given on nutrition was observed less often for female-concordant dyads: OR=0.25 (95%CI=0.08-0.78), and for female doctors-male patients dyads: OR=0.24 (95%CI=0.07-0.84), taking the male concordant dyads as reference. For advice given on exercise, disagreement was found less often for female concordant dyads OR=0.38 (95%CI=0.15-0.98) and an inter-doctor effect was found ($p<0.05$). For advice given on weight loss, the probability of disagreement was significantly increased (OR: 2.87 95%CI=1.29-6.41) when consultations consisted of female patient and male GP. **Conclusion-** Patient-doctor gender concordance/discordance is associated with their agreement/disagreement on advice given during the consultation. Physicians need to be conscious that their own demographic characteristics and perceptions might influence the quality of prevention counseling delivered to their patients.

238 words**Mesh Keywords:**

Healthcare Disparities

Gender Identity

Physicians, Primary Care

Physician-Patient Relation

Cardiovascular Diseases

Counseling

Context

Although mortality from cardiovascular disease has been steadily declining since the 1980's for men, it remains the first cause of deaths in women¹. In addition, women are twice more likely than men to have asymptomatic and undetected myocardial infarction, they are less likely to be admitted in cardiac units and less likely to be revascularized than men^{1,2}. With a pivotal role in terms of diagnosis, treatment, as well as in giving prevention advice, the general practitioner (GP) has a leading role in the management of cardiovascular risk factor (CVRF) to decrease disparities in cardiovascular morbidity and mortality. However, women's CVRF are underestimated and less often recorded, and cardiovascular disease are underdiagnosed and undertreated by GPs²⁻⁴. Female patients receive fewer explanations, have fewer discussions and receive less counseling regarding their CVRF, comparing to their male counterparts⁵.

Furthermore, physicians' practices and attitudes might depend on their own demographic characteristics, such as gender^{2,3,6,7}. Indeed, women GPs seem to recommend hyperlipidemia and hypertension therapies more than men doctors and seem to place more emphasis on a lifestyle approach^{3,6}. Recent studies have also suggested that gender concordance may be related to achievement of diabetes and hypertension treatment goals and delivery of preventive counseling⁸⁻¹⁰. Gender concordance may enhance overall patient-doctor interaction by encouraging patient's trust, improved communication and patient satisfaction^{10,11}.

Indeed, better doctor-patient communication (e.g. more question-asking, more information giving, shared decision making and more empathic behavior) seems to have a positive influence on the consultation, and represents an important determinant of accessibility in health care^{7,12,13}. The quality of information exchanged during the consultation and understanding between doctors and patients may be key to the delivery of high quality counseling. Indeed some facets of the management of CVRF appear to be dealt more comfortably by both patients and doctors^{6,14,15}. In a previous work, we found that there was a good level of agreement between GPs and patients for blood pressure management, and for advice given on cigarette and alcohol consumption while in contrast recommendations given on nutrition, exercise and weight loss were specifically characterized by poor

1
2
3 agreement at the end of consultation¹⁶. It revealed the role played by patients' demographic
4 characteristics, such as age and the level of education, in disagreement between patients and doctors.
5
6 Further analyses are needed to understand how the gender of the two actors might play a role in
7 these misunderstandings, leading potentially to gender disparities in preventive care.
8
9

10
11
12 The aim of our study was to ascertain whether disagreement between GPs and patients on
13 advice given on nutrition, exercise and weight loss was related to their gender concordance. Our
14 hypothesis is that a patient interacting with a physician of the same gender may perceive more social
15 proximity, notably on health care beliefs and may be more inclined to trust them. Gender concordance
16 may therefore improve agreement between patients and doctors and conversely gender discordance
17 may affect mutual comprehension.
18
19
20
21
22

23 24 25 26 27 **Methods**

28 *Design*

29
30 Intermede is a multidisciplinary study aiming at specifying the nature of patient-GP interaction
31 and its impact on health disparities¹⁷. The design had two main phases conducted in three regions of
32 France (Pays de la Loire, Ile de France, and Midi-Pyrénées); each phase had its own sample of GPs
33 and patients. Doctors were recruited via several GP networks: the Toulouse Department for general
34 medicine and the French society for general medicine. The criteria for patient inclusion in both phases
35 of the study were as follows: being aged over 18 years; not attending the GP's surgery in an
36 emergency; not being a first-time patient; not being pregnant or having given birth in the last six
37 months, giving informed consent to participate in the whole study. The two phases occurred
38 sequentially: first the qualitative phase was conducted from March to September 2006 followed by the
39 quantitative phase in September and October 2007. The qualitative phase was an ethnographic
40 observational design followed by semi-structured interviews conducted post consultation with patients
41 and physicians separately. Data from the quantitative phase, used for the current analyses, were
42 collected via structured survey questionnaires completed by patients and their GPs, notably using
43 'mirrored' questionnaires whereby patients and their GPs were asked the same questions respectively
44 and independently, immediately after the consultation. They were asked about the content of the
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 consultation, the patient's perceived health status and the management of CVRF: actions undertaken,
4 information and advice given on blood pressure, cigarette and alcohol consumption, weight, physical
5 activity and nutrition¹⁶.
6
7

8 The final overall sample consisted in 27 GPs who agreed to participate in the study and in 585
9 patients (82% of the sample of eligible patients). It consisted then in 585 pairs of patient-GP.
10
11

12 13 14 *Measures*

15 Disagreements between GPs and patients on advice given on nutrition, on exercise and on
16 weight loss were explored, using three variables highlighting the differences between the GP's and the
17 patient's responses at the end of the consultation.
18
19

20 Patient-doctor gender concordance was used as a four-category variable: *patient female-*
21 *physician female; patient male-physician male; patient female-physician male; patient male-physician*
22 *female*.
23
24
25
26
27

28 29 *Statistical analysis*

30 Multivariate logistic regressions were carried out to explore the association between the
31 gender concordance of patient and doctor and their disagreement on advice given during the
32 consultation. The following available variables were included in the models, as they were associated
33 with patient and physician gender and their disagreement, or they appeared as relevant variables in
34 the literature on the subject: GP characteristics (age, region) and patients characteristics (age,
35 educational level, practicing a sport, body mass index and the length of relationship with their doctor)
36 ^{6,14} were entered as potential confounders.
37
38
39
40
41
42

43 The doctor-level effect was accounted for by using multilevel modeling taking into account the
44 hierarchical structure of the data and allowed an adjustment for the effect of a group (doctor) level and
45 individual-level variables while controlling for the nonindependence of observations within groups¹⁸.
46
47 The objective was to analyze inter-doctor differences in how they interact with patients, and
48 specifically if individual doctors systematically disagree with their patients.
49
50
51

52 All analyses were performed with Stata S.E.11.0® for Windows®.
53
54
55
56
57
58
59
60

Results

Patients' and doctors' characteristics are described in Table 1. Half of the 585 dyads were gender concordant: 25.5% male concordant and 24.6% female concordant (Table 2). The discordant pairs were represented in majority by male doctors with female patients (214/585= 36.5%) and by a smaller proportion (13.3%) of female doctors with male patients. There was no statistical association between patient and doctor gender distributions ($p=0.154$).

Bivariate analyses revealed lower disagreement for female concordant dyads (7.6%) and for female doctor-male patient dyads (5.1%) for advice given on nutrition ($p<0.05$) (Table 3). Similarly, lower disagreement was observed for female concordant dyads (9.0%) and for female doctor-male patient dyads (10.3%) for advice given on exercise ($p<0.05$). However, disagreement on weight loss seems to increase between male doctors and female patients (14.5%) ($p=0.099$), while a better agreement was observed for male concordant dyad (91.3%), compared to the other topics discussed during the consultation ($p<0.05$).

In the fully adjusted models once adjusted for potential confounders, disagreement was less likely to be observed for advice given on nutrition when the GP was a woman: $OR=0.25$ ($CI=0.08-0.78$, $p<0.05$) for the female concordant dyad; and for female doctor-male patient dyads $OR=0.24$ ($95\%CI=0.07-0.84$, $p<0.05$), taking the male concordant dyads as the referent group (Table 4). Concerning advice given on exercise, disagreement was less likely for the female-concordant dyads ($OR=0.38$, $95\%CI=0.15-0.98$, $p<0.05$). A doctor level effect was observed, even after controlling for individuals variables ($p<0.05$). However, for advice given on weight loss, disagreement between female patients and male GPs was significantly more likely $OR=2.87$ ($95\%CI=1.29-6.41$, $p<0.05$), even after controlling for potential confounders.

Discussion

Our results highlight that patient-doctor gender concordance is associated with agreement/disagreement on advice given during the consultation, even after controlling for potential confounders. A better agreement was observed for female concordant dyads on advice given on nutrition and exercise; and female doctors appeared to facilitate agreement with their patients on

1
2
3 advice given on nutrition. Discordance in gender increased disagreement between male doctors and
4
5 female patients for advice given on weight loss.
6
7

8
9 The main design limitation of this study is with regards to the selection of participants,
10 meaning that the sample is unlikely to be representative of French doctors or patients. Doctors agreed
11 to participate after being contacted via primary care networks and patients were selected on the day in
12 the doctor's waiting room. Furthermore, if the mean of physicians' age (52 years old) is representative
13 of the French GPs, the proportion of female physicians in the sample (37%) is below the 43%
14 observed for all the GPs in France¹⁹. However, the variable of interest consisted in the patient-GP
15 agreement, and the selection process would suggest a potential underestimate of any effects¹⁷. A new
16 type of remuneration has been introduced since 2011, inspired from the Anglo-Saxon P4P, notably in
17 primary care, and including in part indicators of preventive care. However recent French studies reveal
18 the little space given to prevention during the consultation^{20,21}. Finally, our position was that neither
19 the patient nor the doctor is 'correct' nor 'incorrect' with regard to actions, advice or issues raised
20 during the consultation. In fact, we consider that each actor has a different and valid perspective of the
21 consultation content, given his or her respective role during a consultation.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

35 Our aim was to explore their agreement regarding the content of the consultation, notably in
36 the management of CVRFs, and to explore the role of patient-doctor gender concordance on their
37 disagreement. In fact, patient-GP agreement on health problems, treatments and the content of the
38 consultation has been associated with positive health outcomes and compliance, and it has been
39 described as a "practical, useful and relevant indicator of the adequacy and effectiveness of
40 information sharing among patients and doctors"^{22,23}. Gender concordance-related
41 agreement/disagreement depends on the topic discussed between the patient and the doctor, which
42 may have different implications on disparities in preventive care.
43
44
45
46
47
48
49
50

51 For advice given on nutrition and on exercise, our results indicate a beneficial effect of a
52 concordant female dyad on patient-doctor agreement, which may encourage compliance for female
53 patients. Indeed, female dyads seem to be more specifically associated to better outcomes, treatment
54 intensification, and better preventive care^{3,10}. Their encounters may also be characterized by more
55
56
57
58
59
60

1
2
3 patient-centered behavior, a more encouraging communication style, and a calmer voice tone than
4 other dyads²⁴⁻²⁶. One possible explanation is that sharing the same gender may strengthen a sense of
5 social proximity and shared expectations about health, especially on subjective issues, such as health
6 norms, perceived health status and lifestyle and may encourage discussions during the consultation.
7
8 Nevertheless, our results revealed a mitigated benefit effect from a male concordant dyad, depending
9
10 on the topic discussed. Indeed, several findings revealed no significant evidence of a benefit effect
11
12 from gender concordance and others studies even observed an association with worse outcomes²⁷.
13
14 Schmittiel *et al.* showed that patients with concordant physicians may have unrealized expectations
15
16 with regard to doctor communication and tend to be less satisfied at the end of the consultation²⁸.
17
18 More evidence should explore cognitive and affective processes mediating relationship between
19
20 gender concordance/discordance and patient-doctor communication outcomes^{10,29}.
21
22
23
24

25
26 In contrast, for advice given on weight loss, the probability of disagreement was stronger for
27
28 discordant pairs, between male GPs and their female patients. Different implications may emerge from
29
30 these findings. Women may be more dissatisfied with their weight and may be embarrassed to discuss
31
32 about diet, especially when they are obese⁸. Similarly, male physicians may avoid discussing weight-
33
34 related issues with their female patients, fearing high expectations and unrealistic goals^{8,30}. Knowing
35
36 that physicians' advice on weight loss may increase patients' desire to lose weight and successfully
37
38 lose weight¹⁵, GPs may unwittingly contribute to maintaining or even worsening health disparities by
39
40 not offering the advice necessary to female patients. Furthermore this substantial disagreement
41
42 between male doctors and female patients may also reflect tensions around gender role conflict^{24,25}.
43
44 Indeed male doctors may lead consultations with their female patients in an interventionist way, with
45
46 more dominant voice tones. Therefore negotiating these consultations may be more difficult²⁴. This
47
48 might suggest more distance between male doctors and their female patients, whereas, in contrast,
49
50 female doctors try to collaborate despite tensions with their male patients²⁴. Male doctors may have
51
52 more unconscious biases and uncertainty with regard to female patient's histories and clinical factor. It
53
54 is more likely for female patients to have symptoms of cardiovascular heart disease interpreted as
55
56 being of psychosomatic origin than their male counterparts². This may result in later diagnosis,
57
58 complementary investigations and treatment, potentially leading to gender inequalities that permeate
59
60 across the healthcare system^{2,10,31}.

1
2
3
4
5 Our results suggest that gender may play a part in doctor/patient interactions in general
6 practice in two ways: establishing a proximity or distance between the two actors depending on their
7 gender concordance/discordance; and female physicians' specific style of practice. Indeed, advice on
8 nutrition appears to be more favorably broached by female doctors during a general practice
9 consultation, since both sets of dyads where the doctor was female had significantly lower probabilities
10 of disagreement on this subject. These results may be explained by the implication of female doctors
11 in preventive medicine described in the literature and their specific communication style. Women GPs
12 tend to provide more counseling and advice to their patients overall ⁶. They may be more likely to
13 recognize "windows of opportunity" to incorporate preventive services in their consultation, implying
14 more negotiation and goal settings ^{6,32}. They may be more conscious about their own lifestyle and
15 therefore more likely to initiate a diet-centered discussion. Women doctors also report greater comfort
16 in discussing personal and sensitive issues and they explore more illness experience and
17 psychosocial issues than their male counterparts ^{9,14}. They consult in a warmer patient-centered
18 manner and involve patients in decision making ^{2,14,24,25,33}. Their non-verbal behavior also reflect their
19 style of communication more empathetic and more polite, as they tend to smile and nod in agreement
20 more often than men doctors ^{14,24,25,33}.

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37 The inter-doctor differences found for advice given on exercise, even after controlling for
38 individual variables, underlies the importance of doctors' characteristics and the variability within
39 doctors' attitudes and practices. Patient-doctor disagreement might then depend on other factors not
40 entered into the model, such as GPs' skills and beliefs, GPs' own lifestyle and own CVRF ⁶. These
41 inter-doctor differences may be exacerbated in health promotion, where GPs counseling skills and
42 confidence might be more variable from one doctor to another. This highlights the doctor's pivotal role
43 in promoting a lifestyle approach and in determining the trajectory of the interaction with their patients
44
45
46
47
48
49 ^{34,35 36}.

50 51 52 53 **Conclusion**

54
55 Prevention counseling is a very sensitive dimension of the consultation and gender-
56 concordance related agreement/disagreement should be taken into account when giving preventive
57
58
59
60

1
2
3 advice. Physicians should be conscious that their own personal attributes and perceptions may have a
4 central influence on the quality of the interaction and agreement with their patients ³⁴.

5
6 Training medical students and doctors on delivering information, showing respect, supporting
7 patient involvement, gaining social and cultural competences, supporting self-reflection and self-
8 awareness, and developing skills, capacities and capabilities to perceive existing gender differences
9 and on incorporating these into their decisions and actions could help them to provide higher quality of
10 care to each patient, irrespective of their gender or their socioeconomic status. ^{37,38}. Health policies,
11 programmes and research should take into account biological and social differences between sexes
12 and enhance gender sensitivity as an important strategy for addressing gender issues ^{37,38}.

21 **Conflicts of interest**

22 The authors declare that there are no conflicts of interest relevant to this article.

26 **Ethical approval**

27 The French National Commission for Information Technology and Civil Liberties. Patient
28 physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design,
29 methods and feasibility in the French INTERMEDE study. Volume n°1228223. Paris ³⁹.

36 **Role of the funding source**

37 The INTERMEDE study was funded by the Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
38 in 2005, 2008, 2011 and by a grant for young scientists from the University Hospital of Toulouse.

43 **Acknowledgements**

44 We would like to thank all the 27 GPs and 585 patients who generously agreed to participate
45 in the different phases of the project. We would also like to thank the members of the fieldwork team
46 who collected data on behalf of the study.
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

1. Stock EO, Redberg R. Cardiovascular Disease in Women. *Current Problems in Cardiology*. Nov 2012;37(11):450-526.
2. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*. Jan 2008;30(1):1-18.
3. Schmittiel JA, Traylor A, Uratsu CS, Mangione CM, Ferrara A, Subramanian U. The Association of Patient-Physician Gender Concordance with Cardiovascular Disease Risk Factor Control and Treatment in Diabetes. *Journal of Womens Health*. Dec 2009;18(12):2065-2070.
4. Turnbull F, Arima H, Heeley E, et al. Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care: the AusHEART study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. Jun 2011;18(3):498-503.
5. Grunau GL, Ratner PA, Galdas PM, Hossain S. Ethnic and gender differences in patient education about heart disease risk and prevention. *Patient Education and Counseling*. Aug 2009;76(2):181-188.
6. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Medical Care*. May 2005;43(5):486-492.
7. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes - a review. *Canadian Medical Association Journal*. May 1995;152(9):1423-1433.
8. Pickett-Blakely O, Bleich SN, Cooper LA. Patient-Physician Gender Concordance and Weight-Related Counseling of Obese Patients. *American Journal of Preventive Medicine*. Jun 2011;40(6):616-619.
9. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling - An analysis of male and female patients' health care experiences. *Medical Care*. Dec 2001;39(12):1281-1292.
10. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, Tancredi DJ, Franks P. Patient-provider Sex and Race/Ethnicity Concordance A National Study of Healthcare and Outcomes. *Medical Care*. Nov 2011;49(11):1012-1020.
11. Banerjee A., Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med*. 2012;19(1):12-19.
12. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of patient-physician interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*. 1989;27:110-127.
13. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*. Feb 2005;56(2):139-146.
14. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*. Sep 2009;76(3):356-360.
15. Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing weight with obese primary care patients: Physician and patient perceptions. *Journal of General Internal Medicine*. May 2008;23(5):581-587.
16. Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *British Journal of General Practice*. Mar 2011;61(584):178-182.
17. Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, et al. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Services Research*. Apr 2009;9:8.
18. Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold; 1995.

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
 - 21
 - 22
 - 23
 - 24
 - 25
 - 26
 - 27
 - 28
 - 29
 - 30
 - 31
 - 32
 - 33
 - 34
 - 35
 - 36
 - 37
 - 38
 - 39
 - 40
 - 41
 - 42
 - 43
 - 44
 - 45
 - 46
 - 47
 - 48
 - 49
 - 50
 - 51
 - 52
 - 53
 - 54
 - 55
 - 56
 - 57
 - 58
 - 59
 - 60
19. Council of physicians. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf (Accessed on 9th August 2014).
20. Bruckert E., Bonnelye G., Thomas-Delecourt F., André L., Delaage PH. Assessment of cardiovascular risk in primary care patients in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011 Jun-Jul;104(6-7):381-387.
21. Rigal L., Falcoff H., Rahy Z., Flores P., Saurel-Cubizolles M.J., Ringa V. [Lack of dietary and lifestyle advice given to hypertension patients, their characteristics and those of their general practitioner]. *Glob Health Promot*. 2013 Jun;20 (2 Suppl):33-42.
22. Liaw ST, Young D, Farish S. Improving patient-doctor concordance: An intervention study in general practice. *Family Practice*. Oct 1996;13(5):427-431.
23. Coran JJ., Koropecyk-Cox T., Arnold CL. Are physicians and patients in agreement? Exploring dyadic concordance. *Health Educ Behav*. 2013 Oct;40(5):603-611.
24. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. Sep 2009;76(3):348-355.
25. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters - an analysis of physician and patient communication in a primary-care setting. *Health Psychology*. Sep 1994;13(5):384-392.
26. Bertakis KD., Azari R. Patient-centered care: the influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Mar;21(3):326-333.
27. Roter DL., Erby LH., Adams A., et al. Talking about depression: An analogue study of physician gender and communication style on patient disclosures. *Patient Educ Couns*. 2014 May 14 pii: S0738-3991(14)00186-4. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.006. [Epub ahead of print].
28. Schmittiel J GK, Selby J, Quesenberry C. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practice. *J Gen Intern Med*. 2000;15:761-769.
29. Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family Medicine*. May-Jun 2008;6(3):198-205.
30. Fabricatore AN, Wadden TA, Rohay JM, et al. Weight Loss Expectations and Goals in a Population Sample of Overweight and Obese US Adults. *Obesity*. Nov 2008;16(11):2445-2450.
31. Gross R, McNeill R, Davis P, Lay-Yee R, Jatrana S, Crampton P. The association of gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women & Health*. 2008;48(2):123-144.
32. Cohen D, DiCicco-Bloom B, Strickland PO, et al. Opportunistic approaches for delivering preventive care in illness visits. *Preventive Medicine*. May 2004;38(5):565-573.
33. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication - A meta-analytic review. *Jama-Journal of the American Medical Association*. Aug 2002;288(6):756-764.
34. Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, et al. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient Education and Counseling*. Apr 2012;91(1):97-104.
35. Ariss SM. Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation. *Social Science & Medicine*. Sep 2009;69(6):908-919.

- 1
2
3 36. Veldhuijzen DS., Karhof S., Leenders ME., Karsch AM., Van Wijck AJ. Impact of
4 physicians' sex on treatment choices for low back pain. *Pain Pract.* 2013
5 Jul;13(6):451-458.
6
7 37. Celik H, Lagro-Janssen T, Widdershoven G, Abma TA. Bringing gender sensitivity
8 into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling.* Aug
9 2011;84(2):143-149.
10 38. Sen G., Östlin P. *Women and Gender Equity Knowledge Network. Unequal, Unfair,*
11 *Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can*
12 *change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.*
13 2007.
14 39. CNIL. La mise en œuvre, à titre expérimental, d'une étude ayant pour objet la relation
15 patient-malade et son incidence sur la construction des inégalités sociales de santé.
16 Vol n°1228223. Paris 11 septembre 2007.
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

For Peer Review

Table 1. Patient and doctor characteristics of the INTERMEDE's project quantitative phase collected in three regions of France in 2007

Patients	Men % (n)	Women % (n)	p
Sex	38.8 (227)	61.2 (358)	
Age groups			
18-34 years	24.8 (56)	22.9 (82)	
35-49 years	22.6 (51)	31.0 (111)	
50-64 years	34.5 (78)	25.4 (91)	
≥ 65 years	18.1 (41)	20.7 (74)	0.043
Educational level			
Advanced level and plus	43.0 (92)	47.6 (165)	
Up to General Certificate Secondary Education	39.3 (84)	30.3 (105)	
No qualification	17.8 (38)	22.2 (77)	0.080
Sport's practice			
Yes	76.6 (173)	70.0 (250)	
No	23.5 (53)	30.0 (107)	0.086
Body Mass Index			
< 25 kg.m-2	42.0 (95)	54.3 (189)	
≥ 25 et < 30 kg.m-2	42.0 (95)	26.4 (92)	
≥ 30 kg.m-2	15.9 (36)	19.3 (67)	0.000
General practitioners	n	n	
Sex	17	10	
Age groups			
35-44 years	2	1	
45-54 years	7	5	
55-61 years	8	4	1.000
Region			
Pays de la Loire	3	5	
Ile de France	5	4	
Midi-Pyrénées	9	1	0.056

Table 2. Patient-physician gender concordance of the 585 dyads

Genre % (n) Patient	Doctor		
	Male	Female	Total
Male	65.6 (149)	34.4 (78)	100.0 (227)
Female	59.8 (214)	40.2 (144)	100.0 (358)
Total	62.0 (363)	38.0 (222)	100.0 (585)

p=0.154

For Peer Review

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 3 - Patient-physician gender concordance and their agreement/disagreement on advices given during the consultation - Bivariate analysis

Agreement/ disagreement on advice given during the consultation	Gender concordance		Gender discordance		p (overall)	p (gender concordance vs gender discordance)
	Male doctor Male patient % (n)	Female doctor Female patient % (n)	Male doctor Female patient % (n)	Female doctor Male patient % (n)		
Nutrition						
Agreement	78.4 (116)	92.4 (133)	80.8 (173)	94.9 (74)	0.000	0.817
Disagreement	21.6 (32)	7.6 (11)	19.2 (41)	5.1 (4)		
Exercise						
Agreement	77.9 (116)	91.0 (131)	78.5 (168)	89.7 (70)	0.002	0.370
Disagreement	22.2 (33)	9.0 (13)	21.5 (46)	10.3 (8)		
Weight loss						
Agreement	91.3 (136)	93.1 (134)	85.5 (183)	91.0 (71)	0.099	0.041
Disagreement	8.7 (13)	6.9 (10)	14.5 (31)	9.0 (7)		

Peer Review

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 4. Patient-physician gender concordance and their disagreement on advice given during the consultation, OR (95% CI). Multilevel multivariate analysis.

Gender Concordance	Disagreement between patients and GPs on advices given on nutrition (n=515)		Disagreement between patients and GPs on advices given on exercise (n=539)		Disagreement between patients and GPs on advices given on weight loss (n=539)	
	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*
Male doctor Male patient	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
Female doctor Female patient	0.20 (0.06-0.60)**	0.25 (0.08-0.78)**	0.32 (0.13-0.79)**	0.38 (0.15-0.98)**	0.85 (0.30-2.40)	0.91 (0.31-2.69)
Male doctor Female patient	0.83 (0.44-1.58)	1.05 (0.52-2.11)	1.01 (0.58-1.73)	0.90 (0.50-1.63)	2.13 (1.01-4.48)**	2.87 (1.29-6.41)**
Female doctor Male patient	0.29 (0.08-0.97)**	0.24 (0.07-0.84)**	0.37 (0.13-1.01)	0.46 (0.16-1.34)	1.05 (0.33-3.32)	1.03 (0.31-3.37)
<i>Empty model</i>	<i>Log likelihood ratio test=11.48; p-value=0.000</i>		<i>Log likelihood ratio test=22.06; p-value=0.000</i>		<i>Log likelihood ratio test=5.34; p-value=0.010</i>	
<i>Fully adjusted model</i>	<i>Log likelihood ratio test=0.12; p-value=0.363</i>		<i>Log likelihood ratio test=2.90; p-value=0.044</i>		<i>Log likelihood ratio test=0.46; p-value=0.248</i>	

* Models adjusted on doctors' characteristics: age, region; and on patients' characteristics: age, level of education, sport's practice, body mass index, length of relationship with the doctor

** Point estimates significant at p<0.05

Review

Title: Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study

Short title: gender differences in doctor/patient disagreement

Article category: health service research

Schieber Anne-Cécile^{1,2,3}, Delpierre Cyrille^{1,2}, Lepage Benoît^{1,2,3}, Afrite Anissa⁴, Pascal Jean^{3,5}, Cases Chantal⁶, Lombraïl Pierre^{7,8}, Lang Thierry^{1,2,3}, Kelly-Irving Michelle^{1,2}, for the INTERMEDE group.

¹INSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300 France

²Université Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300 France

³CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300 France

⁴IRDES, 75018 Paris France

⁵CHU Toulouse, Département d'Information Médicale, F-31300 France

⁶INED, 75980 Paris France

⁷UPRES EA3412, Université Paris 13, 93017 Bobigny France

⁸AP-HP Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny France

Corresponding author at

Dr Schieber Anne-Cécile

Adress: Faculté de Médecine

37, Allées Jules Guesde

31073 Toulouse

France

Tel: 33 5 61 14 59 56

Mobile : 33 6 07 89 90 74

Fax: 33 5 62 46 42 40

2566 words

Abstract

Objective- The aim of the study was to ascertain whether disagreement between general practitioners (GPs) and patients on advice given on nutrition, exercise and weight loss is related to patient-doctor gender discordance. Our hypothesis is that a patient interacting with a physician of the same gender may perceive more social proximity, notably on health care beliefs and may be more inclined to trust them. **Methods-** The analysis used the Intermede project's quantitative data collected via mirrored questionnaires at the end of the consultation. Multilevel logistic regressions were carried out to explore associations between patient-doctor gender discordance and their disagreement on advice given during the consultation adjusted on patients' and physicians' characteristics. The sample consists of 585 eligible patients and 27 GPs. **Results-** Disagreement on advice given on nutrition was observed less often for female-concordant dyads: OR=0.25 (95%CI=0.08-0.78), and for female doctors-male patients dyads: OR=0.24 (95%CI=0.07-0.84), taking the male concordant dyads as reference. For advice given on exercise, disagreement was found less often for female concordant dyads OR=0.38 (95%CI=0.15-0.98) and an inter-doctor effect was found ($p<0.05$). For advice given on weight loss, the probability of disagreement was significantly increased (OR: 2.87 95%CI=1.29-6.41) when consultations consisted of female patient and male GP. **Conclusion-** Patient-doctor gender concordance/discordance is associated with their agreement/disagreement on advice given during the consultation. Physicians need to be conscious that their own demographic characteristics and perceptions might influence the quality of prevention counseling delivered to their patients.

238 words**Mesh Keywords:**

Healthcare Disparities

Gender Identity

Physicians, Primary Care

Physician-Patient Relation

Cardiovascular Diseases

Counseling

Context

Although mortality from cardiovascular disease has been steadily declining since the 1980's for men, it remains the first cause of deaths in women¹. In addition, women are twice more likely than men to have asymptomatic and undetected myocardial infarction, they are less likely to be admitted in cardiac units and less likely to be revascularized than men^{1,2}. With a pivotal role in terms of diagnosis, treatment, as well as in giving prevention advice, the general practitioner (GP) has a leading role in the management of cardiovascular risk factor (CVRF) to decrease disparities in cardiovascular morbidity and mortality. However, women's CVRF are underestimated and less often recorded, and cardiovascular disease are underdiagnosed and undertreated by GPs²⁻⁴. Female patients receive fewer explanations, have fewer discussions and receive less counseling regarding their CVRF, comparing to their male counterparts⁵.

Furthermore, physicians' practices and attitudes might depend on their own demographic characteristics, such as gender^{2,3,6,7}. Indeed, women GPs seem to recommend hyperlipidemia and hypertension therapies more than men doctors and seem to place more emphasis on a lifestyle approach^{3,6}. Recent studies have also suggested that gender concordance may be related to achievement of diabetes and hypertension treatment goals and delivery of preventive counseling⁸⁻¹⁰. Gender concordance may enhance overall patient-doctor interaction by encouraging patient's trust, improved communication and patient satisfaction^{10,11}.

Indeed, better doctor-patient communication (e.g. more question-asking, more information giving, shared decision making and more empathic behavior) seems to have a positive influence on the consultation, and represents an important determinant of accessibility in health care^{7,12,13}. The quality of information exchanged during the consultation and understanding between doctors and patients may be key to the delivery of high quality counseling. Indeed some facets of the management of CVRF appear to be dealt more comfortably by both patients and doctors^{6,14,15}. In a previous work, we found that there was a good level of agreement between GPs and patients for blood pressure management, and for advice given on cigarette and alcohol consumption while in contrast recommendations given on nutrition, exercise and weight loss were specifically characterized by poor

1
2
3 agreement at the end of consultation¹⁶. It revealed the role played by patients' demographic
4 characteristics, such as age and the level of education, in disagreement between patients and doctors.
5
6 Further analyses are needed to understand how the gender of the two actors might play a role in
7 these misunderstandings, leading potentially to gender disparities in preventive care.
8
9

10
11
12 The aim of our study was to ascertain whether disagreement between GPs and patients on
13 advice given on nutrition, exercise and weight loss was related to their gender concordance. Our
14 hypothesis is that a patient interacting with a physician of the same gender may perceive more social
15 proximity, notably on health care beliefs and may be more inclined to trust them. Gender concordance
16 may therefore improve agreement between patients and doctors and conversely gender discordance
17 may affect mutual comprehension.
18
19
20
21
22

23 24 25 26 27 **Methods**

28 *Design*

29
30 Intermede is a multidisciplinary study aiming at specifying the nature of patient-GP interaction
31 and its impact on health disparities¹⁷. The design had two main phases conducted in three regions of
32 France (Pays de la Loire, Ile de France, and Midi-Pyrénées); each phase had its own sample of GPs
33 and patients. Doctors were recruited via several GP networks: the Toulouse Department for general
34 medicine and the French society for general medicine. The criteria for patient inclusion in both phases
35 of the study were as follows: being aged over 18 years; not attending the GP's surgery in an
36 emergency; not being a first-time patient; not being pregnant or having given birth in the last six
37 months, giving informed consent to participate in the whole study. The two phases occurred
38 sequentially: first the qualitative phase was conducted from March to September 2006 followed by the
39 quantitative phase in September and October 2007. The qualitative phase was an ethnographic
40 observational design followed by semi-structured interviews conducted post consultation with patients
41 and physicians separately. Data from the quantitative phase, used for the current analyses, were
42 collected via structured survey questionnaires completed by patients and their GPs, notably using
43 'mirrored' questionnaires whereby patients and their GPs were asked the same questions respectively
44 and independently, immediately after the consultation. They were asked about the content of the
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 consultation, the patient's perceived health status and the management of CVRF: actions undertaken,
4 information and advice given on blood pressure, cigarette and alcohol consumption, weight, physical
5 activity and nutrition¹⁶.
6
7

8 The final overall sample consisted in 27 GPs who agreed to participate in the study and in 585
9 patients (82% of the sample of eligible patients). It consisted then in 585 pairs of patient-GP.
10
11

12 13 14 *Measures*

15 Disagreements between GPs and patients on advice given on nutrition, on exercise and on
16 weight loss were explored, using three variables highlighting the differences between the GP's and the
17 patient's responses at the end of the consultation.
18
19

20 Patient-doctor gender concordance was used as a four-category variable: *patient female-*
21 *physician female; patient male-physician male; patient female-physician male; patient male-physician*
22 *female*.
23
24
25
26
27

28 29 *Statistical analysis*

30 Multivariate logistic regressions were carried out to explore the association between the
31 gender concordance of patient and doctor and their disagreement on advice given during the
32 consultation. The following available variables were included in the models, as they were associated
33 with patient and physician gender and their disagreement, or they appeared as relevant variables in
34 the literature on the subject: GP characteristics (age, region) and patients characteristics (age,
35 educational level, practicing a sport, body mass index and the length of relationship with their doctor)
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

43 The doctor-level effect was accounted for by using multilevel modeling taking into account the
44 hierarchical structure of the data and allowed an adjustment for the effect of a group (doctor) level and
45 individual-level variables while controlling for the nonindependence of observations within groups¹⁸.
46
47
48 The objective was to analyze inter-doctor differences in how they interact with patients, and
49 specifically if individual doctors systematically disagree with their patients.
50
51
52

53 All analyses were performed with Stata S.E.11.0® for Windows®.
54
55
56
57
58
59
60

Results

Patients' and doctors' characteristics are described in Table 1. Half of the 585 dyads were gender concordant: 25.5% male concordant and 24.6% female concordant (Table 2). The discordant pairs were represented in majority by male doctors with female patients (214/585= 36.5%) and by a smaller proportion (13.3%) of female doctors with male patients. There was no statistical association between patient and doctor gender distributions ($p=0.154$).

Bivariate analyses revealed lower disagreement for female concordant dyads (7.6%) and for female doctor-male patient dyads (5.1%) for advice given on nutrition ($p<0.05$) (Table 3). Similarly, lower disagreement was observed for female concordant dyads (9.0%) and for female doctor-male patient dyads (10.3%) for advice given on exercise ($p<0.05$). However, disagreement on weight loss seems to increase between male doctors and female patients (14.5%) ($p=0.099$), while a better agreement was observed for male concordant dyad (91.3%), compared to the other topics discussed during the consultation ($p<0.05$).

In the fully adjusted models once adjusted for potential confounders, disagreement was less likely to be observed for advice given on nutrition when the GP was a woman: OR=0.25 (CI=0.08-0.78, $p<0.05$) for the female concordant dyad; and for female doctor-male patient dyads OR=0.24 (95%CI=0.07-0.84, $p<0.05$), taking the male concordant dyads as the referent group (Table 4). Concerning advice given on exercise, disagreement was less likely for the female-concordant dyads (OR=0.38, 95%CI=0.15-0.98, $p<0.05$). A doctor level effect was observed, even after controlling for individuals variables ($p<0.05$). However, for advice given on weight loss, disagreement between female patients and male GPs was significantly more likely OR=2.87 (95%CI=1.29-6.41, $p<0.05$), even after controlling for potential confounders.

Discussion

Our results highlight that patient-doctor gender concordance is associated with agreement/disagreement on advice given during the consultation, even after controlling for potential confounders. A better agreement was observed for female concordant dyads on advice given on nutrition and exercise; and female doctors appeared to facilitate agreement with their patients on

1
2
3 advice given on nutrition. Discordance in gender increased disagreement between male doctors and
4
5 female patients for advice given on weight loss.
6
7

8
9 The main design limitation of this study is with regards to the selection of participants,
10 meaning that the sample is unlikely to be representative of French doctors or patients. Doctors agreed
11 to participate after being contacted via primary care networks and patients were selected on the day in
12 the doctor's waiting room. Furthermore, if the mean of physicians' age (52 years old) is representative
13 of the French GPs, the proportion of female physicians in the sample (37%) is below the 43%
14 observed for all the GPs in France¹⁹. However, the variable of interest consisted in the patient-GP
15 agreement, and the selection process would suggest a potential underestimate of any effects¹⁷. A new
16 type of remuneration has been introduced since 2011, inspired from the Anglo-Saxon P4P, notably in
17 primary care, and including in part indicators of preventive care. However recent French studies reveal
18 the little space given to prevention during the consultation^{20,21}. Finally, our position was that neither
19 the patient nor the doctor is 'correct' nor 'incorrect' with regard to actions, advice or issues raised
20 during the consultation. In fact, we consider that each actor has a different and valid perspective of the
21 consultation content, given his or her respective role during a consultation.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

35 Our aim was to explore their agreement regarding the content of the consultation, notably in
36 the management of CVRFs, and to explore the role of patient-doctor gender concordance on their
37 disagreement. In fact, patient-GP agreement on health problems, treatments and the content of the
38 consultation has been associated with positive health outcomes and compliance, and it has been
39 described as a "practical, useful and relevant indicator of the adequacy and effectiveness of
40 information sharing among patients and doctors"^{22,23}. Gender concordance-related
41 agreement/disagreement depends on the topic discussed between the patient and the doctor, which
42 may have different implications on disparities in preventive care.
43
44
45
46
47
48
49
50

51 For advice given on nutrition and on exercise, our results indicate a beneficial effect of a
52 concordant female dyad on patient-doctor agreement, which may encourage compliance for female
53 patients. Indeed, female dyads seem to be more specifically associated to better outcomes, treatment
54 intensification, and better preventive care^{3,10}. Their encounters may also be characterized by more
55
56
57
58
59
60

1
2
3 patient-centered behavior, a more encouraging communication style, and a calmer voice tone than
4 other dyads²⁴⁻²⁶. One possible explanation is that sharing the same gender may strengthen a sense of
5 social proximity and shared expectations about health, especially on subjective issues, such as health
6 norms, perceived health status and lifestyle and may encourage discussions during the consultation.
7
8 Nevertheless, our results revealed a mitigated benefit effect from a male concordant dyad, depending
9
10 on the topic discussed. Indeed, several findings revealed no significant evidence of a benefit effect
11
12 from gender concordance and others studies even observed an association with worse outcomes²⁷.
13
14 Schmittiel *et al.* showed that patients with concordant physicians may have unrealized expectations
15
16 with regard to doctor communication and tend to be less satisfied at the end of the consultation²⁸.
17
18 More evidence should explore cognitive and affective processes mediating relationship between
19
20 gender concordance/discordance and patient-doctor communication outcomes^{10,29}.
21
22
23
24

25
26 In contrast, for advice given on weight loss, the probability of disagreement was stronger for
27
28 discordant pairs, between male GPs and their female patients. Different implications may emerge from
29
30 these findings. Women may be more dissatisfied with their weight and may be embarrassed to discuss
31
32 about diet, especially when they are obese⁸. Similarly, male physicians may avoid discussing weight-
33
34 related issues with their female patients, fearing high expectations and unrealistic goals^{8,30}. Knowing
35
36 that physicians' advice on weight loss may increase patients' desire to lose weight and successfully
37
38 lose weight¹⁵, GPs may unwittingly contribute to maintaining or even worsening health disparities by
39
40 not offering the advice necessary to female patients. Furthermore this substantial disagreement
41
42 between male doctors and female patients may also reflect tensions around gender role conflict^{24,25}.
43
44 Indeed male doctors may lead consultations with their female patients in an interventionist way, with
45
46 more dominant voice tones. Therefore negotiating these consultations may be more difficult²⁴. This
47
48 might suggest more distance between male doctors and their female patients, whereas, in contrast,
49
50 female doctors try to collaborate despite tensions with their male patients²⁴. Male doctors may have
51
52 more unconscious biases and uncertainty with regard to female patient's histories and clinical factor. It
53
54 is more likely for female patients to have symptoms of cardiovascular heart disease interpreted as
55
56 being of psychosomatic origin than their male counterparts². This may result in later diagnosis,
57
58 complementary investigations and treatment, potentially leading to gender inequalities that permeate
59
60 across the healthcare system^{2,10,31}.

1
2
3
4
5 Our results suggest that gender may play a part in doctor/patient interactions in general
6 practice in two ways: establishing a proximity or distance between the two actors depending on their
7 gender concordance/discordance; and female physicians' specific style of practice. Indeed, advice on
8 nutrition appears to be more favorably broached by female doctors during a general practice
9 consultation, since both sets of dyads where the doctor was female had significantly lower probabilities
10 of disagreement on this subject. These results may be explained by the implication of female doctors
11 in preventive medicine described in the literature and their specific communication style. Women GPs
12 tend to provide more counseling and advice to their patients overall ⁶. They may be more likely to
13 recognize "windows of opportunity" to incorporate preventive services in their consultation, implying
14 more negotiation and goal settings ^{6,32}. They may be more conscious about their own lifestyle and
15 therefore more likely to initiate a diet-centered discussion. Women doctors also report greater comfort
16 in discussing personal and sensitive issues and they explore more illness experience and
17 psychosocial issues than their male counterparts ^{9,14}. They consult in a warmer patient-centered
18 manner and involve patients in decision making ^{2,14,24,25,33}. Their non-verbal behavior also reflect their
19 style of communication more empathetic and more polite, as they tend to smile and nod in agreement
20 more often than men doctors ^{14,24,25,33}.

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37 The inter-doctor differences found for advice given on exercise, even after controlling for
38 individual variables, underlies the importance of doctors' characteristics and the variability within
39 doctors' attitudes and practices. Patient-doctor disagreement might then depend on other factors not
40 entered into the model, such as GPs' skills and beliefs, GPs' own lifestyle and own CVRF ⁶. These
41 inter-doctor differences may be exacerbated in health promotion, where GPs counseling skills and
42 confidence might be more variable from one doctor to another. This highlights the doctor's pivotal role
43 in promoting a lifestyle approach and in determining the trajectory of the interaction with their patients
44
45
46
47
48
49 ^{34,35 36}.

50 51 52 53 **Conclusion**

54
55 Prevention counseling is a very sensitive dimension of the consultation and gender-
56 concordance related agreement/disagreement should be taken into account when giving preventive
57
58
59
60

1
2
3 advice. Physicians should be conscious that their own personal attributes and perceptions may have a
4 central influence on the quality of the interaction and agreement with their patients ³⁴.

5
6 Training medical students and doctors on delivering information, showing respect, supporting
7 patient involvement, gaining social and cultural competences, supporting self-reflection and self-
8 awareness, and developing skills, capacities and capabilities to perceive existing gender differences
9 and on incorporating these into their decisions and actions could help them to provide higher quality of
10 care to each patient, irrespective of their gender or their socioeconomic status. ^{37,38}. Health policies,
11 programmes and research should take into account biological and social differences between sexes
12 and enhance gender sensitivity as an important strategy for addressing gender issues ^{37,38}.

21 **Conflicts of interest**

22 The authors declare that there are no conflicts of interest relevant to this article.

26 **Ethical approval**

27 The French National Commission for Information Technology and Civil Liberties. Patient
28 physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design,
29 methods and feasibility in the French INTERMEDE study. Volume n°1228223. Paris ³⁹.

35 **Role of the funding source**

36 The INTERMEDE study was funded by the Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
37 in 2005, 2008, 2011 and by a grant for young scientists from the University Hospital of Toulouse.

42 **Acknowledgements**

43 We would like to thank all the 27 GPs and 585 patients who generously agreed to participate
44 in the different phases of the project. We would also like to thank the members of the fieldwork team
45 who collected data on behalf of the study.
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

1. Stock EO, Redberg R. Cardiovascular Disease in Women. *Current Problems in Cardiology*. Nov 2012;37(11):450-526.
2. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*. Jan 2008;30(1):1-18.
3. Schmittiel JA, Traylor A, Uratsu CS, Mangione CM, Ferrara A, Subramanian U. The Association of Patient-Physician Gender Concordance with Cardiovascular Disease Risk Factor Control and Treatment in Diabetes. *Journal of Womens Health*. Dec 2009;18(12):2065-2070.
4. Turnbull F, Arima H, Heeley E, et al. Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care: the AusHEART study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. Jun 2011;18(3):498-503.
5. Grunau GL, Ratner PA, Galdas PM, Hossain S. Ethnic and gender differences in patient education about heart disease risk and prevention. *Patient Education and Counseling*. Aug 2009;76(2):181-188.
6. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Medical Care*. May 2005;43(5):486-492.
7. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes - a review. *Canadian Medical Association Journal*. May 1995;152(9):1423-1433.
8. Pickett-Blakely O, Bleich SN, Cooper LA. Patient-Physician Gender Concordance and Weight-Related Counseling of Obese Patients. *American Journal of Preventive Medicine*. Jun 2011;40(6):616-619.
9. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling - An analysis of male and female patients' health care experiences. *Medical Care*. Dec 2001;39(12):1281-1292.
10. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, Tancredi DJ, Franks P. Patient-provider Sex and Race/Ethnicity Concordance A National Study of Healthcare and Outcomes. *Medical Care*. Nov 2011;49(11):1012-1020.
11. Banerjee A., Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med*. 2012;19(1):12-19.
12. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of patient-physician interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*. 1989;27:110-127.
13. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*. Feb 2005;56(2):139-146.
14. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*. Sep 2009;76(3):356-360.
15. Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing weight with obese primary care patients: Physician and patient perceptions. *Journal of General Internal Medicine*. May 2008;23(5):581-587.
16. Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *British Journal of General Practice*. Mar 2011;61(584):178-182.
17. Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, et al. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Services Research*. Apr 2009;9:8.
18. Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold; 1995.

- 1
2
3 19. Council of physicians. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf (Accessed on 9th
4 August 2014).
- 5
6 20. Bruckert E., Bonnelye G., Thomas-Delecourt F., André L., Delaage PH. Assessment
7 of cardiovascular risk in primary care patients in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011
8 Jun-Jul;104(6-7):381-387.
- 9
10 21. Rigal L., Falcoff H., Rahy Z., Flores P., Saurel-Cubizolles M.J., Ringa V. [Lack of
11 dietary and lifestyle advice given to hypertension patients, their characteristics and
12 those of their general practitioner]. *Glob Health Promot*. 2013 Jun;20 (2 Suppl):33-42.
- 13
14 22. Liaw ST, Young D, Farish S. Improving patient-doctor concordance: An intervention
15 study in general practice. *Family Practice*. Oct 1996;13(5):427-431.
- 16
17 23. Coran JJ, Koropecyk-Cox T., Arnold CL. Are physicians and patients in agreement?
18 Exploring dyadic concordance. *Health Educ Behav*. 2013 Oct;40(5):603-611.
- 19
20 24. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads
21 on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and
22 Counseling*. Sep 2009;76(3):348-355.
- 23
24 25. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters -
25 an analysis of physician and patient communication in a primary-care setting. *Health
26 Psychology*. Sep 1994;13(5):384-392.
- 27
28 26. Bertakis KD., Azari R. Patient-centered care: the influence of patient and resident
29 physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health
30 (Larchmt)*. 2012 Mar;21(3):326-333.
- 31
32 27. Roter DL., Erby LH., Adams A., et al. Talking about depression: An analogue study of
33 physician gender and communication style on patient disclosures. *Patient Educ Couns*.
34 2014 May 14 pii: S0738-3991(14)00186-4. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.006. [Epub
35 ahead of print].
- 36
37 28. Schmittiel J GK, Selby J, Quesenberry C. Effect of physician and patient gender
38 concordance on patient satisfaction and preventive care practice. *J Gen Intern Med*.
39 2000;15:761-769.
- 40
41 29. Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-
42 physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of
43 Family Medicine*. May-Jun 2008;6(3):198-205.
- 44
45 30. Fabricatore AN, Wadden TA, Rohay JM, et al. Weight Loss Expectations and Goals in
46 a Population Sample of Overweight and Obese US Adults. *Obesity*. Nov
47 2008;16(11):2445-2450.
- 48
49 31. Gross R, McNeill R, Davis P, Lay-Yee R, Jatrana S, Crampton P. The association of
50 gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women
51 & Health*. 2008;48(2):123-144.
- 52
53 32. Cohen D, DiCicco-Bloom B, Strickland PO, et al. Opportunistic approaches for
54 delivering preventive care in illness visits. *Preventive Medicine*. May 2004;38(5):565-
55 573.
- 56
57 33. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication - A
58 meta-analytic review. *Jama-Journal of the American Medical Association*. Aug
59 2002;288(6):756-764.
- 60
61 34. Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, et al. Is perceived social distance between
62 the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health
63 status? *Patient Education and Counseling*. Apr 2012;91(1):97-104.
- 64
65 35. Ariss SM. Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with
66 frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation.
67 *Social Science & Medicine*. Sep 2009;69(6):908-919.

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
 - 21
 - 22
 - 23
 - 24
 - 25
 - 26
 - 27
 - 28
 - 29
 - 30
 - 31
 - 32
 - 33
 - 34
 - 35
 - 36
 - 37
 - 38
 - 39
 - 40
 - 41
 - 42
 - 43
 - 44
 - 45
 - 46
 - 47
 - 48
 - 49
 - 50
 - 51
 - 52
 - 53
 - 54
 - 55
 - 56
 - 57
 - 58
 - 59
 - 60
36. Veldhuijzen DS., Karhof S., Leenders ME., Karsch AM., Van Wijck AJ. Impact of physicians' sex on treatment choices for low back pain. *Pain Pract.* 2013 Jul;13(6):451-458.
37. Celik H, Lagro-Janssen T, Widdershoven G, Abma TA. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling.* Aug 2011;84(2):143-149.
38. Sen G., Östlin P. *Women and Gender Equity Knowledge Network. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.* 2007.
39. CNIL. La mise en œuvre, à titre expérimental, d'une étude ayant pour objet la relation patient-malade et son incidence sur la construction des inégalités sociales de santé. Vol n°1228223. Paris 11 septembre 2007.

For Peer Review

Table 1. Patient and doctor characteristics of the INTERMEDE's project quantitative phase collected in three regions of France in 2007

Patients	Men % (n)	Women % (n)	p
Sex	38.8 (227)	61.2 (358)	
Age groups			
18-34 years	24.8 (56)	22.9 (82)	
35-49 years	22.6 (51)	31.0 (111)	
50-64 years	34.5 (78)	25.4 (91)	
≥ 65 years	18.1 (41)	20.7 (74)	0.043
Educational level			
Advanced level and plus	43.0 (92)	47.6 (165)	
Up to General Certificate Secondary Education	39.3 (84)	30.3 (105)	
No qualification	17.8 (38)	22.2 (77)	0.080
Sport's practice			
Yes	76.6 (173)	70.0 (250)	
No	23.5 (53)	30.0 (107)	0.086
Body Mass Index			
< 25 kg.m-2	42.0 (95)	54.3 (189)	
≥ 25 et < 30 kg.m-2	42.0 (95)	26.4 (92)	
≥ 30 kg.m-2	15.9 (36)	19.3 (67)	0.000
General practitioners	n	n	
Sex	17	10	
Age groups			
35-44 years	2	1	
45-54 years	7	5	
55-61 years	8	4	1.000
Region			
Pays de la Loire	3	5	
Ile de France	5	4	
Midi-Pyrénées	9	1	0.056

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 2. Patient-physician gender concordance of the 585 dyads

Genre % (n)	Doctor		
	Male	Female	Total
Patient			
Male	65.6 (149)	34.4 (78)	100.0 (227)
Female	59.8 (214)	40.2 (144)	100.0 (358)
Total	62.0 (363)	38.0 (222)	100.0 (585)

p=0.154

For Peer Review

Table 3 - Patient-physician gender concordance and their agreement/disagreement on advices given during the consultation - Bivariate analysis

Agreement/ disagreement on advice given during the consultation	Gender concordance		Gender discordance		p (overall)	p (gender concordance vs gender discordance)
	Male doctor Male patient % (n)	Female doctor Female patient % (n)	Male doctor Female patient % (n)	Female doctor Male patient % (n)		
Nutrition						
Agreement	78.4 (116)	92.4 (133)	80.8 (173)	94.9 (74)	0.000	0.817
Disagreement	21.6 (32)	7.6 (11)	19.2 (41)	5.1 (4)		
Exercise						
Agreement	77.9 (116)	91.0 (131)	78.5 (168)	89.7 (70)	0.002	0.370
Disagreement	22.2 (33)	9.0 (13)	21.5 (46)	10.3 (8)		
Weight loss						
Agreement	91.3 (136)	93.1 (134)	85.5 (183)	91.0 (71)	0.099	0.041
Disagreement	8.7 (13)	6.9 (10)	14.5 (31)	9.0 (7)		

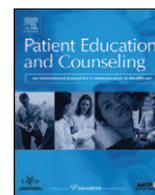
Table 4. Patient-physician gender concordance and their disagreement on advice given during the consultation, OR (95% CI). Multilevel multivariate analysis.

Gender Concordance	Disagreement between patients and GPs on advices given on nutrition (n=515)		Disagreement between patients and GPs on advices given on exercise (n=539)		Disagreement between patients and GPs on advices given on weight loss (n=539)	
	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*	OR (95% CI) Not adjusted	OR (95% CI) Adjusted*
Male doctor Male patient	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
Female doctor Female patient	0.20 (0.06-0.60)**	0.25 (0.08-0.78)**	0.32 (0.13-0.79)**	0.38 (0.15-0.98)**	0.85 (0.30-2.40)	0.91 (0.31-2.69)
Male doctor Female patient	0.83 (0.44-1.58)	1.05 (0.52-2.11)	1.01 (0.58-1.73)	0.90 (0.50-1.63)	2.13 (1.01-4.48)**	2.87 (1.29-6.41)**
Female doctor Male patient	0.29 (0.08-0.97)**	0.24 (0.07-0.84)**	0.37 (0.13-1.01)	0.46 (0.16-1.34)	1.05 (0.33-3.32)	1.03 (0.31-3.37)
Empty model	Log likelihood ratio test=11.48; p-value=0.000		Log likelihood ratio test=22.06; p-value=0.000		Log likelihood ratio test=5.34; p-value=0.010	
Fully adjusted model	Log likelihood ratio test=0.12; p-value=0.363		Log likelihood ratio test=2.90; p-value=0.044		Log likelihood ratio test=0.46; p-value=0.248	

* Models adjusted on doctors' characteristics: age, region; and on patients' characteristics: age, level of education, sport's practice, body mass index, length of relationship with the doctor

** Point estimates significant at $p < 0.05$

Review



Patient and Provider Perspectives

Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status?

Anne-Cécile Schieber^{a,b,c,*}, Michelle Kelly-Irving^{a,b}, Cyrille Delpierre^{a,b}, Benoît Lepage^{a,b,c}, Amel Bensafi^{a,b}, Anissa Afrite^d, Jean Pascal^{c,e}, Chantal Cases^f, Pierre Lombrail^{g,h}, Thierry Lang^{a,b,c}, for the INTERMEDE Group

^aINSERM UMR 1027, Toulouse, F-31300, France

^bUniversité Toulouse III, UMR1027, Toulouse, F-31300, France

^cCHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300, France

^dIRDES, 75018 Paris, France

^eCHU Toulouse, Département d'Information Médicale, F-31300, France

^fINED, 75980 Paris, France

^gUPRES EA3412, Université Paris 13, 93017 Bobigny, France

^hAP-HP Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny, France

ARTICLE INFO

Article history:

Received 25 May 2012

Received in revised form 11 October 2012

Accepted 11 November 2012

Keywords:

Primary care

Health inequalities

Patient/physician interaction

Self-rated health

Perceived social distance

ABSTRACT

Objective: To ascertain whether disagreement between patients and general practitioners (GP) on the patient's health status varies according to their respective perceived social distance (PSD).

Methods: The analysis used the Intermede project's quantitative data collected from 585 patients and 27 doctors via mirrored questionnaires. GPs and patients ranked their own perceived social position (PSP) in society, and their patients' and their GP respectively. PSD was calculated as the PSP's subtraction from the patients' and GPs' assessments.

Results: Disagreement between GPs and patients regarding the patient's health status was associated with PSD by the GP whereas it was not associated with PSD by the patient. In the multilevel analysis, disagreement whereby GPs overestimate patient's health status increased within PSD by the GP: OR:2.9 (95%CI = 1.0–8.6, $p = 0.055$) for low PSD, OR:3.4 (95%CI = 1.1–10.2, $p < 0.05$) for moderate PSD and OR:3.8 (95%CI = 1.1–13.1, $p < 0.05$) for high PSD (reference: no distance).

Conclusions: Patients perceived with a lower social position by their GP and who consider themselves to have poor health are less likely to be identified in the primary care system.

Practice implications: Physicians need to be conscious that their own perception influences the quality of the interaction with their patients, potentially resulting in unequal health care trajectories.

© 2012 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Despite a broad access to primary health care which should be equal across social categories, quality of care and trajectories within the health system are unequally distributed across social groups [1,2]. For example, more treatments and more investigations were recorded before an acute coronary event and hospital admission for patients with a higher education level, suggesting an ambulatory care and follow-up differentiated within the patient's social class [3]. Indeed, as gatekeepers, general practitioners (GPs) provide direction

to patients within the health care system. With a pivotal role in terms of diagnosis, treatment, as well as in giving health promotion advice, the GP is "primarily responsible for the provision of comprehensive, coordinated and continued care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness" [4]. Studies have shown that the nature and quality of the relationship between patients and their GP affect communication, medical advice, satisfaction, compliance, diagnosis and overall health outcomes [5,6]. In this study, the focus is on the interaction between GPs and their patients, which is a holistic concept consisting of their communication (exchange of information), the manner in which they communicate and listen, their shared history and many other elements. Indeed, if diagnostic or therapeutic decisions depend partly on the physician's own history and practice, regardless of the patient under their care, they will also depend on the richness of the discussions and interactions with the patient and participation of

* Corresponding author at: Faculté de Médecine 37, Allées Jules Guesde 31073 Toulouse France. Tel.: +33 5 61 14 59 56; mobile: +33 6 07 89 90 74; fax: +33 5 62 46 42 40.

E-mail address: annececile.schieber@gmail.com (A.-C. Schieber).

patient in the decision-making processes; the quality of information exchanged during the consultation and their understanding may represent an important dimension of this interaction [7,8]. Better communication (e.g. more question asking by the physician and by the patient, more information giving, shared decision making, more affective behaviour, etc.) seems, therefore, to have a positive influence on the interaction between a doctor and their patients [9,10] and represents an important determinant of accessibility in health care [5].

GPs seem to communicate and treat their patients differently according to social characteristics such as social position and ethnicity. Less information on diagnosis and treatment is given to patients with a lower social position and the doctor carries out consultations in a more directive manner with less partnership building [5]. Less time is spent on addressing patient's questions, assessing their health knowledge and counselling, and fewer screening tests are provided to them [11,12]. Furthermore, while in recent years there has been a shift towards a patient-centred relationship increasingly based on negotiation and cooperation [13,14], patients with a lower level of education are significantly less involved in treatment decisions, less often given a sense of control over treatment decisions and less often asked to take responsibility for care than patients with post-graduate college education [15].

Patients' and GPs' perceptions on the content of the consultation also differed according to patients' social class [16]. In fact, patient–GP agreement on health problems, treatments and the content of the consultation has been associated with positive health outcomes and compliance. Patient–GP agreement has been described as a “practical, useful and relevant indicator of the adequacy and effectiveness of information sharing among patients and doctors” [17–20]. Kelly-Irving et al. showed that compared to patients with the highest education level, patients with a low educational level were over three times more likely (and patients with medium educational level were twice as likely) to disagree with their GPs, patients evaluating their health as being worse than the GP's evaluation [21]. Knowing that self-rated health is a strong indicator of morbidity and mortality [22,23], the poor identification of people with a low education level who consider themselves in poor health by the primary care system could potentially result in lack of advice and treatment for these patients and ultimately the maintenance of social inequalities in health. Agreement/disagreement between patients and GPs on patients' health status may therefore be pivotal to the decisions made for the patient's well being and constitutes a key element in determining the patient's healthcare trajectory subsequent to the visit.

Further analyses are needed to explore the mechanisms underlying agreement/disagreement on patients' health status. Our hypothesis is that mutual comprehension between patients and doctors is improved by a sense of social proximity based on factors like gender, age, socioeconomic status (SES), similar backgrounds, geography, shared socio-demographic identities or values, and shared expectations of health. Conversely a social distance perceived by the patient or by the physician might affect their interaction and increase misunderstandings.

The objective of this analysis was to ascertain whether disagreement between patients and GPs on the patient's health status varies according to their respective perceived social distance (PSD).

2. Methods

2.1. Study population and setting

Intermede is a cross-sectional multicentre study aiming at specifying the nature of patient–GP interaction and its impact on

health inequalities [24]. The design had two main phases conducted in three regions of France (Pays de la Loire, Ile de France, and Midi-Pyrénées); each phase had its own sample of GPs and patients. The qualitative phase was an ethnographic observational design followed by semi-structured interviews conducted post consultation with patients and physicians separately. The quantitative phase, used for the current analyses, was carried out at the GP's office over a two-week period between September and October 2007. Data were collected via structured survey questionnaires completed by patients and their GPs, notably using ‘mirrored’ questionnaires whereby patients and their GPs were asked the same questions respectively and independently, immediately after the consultation. They were asked about the content of the consultation, the actions undertaken, the information and advice given and more detailed questions about the patient's health status and the perceived social position (PSP) for themselves and their counterpart. The consent forms outlined that the general theme of the study was about patient–physician interaction. All data were rendered anonymous and the study received ethical approval from the French Data Protection Authority [25].

The sample consisted of 27 GPs who agreed to participate in the study via GP networks. The patients were recruited over a two-day period in their GPs' waiting room where research assistants gave each visitor a preliminary questionnaire to complete. In total 1035 patients were approached, and among these 710 (69%) fulfilled the eligibility criteria for inclusion (being aged over 18 years; not visiting the GP in an emergency; not being a first time patient; not being pregnant or having given birth in the last six months, giving informed consent to participate in the whole study). By the end of the data collection period, 125 individuals had either refused to participate ($n = 103$) or abandoned the study ($n = 22$). The final overall sample for the quantitative phase is therefore 585 patients, which represents 82% of the sample of eligible patients, and consisted then in 585 pairs of patient–GP.

2.2. Measures

2.2.1. Patients' health status

Patients' health status was determined based on the questions: “How would you describe your general health?” (patient's assessment) and “How would you describe your patient's general health?” (GP's assessment). A three-category variable was then created grouping health status assessment into: Very good/good, average, and poor/very poor. We refer to this measure as perceived health status because it refers to each actor's perception of the patient's health status. Agreement/disagreement between GPs and patients on perceived health status was explored further using a variable highlighting the differences between the GP's perceived health status variable and the patient's perceived health status variable. One was subtracted from the other and recoded to create a variable in three categories: agreement, disagreement where patients overestimate their health status comparing to the GP's evaluation, disagreement where GPs overestimate patients' health status comparing to the patient's evaluation.

2.2.2. Perceived social position

PSP has been recently defined as “a composite measure of SES”, including aspects such as education, occupation, and income [26] and more recently, wealth measures, life satisfaction measures, and measures of psychological functioning. It has been described as a good predictor of health including poor self-rated health [27], higher mortality [28], cardiovascular risk, diabetes [29], respiratory illness [27], depression psychological distress [29,30], and reduced grey matter in the anterior cingulate cortex, “which indicates physiological reactivity to psychosocial stress” [31]. It

has been used in a number of studies with various populations and details of the validation of this instrument can be found elsewhere [27].

PSP was measured with a self-rated scale in the form of a 10-rung ladder [27,32,33]. Patients and GPs were given the drawing of a ladder with the following instructions: “People’s standard of living varies in society. Please rank yourself on this ladder which ranges from those with the lowest standard of living to those with the highest by placing a large ‘X’ on a rung of the ladder.” The extracted variable was structured so that higher scores indicated better perceived social position. The GPs ranked their own PSP relative to others in society, as well as their patients’. Patients also ranked their own PSP and that of their GP.

2.2.3. Perceived social distance

PSD was calculated as the PSP’s subtraction from the patients’ and GPs’ respective responses leading for each pair of patient–doctor to a PSD as perceived by the patient and a PSD perceived by the GP. A three variable category was then created to describe the PSD as perceived by the two actors:

- *No distance perceived*: subtraction equal to 0;
- GP’s social position perceived as higher than the patient’s social position: subtraction $\geq +1$;
- GP’s social position perceived as lower than the patient’s social position: subtraction ≤ -1 .

2.3. Statistical analyses

2.3.1. Step 1

We described the calculated PSD according to the patient’s and the GP’s perspective within the three variable categories (No distance perceived; GP’s social position perceived as higher than the patient’s social position; GP’s social position perceived as lower than the patient’s social position).

Then, concordance between patients and GPs on PSD’s assessment was examined for each pair using the kappa statistic (unweighted) [34].

2.3.2. Step 2

Agreement/disagreement between patients and GPs on (perceived) patients’ health status was analysed in terms of PSD as (a) perceived by the patient and (b) as perceived by the GP respectively by using the Chi square test and Fischer’s exact test.

2.3.3. Step 3

In a last step, we explored the association between the degree of distance perceived by the GP and the disagreement where *patients stated that their health is worse compared to the GP’s evaluation* (versus agreement between patients and GPs on patient’s health status). The “GP perceived themselves with a higher social position than their patients” category ($n = 441$) has then been divided into three groups according to the degree of distance perceived by the GP:

- *No distance*: subtraction equal to 0 ($n = 62$)
- *Low distance*: subtraction equal to +1 or +2 ($n = 199$)
- *Medium distance*: subtraction equal to +3 or +4 ($n = 184$)
- *High distance*: subtraction equal to +5; +6 or +7 ($n = 58$)

The GP perceived themselves with a lower social position than their patients category has been dropped due small numbers ($n = 12$).

Multivariate logistic regressions were carried out in order to control for potential confounders. The following variables were included in the multivariate analyses as they were associated with

the 4-category degree of PSD variable on the one hand and the disagreement where GPs “overestimate” the patient’s health status on the other hand: patient’s age and sex, patient’s educational level (advanced level or above/up to a general certificate secondary education/no qualification), patient-reported a chronic disease (yes/no) and frequency with which patients consult their GP (<every three months, once every three months, at least once a month) in order to control for the potential impact of very frequent visits on the relationship between the two actors. The GP-level variables entered were: the GP’s sex, the GP’s age, the region of practice and the fees (standardised French national health service fee; physician variable fee). The doctor-level effect was accounted for by using multilevel modelling taking into account the hierarchical structure of the data. Thus controlling for both a doctor-level effect and individual variables on individual-level outcomes while controlling for the nonindependence of observations within groups [35].

All analyses were performed in Stata S.E.11.0 for windows.

3. Results

3.1. Patients and doctors characteristics

Demographic characteristics are described in Table 1.

3.2. Perceived social distance assessment

GPs ranked themselves as having a higher social position than their patients more frequently based on their own assessment (86.2%) than when ranked by their patients (75.6%) ($p = 0.001$)

Table 1
Patient and doctor characteristics.

Patients	Men % (n)	Women % (n)	p
Sex	38.8 (227)	61.2 (358)	
Age groups (years)			0.043
18–34	24.8 (56)	22.9 (82)	
35–49	22.6 (51)	31.0 (111)	
50–64	34.5 (78)	25.4 (91)	
65+	18.1 (41)	20.7 (74)	
Educational level			0.080
Advanced level and plus	43.0 (92)	47.6 (165)	
Up to general certificate secondary education	39.3 (84)	30.3 (105)	
No qualification	17.8 (38)	22.2 (77)	
Perceived health			0.086
Very good/good	67.3 (152)	59.7 (213)	
Average	25.2 (57)	33.9 (121)	
Very poor/poor	7.5 (17)	6.4 (23)	
Chronic disease			0.141
Yes	47.1 (105)	53.4 (190)	
No	52.9 (118)	46.6 (166)	
Frequency of consultations			0.285
<Every three months	46.7 (106)	40.1 (143)	
Once every three months	34.4 (78)	38.4 (137)	
At least once a month	18.9 (43)	21.6 (77)	
General practitioners	n	n	p
Sex	17	10	
Age groups (years)			1.000
35–44	2	1	
45–54	7	5	
55–61	8	4	
Fees			0.516
Standardised French National Health Service fee	15	10	
Physician variable fee	2	0	
Region			0.056
Pays de la Loire	3	5	
Ile de France	5	4	
Midi-Pyrénées	9	1	

Table 2
Perceived social distance by the patient and by the general practitioner.

Perceived social distance % (n)	By the patient	By the general practitioner
No distance perceived	21.3 (110)	11.5 (67)
Doctor's social position perceived as higher than the patient's social position	75.6 (390)	86.2 (504)
Doctor's social position perceived as lower than the patient's social position	3.1 (16)	2.4 (14)
Total	100.0 (516)	100.0 (585)

$p = 0.001$.

(Table 2). Conversely the absence of distance between the two actors was more often reported by the patient (21.3%) than the GP (11.5%). Patients were rarely perceived as having a higher social position compared to their GP (3.1% according to the patient's evaluation and 2.4% according to the GP's assessment). However, 69 patients did not evaluate their GP's PSP; the non-response rate was higher for female patients and patients with a poorer perceived health status ($p < 0.05$).

When we analysed the agreement between patients and doctors on PSD's assessment by using kappa statistic in more detail, we observed a very poor concordance (kappa 0.11; $p = 0.001$) (Table 3). Among the 110 patients who perceived no distance with their GP, 77.3% were perceived as having a lower social position from their GP's perspective. Among the 16 patients who perceived themselves as having a higher social position compared to their GP, 68.8% were ranked as having a lower social position by their GP.

Table 3
Concordance between patients and general practitioners on perceived social distance.

Perceived social distance % (n) By the patient	By the general practitioner			Total % (n)
	No distance perceived	Doctor's social position perceived as higher than the patient's social position	Doctor's social position perceived as lower than the patient's social position	
No distance perceived	17.3 (19)	77.3 (85)	5.5 (6)	100.0 (110)
Doctor's social position perceived as higher than the patient's social position	9.0 (35)	89.5 (349)	1.5 (6)	100.0 (390)
Doctor's social position perceived as lower than the patient's social position	31.3 (5)	68.8 (11)	0.0 (0)	100.0 (16)
Total (n)	59	445	12	516
Agreement on perceived social distance	Kappa = 0.11			$p = 0.001$

Table 4
Agreement/disagreement on patient's health status and perceived social distance by the patient and by the general practitioner: bivariate analysis.

Perceived social distance by the patient (N = 514)	No distance perceived % (n)	Doctor's social position perceived as higher than the patient's social position % (n)	Doctor's social position perceived as lower than the patient's social position % (n)	p
Agreement	75.5 (83)	68.8 (267)	87.5 (14)	0.226
Patient evaluates their health as being worse than the doctor's evaluation	12.7 (14)	20.4 (79)	12.5 (2)	0.154
Doctor evaluates patient's health as being worse than the patient's evaluation	11.8 (13)	10.8 (42)	0.0 (0)	0.417
Perceived social distance by the general practitioner (N = 581)	No distance perceived % (n)	Doctor's social position perceived as higher than the patient's social position % (n)	Doctor's social position perceived as lower than the patient's social position % (n)	p
Agreement	85.1 (57)	67.0 (335)	71.4 (10)	0.026
Patient evaluates their health as being worse than the doctor's evaluation	7.5 (5)	21.2 (106)	14.3 (2)	0.007
Doctor evaluates patient's health as being worse than the patient's evaluation	7.5 (5)	11.8 (59)	14.3 (2)	0.281

3.3. Agreement/disagreement on perceived health status and perceived social distance by the patient and by the general practitioner

No statistical association was found when the agreement/disagreement between GPs and patients regarding the patient's health status was explored through the social distance perceived by the patient ($p = 0.226$) (Table 4).

Agreement/disagreement between GPs and patients regarding the patient's health status was strongly associated with social distance as perceived by the GP ($p = 0.026$): a better agreement was observed when no distance was perceived (85.1%) than when the GP perceived themselves with a higher social position than their patients (67.0%), or when GPs perceived their patients with a higher social position than themselves (71.4%) (Table 4).

When the type of disagreement was specified, a statistical association was found when patients evaluated their health as being worse than the GPs evaluation and when GPs perceived themselves as having a higher social position than their patients: 21.2% of the patients ranked with a lower PSP by their doctor stated that their health was worse relative to their GP's evaluation, versus 7.5% when no distance was perceived (0.007). This significant association (framed in Table 4) was then analysed more carefully in a last step.

3.4. Disagreement whereby patients rated their health as being worse than their GP's evaluation and degree of social distance perceived by the general practitioner

The more the GP perceived a distance the greater was the disagreement (Fig. 1) ($p = 0.010$). In the multilevel multivariate

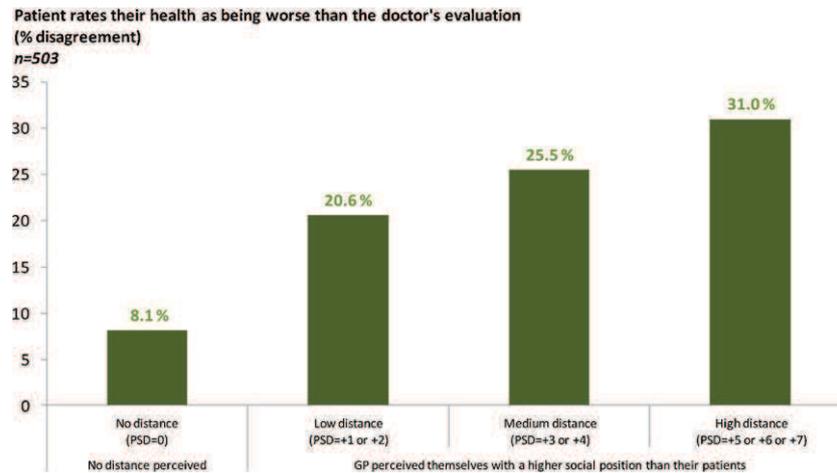


Fig. 1. Perceived social distance by the general practitioner and disagreement where the patient thinks their health is worse compared to the doctor's rating (versus agreement): bivariate analysis.

analysis, an association was observed between the disagreement and the degree of PSD as perceived by the GP (Table 5). For a low PSD there was 2.9 times the odds of a disagreement between GPs and patients on the patient's health status (95%CI = 1.0–8.6, $p = 0.055$), this increased to 3.4 (95%CI = 1.1–10.2, $p = 0.031$) medium PSD and 3.8 (95%CI = 1.1–13.1, $p = 0.035$) for a high PSD. No significant doctor-level effect was observed.

Table 5

Perceived social distance by the general practitioner and disagreement where the patient thinks their health is worse compared to the doctor's rating (versus agreement): multivariate multilevel logistic regression.

Patient rates their health as being worse than the doctor's evaluation N = 480	OR	95% CI	p-Value
Perceived social distance by the general practitioner			
No distance	1.0		
Low distance	2.9	1.0–8.6	0.055
Medium distance	3.4	1.1–10.2	0.031
High distance	3.8	1.1–13.1	0.035
Doctor level variables^a			
Doctor sex			
Male	1.0		
Female	0.6	0.3–1.1	0.125
Fees			
Standardised French National Health Service fee	1.0		
Physician variable fee	0.3	0.1–1.0	0.054
Region			
Pays de la Loire	1.0		
Ile de France	1.0	0.5–1.9	0.926
Midi-Pyrénées	0.5	0.2–1.0	0.053
Patient level variables^a			
Patient sex			
Male	1.0		
Female	1.6	0.9–2.7	0.082
Educational level			
Advanced level and plus	1.0		
Up to general certificate secondary education	0.9	0.5–1.6	0.741
No qualification	1.9	1.0–3.7	0.052
Chronic disease			
No	1.0		
Yes	2.5	1.4–4.3	0.002
Frequency of consultation			
<Every three months	1.0		
Once every three months	1.9	1.0–3.6	0.049
At least once a month	1.8	0.9–3.7	0.096

^a Adjustment on patients' and doctors' age ns.

4. Discussion and conclusions

4.1. Discussion

Our results show that PSD by the doctor does appear to play a significant part in agreement/disagreement whereas it was not related to the PSD by the patient. The more the GP perceived a distance between himself/herself and his/her patient, the more the GP tended to evaluate the patient's health positively relative to the patient's own evaluation, even after control for confounders including patient's educational level. Conversely, the two actors were more likely to agree when no distance was perceived by the doctor. These results suggest that the GP's own perception of a social distance with patients may lead to greater misunderstanding during a consultation and misestimation of their health. GPs may therefore unwittingly contribute to maintaining or even worsening social inequalities in health by not offering the advice, treatment or follow-up care necessary to patients whose health may be possibly worse than the GP thinks.

The main design limitation of this study is with regards to the selection of participants, meaning that the sample is unlikely to be representative of French doctors or patients. Doctors agreed to participate after being contacted via primary care networks and patients were selected on the day in the doctor's waiting room. The selection process and its potential limitations are discussed in depth elsewhere, but would suggest a potential underestimate of any effects [24]. Our position was that neither the patient nor the doctor is 'correct' nor 'incorrect' with regard to the patient's health status rating. In fact, we consider that each actor has a different and valid perspective of the patient's health status, given his or her respective role during a consultation.

In our previous work on the Intermede project's quantitative data, we found that patients with a low educational level and medium educational level were respectively at higher risk of being overestimated by GP's with regards to self-reported health even after controlling for confounders [21]. The current analysis shows a strong association between social distance perceived by the GP and the GP's overestimation of the patient's health status even after introducing the patient's educational level into the model, although the "no diploma" category seemed to explain a part of the highest distance perceived by the GP. Other "objective indicators" of patient SES were available in the study, such as occupation and health insurance, and they did not play a significant role when they were entered into the model. These results suggest that PSD by the GP plays a major role, even more so

than the patient's "objective" educational level did in disagreement regarding the patient's health status during the consultation. Indeed, PSP has been described as "a better measure of SES at the individual level than any single indicator of SES", as it showed a stronger relationship than did objective status [27,30,33,36]. Firstly because, PSP describes a person's social position "relative" to the other actor within a social hierarchy [30,37] and secondly its subjective nature might have "a multidimensional quality similar to that of self-rated health" [30,38] which reflect an individual's socioeconomic, educational, and economic position over time more accurately and more fully than objective measures of social class [27,30].

To the best of our knowledge, the patient's PSP from the doctor perspective has never been explored and yet the patient's social position as perceived by the GP may reflect in the same way a better synthesis of his/her patient's SES from the GP's own perception; especially given that certain number of consultations occur where GPs are unaware of the patient's social environment [39]. Each actor was not asked to rate themselves in relation to their counterpart on the ladder, but rather to rate themselves within society, and their counterpart within society. The social distance variable was then constructed based on the GP's or the patient's assessment of their own position in society versus how they perceived their counterpart in society. PSD is therefore based on two multidimensional assessments of PSP and on each pair's position relative to each other in a hierarchical society. We can therefore hypothesise that the social gap perceived by each actor may be based on factors like gender, age, SES, geography, and might be influenced by personal values, expectations and beliefs and also the degree to which physicians are patient-centred in their communication.

Street and O'Malley and colleagues note the importance of a shared identity between patients and physicians facilitating more positive health care interactions [40,41]. Indeed the physician-patient relationship might be strengthened when physicians see themselves as similar to their patients in terms of personal and health beliefs, values, and communication, and give higher ratings of trust, satisfaction, intention to adhere, utilisation of services, and involvement in decision making. A sense of social proximity, whether patients and doctors have shared socio-demographic identities or values, and whether they share expectations about health may be key to determining concordance on the patient's health status.

Our results suggest that the doctor's own perception might play a more significant role on the quality of the relationship established with his/her patient compared to patient's own perception. Indeed, in an "every-day" practice, the way in which a physician sees a patient (for example, intelligent, compliant) affects how they treat them during the consultation and even the most well-meaning and egalitarian physicians may have stereotypes or biases based on a patient's demographic status [42,43]. Beach et al. show that physicians provide more information, express more empathy, and show more positive affect towards patients they respected and viewed favourably [40,44,45]. But the patients' communication and actions also exert a considerable influence on the doctor's behaviour and style of communication [40]. Indeed, physicians displayed more patient-centred communication and had a more favourable perception of patients who expressed positive affect, who were more involved, asked more questions, made requests, gave opinions and who were less contentious, in part because they may have a better understanding of the patient's needs and concerns and in part because of "conversational norms" [46]. Yet patients' communicative behaviour is directly influenced by their socio-demographic characteristics, such as educational level, age and sex: patients with a highest level of education communicate more actively, ask more

questions and give more easily their opinion, eliciting in response more information from their physician [5,47]. Reciprocity and mutual influence have a strong effect on these interactions in that more positive (or negative) communication from one participant leads to similar responses from the other and patients from a lower social class and doctors often find themselves in a "vicious circle" [41].

This could explain in part our results where the disagreement is associated only with the distance perceived by the GP and more specifically observed with GPs overestimating the patient's health. Assessment depends on 'objective' signs like clinical or biological indicators but also on questioning and understanding the patient, particularly about his/her health status. Then GPs might have less subjective information due to an interaction of lesser quality with patients they perceived from a lower social position; and not having the same quality of information could have repercussions on diagnosis, treatment and follow up decision making [48]. GPs could also have incorporated socio-economic health disparities into their every-day interactions with patients, and therefore expect lower standards of health for patients with a lower education level, giving less attention to subjective symptoms. Ariss et al. show that although discussion is particularly avoided by both patient and doctor on issues like interpreting patients' problems and describing patients' problems from a medical perspective, it is the GP who maintains an "illusion of shared understanding" and who takes "a more active role in determining the trajectory of the interaction particularly through abrupt topic changes" [49]. These findings highlight the doctor's pivotal role in asymmetrical relationships with patients in general practice. These results are even more serious when one considers that patients with a low education level who have health problems have lower expectations of their health [50,51]. Indeed, when health problems occur, people with a higher social position are more likely to report poor self-rated health compared to those with a lower social position. One hypothesis for this is that expectations about health increase by level of education, meaning that people with a higher education level also have higher expectations of their health. Conversely, those with a lower education level do not have such high expectations of their health and are therefore less likely to report having poor health when health problems such as chronic pain or functional limitations occur [21]. Knowing that self-rated health is a strong indicator of morbidity and mortality [22,23], such patients may therefore be subjected to a double burden making them more vulnerable to unequal treatment and follow-up within the health system.

4.2. Conclusions

Agreement between patients and GPs on patient's health status is improved when no distance is perceived by the GP and conversely the likelihood of misunderstanding increases when a social distance is perceived by the doctor. Patients with low SES are "doubly disadvantaged", because they tend to undervalue their health relative to their higher SES counterparts [51] and furthermore, their health may be overestimated by their GP relative on their own evaluation. This could potentially result in lack of advice, treatment and follow-up for these patients and ultimately the maintenance of health inequalities.

4.3. Practice implications

GPs should consider patients' self-rated health status given its relationship with increased risk of morbidity and mortality. Patients who say that their health is poor should be seen as a target population for prevention, screening and follow-up by GPs

in order to counter some of the potential harm from having poor self-rated health.

Physicians need, above all, to be conscious that their own perception about their patients and the social distance they perceived between their patients and themselves have a central influence on the quality of the interaction and agreement with their patients. Training medical students and doctors on delivering information, showing respect, supporting patient involvement, gaining social and cultural competences and supporting self-reflection and self-awareness could help them to provide higher quality of care to each patient, irrespective of their socioeconomic status. Addressing differences in the physicians' communicative behaviour within the socio-economic status of the patient should be a new focus in tackling socio-economic inequalities in health.

Conflicts of interest

No potential conflicts of interest relevant to this article were reported.

Role of the funding source

The INTERMEDE study was funded by the Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) in 2005, 2008, 2011 and by a grant for young scientists from the University Hospital of Toulouse.

Acknowledgements

We would like to thank all the 27 GPs and 585 patients who generously agreed to participate in the different phases of the project. We would also like to thank the members of the fieldwork team who collected data on behalf of the study.

References

- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;359: E14–E14.
- De Gaudemaris R, Lang T, Chatellier G, Larabi L, Lauwers-Cances V, Maitre A, et al. Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care – the IHPAF study. *Hypertension* 2002;39:1119–25.
- Lang T, Ducimetiere P, Arveiler D, Amouyel P, Ferrieres J, Ruidavets JB, et al. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality?. Results from the French WHO-MONICA project in men aged 30–64. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:665–71.
- WONCA World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. The European definition of general practice/family medicine. In: Editions; 2011.
- Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socioeconomic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005;56:139–46.
- Adams R, Price K, Tucker G, Nguyen AM, Wilson D. The doctor and the patient – how is a clinical encounter perceived? *Patient Educ Couns* 2012;86:127–33.
- Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003;139:907–15.
- Gordon H, Street RL, Kelly PA, Soucek J, Wray NP. Physician–patient communication following invasive procedures: an analysis of post-angiogram consultations. *Soc Sci Med* 2005;61:1015–25.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of patient–physician interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:110–27.
- Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes – a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:1423–33.
- Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J Natl Med Assoc* 2002;94:157–65.
- Bao YH, Fox SA, Escarce JJ. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: “between-” versus “within-” physician differences. *Health Serv Res* 2007;42:950–70.
- Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Brit J Gen Pract* 1999;49:711–6.
- Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001;50:1057–62.
- Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor–patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006;7:62.
- Martin E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. Why patients consult and what happen when they do? *Brit Med J* 1991;303:289–92.
- Liaw ST, Young D, Farish S. Improving patient–doctor concordance: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 1996;13:427–31.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, Dlugoff BC. The influence of patient–practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981;71:127–31.
- Punamaki RL, Kokko SJ. Content and predictors of consultation experiences among Finnish primary-care patients. *Soc Sci Med* 1995;40:231–43.
- Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation?. The INTERMEDE study. *Brit J Gen Pract* 2011;61: 178–82.
- Kelly-Irving M, Delpierre D, Schieber AC, Lepage B, Rolland C, Afrite A, et al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med* 2011;73:1416–21.
- Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health – a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72:800–8.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med* 2006;21:267–75.
- Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, et al. Patient–physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:8.
- CNIL: La mise en œuvre, à titre expérimental, d'une étude ayant pour objet la relation patient-malade et son incidence sur la construction des inégalités sociales de santé. Vol. no. 1228223. Paris; 11 septembre 2007.
- Webster M, Driskell JE. Status generalization – a review and some new data. *Am Sociol Rev* 1978;43:220–36.
- Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;56:1321–33.
- Kopp M, Skrabski A, Rethelyi J, Kawachi I, Adler NE. Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behav Med* 2004;30:65–70.
- Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med* 2008;67:330–40.
- Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med* 2005;67:855–61.
- Gianaros PJ, Horenstein JA, Cohen S, Matthews KA, Brown SM, Flory JD, et al. Perigenual anterior cingulate morphology covaries with perceived social standing. *Soc Cog Affect Neurosci* 2007;2:161–73.
- Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.
- Adler N, Epel E, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychol* 2000;19:586–92.
- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37–46.
- Goldstein H. Multilevel statistical models. London: Edward Arnold; 1995.
- Ostrove JM, Adler NE, Kuppermann M, Washington AE. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol* 2000;19:613–8.
- Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *Brit Med J* 1992; 304:165–8.
- Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000;51:1019–30.
- Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health* 2005;15:441.
- Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 2007;65:586–98.
- Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient–physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008;6:198–205.
- Van Ryn M, Burgess D, Malat J, Griffin J. Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *Am J Public Health* 2006;96:351–7.
- Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ* 2003;22:89–116.
- Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns* 2006;62:347–54.
- Cegala DJ, Post DM. The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Educ Couns* 2009;77:202–8.
- Street RL. Active patients as powerful communicators. In: Robinson WP, Giles H, editors. The new handbook of language and social psychology. New York: Wiley; 2001. p. 541–60.

- [47] Ishikawa H, Yano E. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Educ Couns* 2011;84:393–7.
- [48] Balsa AI, McGuire TG. Statistical discrimination in health care. *J Health Econ* 2001;20:881–907.
- [49] Ariss SM. Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: limitations and opportunities for patient participation. *Soc Sci Med* 2009;69:908–19.
- [50] Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Impact of social position on the effect of cardiovascular risk factors on self-rated health. *Am J Public Health* 2009;99:1278–84.
- [51] Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? *J Epidemiol Community Health* 2009;63:426–32.

Journal of Mixed Methods Research

Integrating Multidisciplinary Results to Produce New Knowledge about the Physician-Patient Relationship. A Methodology Applied to the INTERMEDE Project.

Journal:	<i>Journal of Mixed Methods Research</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Empirical Research
Manuscript Keywords:	Interdisciplinary, Mixed methods research, Participatory method, Physician-patient interaction, Social inequalities in health

SCHOLARONE™
Manuscripts

Review

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

**Integrating Multidisciplinary Results to Produce New Knowledge about the
Physician-Patient Relationship.
A Methodology Applied to the INTERMEDE Project.**

8 405 words

For Peer Review

Abstract

The INTERMEDE Project brought together a number of research teams to study the interaction between a patient and their general practitioner, and how this can produce social inequalities in health. The ultimate objective of the project was to formalize a core of common findings by integrating qualitative and quantitative results. The methodology chosen for the integration was inspired by the Delphi participatory method. It involves several rounds of questions and feedback in writing between all members of project teams, in order to compare contradictory opinions and identify key concepts arising from the project. This interdisciplinary research has provided a more nuanced understanding of the mechanisms underlying physician-patient interaction by revealing the convergences of the various disciplinary approaches.

120 words

Keywords

Interdisciplinary

Mixed methods research

Participatory method

Physician-patient interaction

Social inequalities in health

Context

Despite the fact that primary care is widely available to the whole population and is generally consistent across social classes, social inequalities in health (SIH) are nevertheless observed in disease treatment and follow-up in France. Studies have shown that the quality of cardiovascular risk factor management varies according to the patient's social context. A study carried out in hypertensive patients, for example, shows that the quality of therapeutic control on antihypertensive medication was less than 30% in skilled workers, but exceeded 40% in upper executives (De Gaudemaris et al., 2002). Even where there are no disparities in the diagnosis or treatment of hypertension (HTN), when we look at the effectiveness of treatment and quality of care, a social gradient starts to emerge between the lowest and highest socioprofessional categories (Fourriaud et al., 1984; Lang et al., 1998). Inequalities of care appear even in the case of recommendations made on primary prevention; a study on communication relating to primary risk factors has shown that discussions on nutritional prevention and the benefits of physical exercise were more likely to take place with high-income patients than patients with a lower income (Taira, Safran, Seto, Rogers, & Tarlov, 1997). The organization of the primary care system, along with the general practitioner (GP) and the relationship they build with their patient at consultation and the communication that takes place between them, play a fundamental role in creating the discrepancies observed.

The quality of the relationship between a patient and their physician is a key factor in the quality of care provided and the effectiveness of the health system. It affects the resulting overall health of the patient, their therapeutic compliance, their satisfaction and confidence in their physician, and their path through the healthcare system (Kinnersley, Stott, Peters, & Harvey, 1999; Krupat, Bell, Kravitz, Thom, & Azari, 2001; Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & De Maeseneer, 2005). The impact of this relationship is likely to be particularly crucial in the treatment and follow-up care of chronic illnesses, as well as at the

1
2
3 prevention stage, which involves long-term health behaviors that form part of the patient's
4
5 lifestyle. Furthermore, in recent years, the interaction between patients and physicians has
6
7 increased impact on quality of care; the French health system has gradually evolved from a
8
9 paternalistic model to a patient-centered model, with patients wishing to be well-informed
10
11 about and increasingly in control of their health. Negotiation and cooperation between
12
13 physician and patient have therefore become important elements of the consultation
14
15 (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001). The physician's diagnostic or therapeutic
16
17 decisions, although partly based on their own experience and practice irrespective of the
18
19 patient they are treating, will also depend on the richness of their discussion and interaction
20
21 with the patient and the patient's participation in the decision-making process; the quality of
22
23 the information exchanged during consultation and how well this information is understood is
24
25 therefore a key element of this interaction (Cooper et al., 2003; Gordon, Street, B.F., &
26
27 Soucek, 2006; Gordon, Street, Kelly, Soucek, & Wray, 2005). At the prevention stage, care
28
29 mainly depends on what the patient is willing to reveal about their behaviors, such as their
30
31 diet and levels of exercise, and their symptoms, whether expressed in a formal way or not, and
32
33 on whether the physician, in turn, makes clear recommendations and an accurate assessment
34
35 of their patient's health behaviors.
36
37
38
39
40

41
42 Nevertheless, the following factors deserve exploration: the exact content of a general
43
44 practice consultation, its role in preventive care, the complex relationships that develop
45
46 between patients and physicians, and the impact that the patient's social context has on this
47
48 consultation.
49
50

51
52 The overall objective of INTERMEDE, an interdisciplinary project, is to explore the
53
54 role of the health system, and more specifically the relationship between a GP and their
55
56 patient, in the production of SIH. The project is based on the hypothesis that physician-patient
57
58 interaction influences the quality and equity of preventive care provided in general practice.
59
60

1
2
3 Better understanding of the underlying mechanisms of this encounter would enable us to
4
5 identify actions to be taken in an outpatient context to ensure both high-quality preventive
6
7 care and equality of care to all patients. The complexity of the physician-patient interaction
8
9 and its implications on healthcare system required an interdisciplinary methodology based on
10
11 "mirrored" questioning of both physician and patient about their experience of the encounter,
12
13 after the consultation. For this reason, the INTERMEDE project involved a number of
14
15 different research teams from various disciplines (epidemiology, sociology, economics,
16
17 textometry, and linguistics), who have collaborated throughout two sequential qualitative and
18
19 quantitative phases.
20
21

22
23 The purpose of this interdisciplinary collaboration was threefold. Firstly, each of the
24
25 disciplinary teams involved intended to publish work within their own specialist field.
26
27 Secondly, their respective approaches were intended to complement each other; the seminars
28
29 and various meetings enabled each team to share their hypotheses, discuss and develop their
30
31 findings, and enhance their own work with the results of other disciplinary teams. Each team
32
33 employed their own analytical framework to characterize physician-patient interaction and
34
35 then to explore the relationship between physician-patient interaction and the patient's social
36
37 context. Finally, after the first two objectives had been met and each disciplinary team was to
38
39 publish in their own field of research (Genolini, Roca, Rolland, & M., 2011; Kelly-Irving et
40
41 al., 2008; Kelly-Irving et al., 2011; Kelly-Irving et al., 2009; Membrado, 2014; Schieber et al.,
42
43 2012; Schieber et al., 2011; Tanguy, Fabre, Ho-Dac, & Rebeyrolle, 2011), the third key
44
45 challenge of the INTERMEDE project remained: to integrate the results produced by each
46
47 discipline in order to produce a core of knowledge and shared hypotheses that will be central
48
49 to the formulation of public health recommendations.
50
51
52
53
54

55
56 The integration of results produced by projects using mixed methods research (MMR)
57
58 remains a major challenge (Clarke, 2009a). The use of this type of research goes beyond the
59
60

1
2
3 "simple" collection of both qualitative and quantitative data, aiming to actually integrate,
4
5 relate or "mix" the data at various stages of a project (Yin, 2006). Much interdisciplinary
6
7 work, despite collaborating over a single body of data, often results in separate analyses
8
9 (Guével & Pommier, 2012; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). Yin identifies five
10
11 specific stages at which integration can be performed: formulation of the hypothesis, unit of
12
13 analysis, samples, study variables, and analytic strategies: "the more that a single study
14
15 integrates mixed methods across these five procedures, the more that mixed methods research,
16
17 as opposed to multiple studies, is taking place" (Yin, 2006). However, the integration of the
18
19 results produced by various disciplines is a key stage during which an understanding of MMR
20
21 methods is crucial (Creswell & Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition). The
22
23 development and publication of new tools is specific to each field of research, as is the case in
24
25 research on primary care and on SIH where MMR is still not widely used (Creswell, Fetters,
26
27 & Ivankova, 2004; Guével & Pommier, 2012; Stewart, Makwarimba, Barnfather, Letourneau,
28
29 & Neufeld, 2008).
30
31
32
33
34
35
36
37

38 Objectives

39
40 The primary objective of this study is to suggest forward a methodology for integrating results
41
42 in projects using mixed methods research into primary care and SIH, and to integrate the
43
44 results produced by the various disciplinary teams involved in the INTERMEDE project.
45
46

47
48 This consists of identifying the elements of patient-GP interaction that might
49
50 contribute to the occurrence of SIH within the consultation. The project then aims to make
51
52 suggestions for research on general practice that might produce valuable recommendations for
53
54 consultations.
55
56
57
58
59
60

Methods

Description of the INTERMEDE Project

The INTERMEDE project originated from three seminar where interdisciplinary exploration and discussion took place in 2005. It is based on a sequential exploratory design, in which each phase was conducted independently, on a different sample of patients and physicians (Figure 1) (Kelly-Irving et al., 2009):

- The objective of the first, qualitative phase was to test the feasibility of collecting sociological data at different times on the general practice consultation, to provide hypotheses to be tested in the quantitative phase, and to produce original results on the physician-patient interactions observed.
- A second, quantitative phase using a mirrored questionnaire tool was developed partly from the literature and partly from hypotheses generated during preparatory seminars. The objective of the quantitative phase was to analyze levels of physician-patient agreement on the content of the consultation and to find out whether discrepancies in their relative perspectives are related to the social distance between them. The results of the quantitative analyses have been used to suggest new paths for analysis.

The patient eligibility criteria for both phases were: being aged between 18 and 80 years old inclusive; being regularly followed by the observed physician and not being a first-time patient of that physician; not being pregnant or having given birth in the last six months; not consulting the physician in an emergency; and having given informed consent to take part in the whole study.

Qualitative Phase

The qualitative phase was conducted in the medical offices of 11 volunteer GPs, across three regions of France (Ile de France, Midi-Pyrénées, and Pays de la Loire), between March and September 2006.

The qualitative data were collected by means of *in situ* observation of consultations and semi-structured post-consultation interviews with patients and physicians separately. An interview was requested if the patient was overweight or if the subject of nutrition had been specifically raised during the consultation. The purpose of the interview was to find out more about the patient's life and health, and to discuss the consultation from the patient's perspective: expectations, information received, whether or not the patient agreed with the physician's advice, any compliance issues, and the degree of satisfaction or dissatisfaction with the consultation and, more generally, with any follow-up care. The interview with the physician was intended to record biographical information (age, year of doctoral qualification, year commenced practice, volume of consultations, etc.), and information on practices and professional values, as well as discussing how the consultation proceeded from their point of view. The interviews were conducted by two sociologists and an anthropologist.

In total, 249 consultations were observed, and 48 were followed-up with interviews with the patient and physician separately, all of which have been transcribed. Of the 48 patients selected for post-consultation interview, 27 were women, the median age was 60 years old, and 40 had a body mass index (BMI) ≥ 25 kg/m².

The first analyses of the body of data were conducted by two teams of sociologists from an interactionist and pragmatic perspective (Glaser & Strauss, 1967), who shared all their initial results and hypotheses on the project. Two teams joined the project and added their specialist analyses of the qualitative data. Given the crucial role of language and interaction in medical practice, the characteristics of the exchange between the physician and

1
2
3 patient were explored by a team of linguists using linguistics methods and from an applied
4
5 linguistics perspective. The verbal interactions during a medical consultation can also be
6
7 assessed using a lexicometric approach, and so the conversations, considered as textual data,
8
9 were statistically analyzed by a psychologist specializing in textometry (Marchand, 2007).
10

11
12 Each disciplinary team worked on the qualitative data, using their own methods and
13
14 analytical frameworks, both individually and in group sessions, in order to limit the effect of
15
16 subjectivity on the interpretation of the data. No specific data analysis design was established
17
18 *a priori* with the aim of allowing researchers to develop theories and design analysis when
19
20 they had worked on their data. However, certain common themes of analysis were identified.
21
22 Research focused on the elements of the patient's social context that might influence the
23
24 relationship between physicians and patients, and on how the consultation may be negotiated
25
26 between the two parties. Other dimensions were explored based on the literature, such as the
27
28 role of the "doctor" effect in physician-patient interaction, and the influence of perceived
29
30 shared identity on the quality of communication (Street, O'Malley, Cooper, & Haidet, 2008).
31
32
33
34

35
36 Additional analysis of the qualitative data was performed by the four teams on the
37
38 basis of a "common corpus" of 36 consultations that were recoded based on common
39
40 variables defined by the researchers (Figure 1). These variables resulted from the sociologists'
41
42 initial work and hypotheses, and their inclusion in the corpus enabled teams to conduct further
43
44 analysis by integrating the work of other researchers.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Quantitative Phase

The quantitative phase was conducted based on a cross-sectional study design, between September and October 2007, in the same three regions of France.

The data was collected via a series of questionnaires completed by physicians and their patients. An initial questionnaire given to all physicians and all patients explored, respectively, physician characteristics (practices and lifestyle) and patient characteristics (attitudes, beliefs and social context). A mirrored questionnaire given immediately post-consultation asked the physician and patient the same questions independently and from their respective perspectives. It explored the content of the consultation, the assessment of the patient's perceived health, and the explanations and advice given in relation to the management of cardiovascular risk factors.

The final sample consisted of 27 volunteer physicians recruited in the three regions and 585 patients eligible for the study, and therefore 585 patient-physician "pairs".

Analysis of the quantitative data was conducted by a team of epidemiologists. Their objective was to explore levels of agreement and disagreement between patients and physicians in relation to various aspects of the consultation, and to assess the impact of the patient's social context on any disagreement observed. Analysis of the physician-patient agreement in no way prejudged what was actually done or said during the consultation. No statements made during a consultation were taken as a reference, nor judged "correct" or "incorrect", taking into consideration that each party was conveying their own view of the consultation. Furthermore, the dimensions analyzed through the qualitative data were also examined in the quantitative phase. Particularly close attention was given to the effects of any cultural proximity perceived by either party on physician-patient interaction, and inversely those of any perceived social distance. Intra- and inter-physician variation in practice was another common thread running through the various analyses carried out. Statistical analyses

1
2
3 consisted primarily of multilevel, multivariate modeling taking the hierarchical structure of
4
5 the sample into account (Goldstein, 1995).
6
7
8
9

10 *Description of the Method Used for Integration of the Qualitative and* 11 12 *Quantitative Results* 13 14

15 In the case of sequential study designs, the integration of methods typically takes place at the
16 analysis stage of the qualitative phase, when researchers use the data to create a data
17 collection tool, or in the final phase when the results are discussed and brought together in a
18 complementary manner (Creswell et al., 2004). Therefore the design in itself could represent a
19 strategy for the integration of analyses. However, the objective of the INTERMEDE project
20 was to formalize a core of results shared by all the teams, produced by the various
21 perspectives of each discipline. This therefore involved developing an innovative
22 methodology for integrating results in mixed method research, which might prove useful for
23 research into primary care and SIH in particular, and for studies using a sequential design
24 with different samples (Creswell & Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition).
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 The method we developed for integrating our results was inspired by the participatory
39 method called the Delphi method (Dalkey & Helmer-Hirschberg, 1962), a dialog-based
40 process designed to offer the benefits of the sharing and exchange of opinions, with
41 individuals questioned able to find out the opinions of others (Slocum, 2006). The most
42 frequent objective of this type of method is to reach a consensus. In our process, the objective
43 was more to identify the key concepts arising from the project. Our intention was to be able to
44 obtain an overall core of conclusions and observations produced by the project that could be
45 used to formulate concrete recommendations for general practice and to generate hypotheses
46 for future work in primary care research.
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 This method consisted of several successive phases:
4
5

6 *Round One*
7

8
9 An initial interdisciplinary integration questionnaire was developed, and was completed by
10 everyone who had worked on the data in each of the five teams (n=12). This questionnaire
11 explored the research questions and the results produced by the work of each team, and their
12 agreement or disagreement was recorded as either "Yes/No/Don't know" for each result
13 obtained. A space for comments was provided for each section.
14
15
16
17
18
19
20
21
22

23 *Round Two*
24

25
26 The responses from the first questionnaire were analyzed based on a "rough" categorization of
27 convergent, divergent and autonomous/isolated ideas. This initial categorization of the results
28 was followed by the drafting of a summary document identifying a set of common
29 conclusions and hypotheses. This document was sent to the same members of each team
30 (n=12), requesting their "agreement" or "disagreement" with each conclusion in turn, and their
31 written suggestions. An analysis of their replies was used to produce a further document
32 identifying the key areas of conclusions.
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

45 *Face-to-Face Meeting*
46

47
48 The third stage of this participatory process took the form of a plenary meeting with all teams
49 present. At this meeting, all points of convergence and divergence between the teams were
50 discussed, along with isolated evidence observed by individual teams only. The purpose was
51 to validate the key themes of results produced by the interdisciplinary teams.
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Drafting of the Final Document

The final stage of the method we developed consisted of the drafting and validation of the final document. Common conclusions were presented using a scale of three knowledge levels, based on the convergence of observations:

- Knowledge Level 1: when one observation was made by at least two disciplinary teams;
- Knowledge Level 2: when one observation was made by one team but gave rise to a hypothetical explanation or understanding for another discipline;
- Knowledge Level 3: when one hypothesis or observation was made only by one team.

Submission of the Results to a Panel of General Practitioners

The results were submitted to a first panel of GPs at a research seminar on general practice.

Results

After the first two rounds and the face-to-face meeting, four key themes of results were identified. This core of common findings is summarized in Tables 1 to 4.

Theme 1: Influence of Physician-Patient Interaction on Preventive Care (Table 1)

“Preventive care plays a varying role in consultations, depending largely on the issue being discussed. Nutrition and physical exercise were perceived by a number of patients as being unrelated to medical care and were a source of misunderstanding between patient and physician” (Knowledge Level 1). The epidemiologists observed good levels of agreement between physicians and patients as regards management of hypertension, alcohol consumption and smoking. Conversely, discussions on nutrition and physical activity led to higher levels of disagreement. Statistical analysis of the transcribed consultations revealed that the subject of diet was often raised by the patient but was rarely a key element for the physician. According to the sociologists, these subjects were considered to be part of an "ordinary conversation", i.e. non-medical discussion, and neither the patient nor physician deemed them an integral part of the consultation. The theme of diet was discussed in a register associated with heterogeneous knowledge and multiple realities, unlike the subject of hypertension management where the physician's expertise seemed to dominate.

“The issue of weight is rarely mentioned, and often even avoided or undervalued, and it is the source of disagreement between patients and physicians” (Knowledge Level 1).

According to sociological and epidemiological analyses, the question of excess weight was rarely raised and often even avoided in consultation, being undervalued by both physicians and patients. Sociologists observed minimization (trivialization) of the risks of obesity in the

1
2
3 absence of any related disease, especially in male patients. It was therefore a source of
4
5 disagreement between physicians and patients in the quantitative phase, with physicians
6
7 claiming they had made recommendations, whilst patients claimed not to have heard them.
8
9

10 *“Variation can be observed between physicians in terms of their preventive care*
11 *practices. These vary according to the characteristics of the physicians, such as their lifestyle,*
12 *levels of exercise, and their own state of health, irrespective of the characteristics of the*
13 *patients. Their respective role in physician-patient interaction should be taken into account*
14 *(Knowledge Level 1)”. Wide inter-physician variation in relation to lifestyle and diet*
15 *recommendations was observed by the sociologists, the lexicometry expert, and the*
16 *epidemiologists, both in terms of the frequency with which the topic was raised and the*
17 *volumes of communication. Some physicians, for example, made no recommendations about*
18 *excess weight or alcohol consumption even when a patient was expecting them to do so or*
19 *was obviously overweight. The impact of the physician's own characteristics (age, sex),*
20 *lifestyle, attitudes, health status, regular habits, relationship with weight, training, and any*
21 *feeling of having limited power to achieve anything in this area: these are all factors that*
22 *might contribute to this variation, independently of patient characteristics, and would merit*
23 *closer analysis.*
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 *Theme 2: The Effect of Physician and Patient Gender on their Interaction (Table*
4
5
6 *2)*

7
8
9 *“The gender of the physician and patient noticeably influences how the consultation proceeds*
10 *and the topics that are raised” (Knowledge Level 1).* According to the analyses carried out by
11 the linguists and sociologists, female physicians are characterized by the extent to which they
12 listen to their patient and conduct in-depth discussion on the patient's life, asking more
13 questions and letting their patients do more talking. Their consultations also last longer.
14 Likewise, the linguists observed that the average length of discussions were longer with
15 female patients, with the patient doing more of the talking and the physician doing more
16 listening. Conversely, the sociologists observed that the volume of communication
17 comprising explanation of the disease was larger for male physicians. These results echo the
18 observation made by epidemiologists that there was better physician-patient agreement on
19 certain advice given at consultation when the physician was a woman. In addition,
20 lexicometric analyses revealed the use of different vocabularies according to the patient:
21 medication, disturbed sleep, and diet for the men; administrative management and medical
22 and social follow-up (children) for the women.
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

40 *“Gender concordance/discordance influences levels of agreement/disagreement*
41 *between physicians and patients” (Knowledge Level 2).* The team of epidemiologists
42 observed better agreement between female physicians and their female patients regarding
43 advice given on nutrition and physical activity. The sociologists' hypothesis is that female
44 physicians may develop “complicity” with their patients in forms that go beyond the specific
45 contractual commitment of the medical relationship. Conversely, misunderstandings arose
46 between male physicians and their female patients around the question of excess weight. The
47 influence of gender on interactions, which can either distance the physician and patient or
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

bring them closer, represents a dimension that should be considered in research on the quality of the physician-patient relationship and secondary access to care.

Theme 3: Characterization of Physician-Patient Interaction

Each discipline characterized physician-patient interaction according to their own analytical framework. The resulting observations were echoed to a greater or lesser extent by the other disciplines (Table 3).

“Physician-patient interaction can be characterized by various “modes of behaving together”, involving levels of cooperation and chosen or imposed delegation of power” (Knowledge Level 1). Both teams of sociologists described "modes of behaving together", with on one side patients being more or less autonomous or submissive, and, on the other, the physician acting anywhere from detached to paternalistic. These behaviors reflect shared efforts made by physicians and patients in terms of complicity, pragmatism, cooperation or conversely instrumentation, and distancing of knowledge.

“Two types of physician-patient interaction emerge, depending on the attitude of the physician: whether their attitude prioritizes the technical (clinical) or focuses more on the relational, involving listening and dialog” (Knowledge Level 1). The lexicometry expert and both teams of sociologists identified two types of attitude in physicians: one prioritizing the technical, labeled a "paradigmatic attitude", and the other focusing on the relational and dialog, the "syntagmatic attitude". Physicians tended towards one or the other depending their particular ethos and attitudes towards medicine and the care-giving relationship.

“The physician-patient relationship can be characterized by the satisfaction/dissatisfaction of the physician and the patient. Better satisfaction levels are observed for physicians when consultations focus more on the technical, and on topics where

1
2
3 *scientific consensus prevails. The physician's dissatisfaction with the discussion of topics such*
4 *as nutrition may contribute to the misunderstandings that arise between physicians and*
5 *patients” (Knowledge Level 1) The lexicometry expert observed that the physician is much*
6
7 more satisfied with patient interaction when he adopts a paradigmatic attitude, and is far less
8
9 satisfied when adopting a syntagmatic attitude centered on the patient and on their
10
11 relationship. The compromise lies somewhere in the middle. According to the sociologists,
12
13 physicians are satisfied when discussing questions where their expert knowledge prevails, and
14
15 when they feel that they can do something with their patient, especially those with whom they
16
17 cooperate and negotiate. Dissatisfaction may arise when patients remind them of their
18
19 powerlessness, or when patients "do not understand anything" or fail to listen and "do as they
20
21 please". Patients also tend to be more satisfied with conversations in which they are informed
22
23 about their state of health and are "listened to" when recounting their symptoms, than those
24
25 focused on the "relational". It is likely, according to one of the sociologists, that this
26
27 satisfaction/dissatisfaction varies according the nature of the presenting complaint. Psychiatric
28
29 issues, imperceptible to the physician or disruptive to the flow of the consultation, may be
30
31 experienced as levels of dissatisfaction. The dissatisfaction felt by the physician dependent on
32
33 topics raised with the patient may also represent a possible explanation for the physician-
34
35 patient disagreement observed by the epidemiologists in relation to abstract dimensions of the
36
37 consultation, such as nutrition or the perceived health of the patient.

38
39
40
41
42
43
44
45
46 *“The flow of physician-patient interaction follows varying paths, with some*
47
48 *consultations proceeding in a prototypical manner while others seem more “rambling””*
49
50 *(Knowledge Level 1). Physician-patient interaction could also be described based on the*
51
52 structural content of the consultation. Sociological analyses revealed that while some
53
54 consultations seemed to proceed in a prototypical manner, following an almost ritual path,
55
56 others seemed more "rambling", depending on the patients' requests or the opportunities of the
57
58
59
60

1
2
3 consultation. The linguists observed two types of consultations in particular: long
4
5 consultations, in which the patient did most of the talking and the interlocutors used a shared
6
7 vocabulary, and short consultations, in which the physician did more of the talking and a
8
9 specific vocabulary was used by each party.
10

11
12 *“Prevention does not have a formalized place in consultation” (Knowledge Level 1).*

13
14 According to the sociologists, the topic of prevention is not given any dedicated or formalized
15
16 time, or even necessarily any identifiable time by the doctor himself/herself. In the
17
18 quantitative phase, the epidemiologists observed a small place dedicated to prevention, with a
19
20 small percentage of the advice given across all consultations relating to nutrition, physical
21
22 activity and weight loss.
23
24

25
26 *“In terms of language used, discussions between physicians and patients have various*
27
28 *linguistic features; two types of interaction can be observed based on levels of subjectivity or*
29
30 *conversely “modalization” introduced into the discourse by the physician and patient”*

31
32 *(Knowledge Levels 2 and 3).* The linguists also described physician-patient interaction based
33
34 on a set of linguistic features that enable us to define the exchanges between physician and
35
36 patient in terms of language used: length of the conversation, percentages spoken by each
37
38 interlocutor, frequency of questions, sharing of vocabulary, and length of each phase of the
39
40 consultation (Knowledge Level 3). Two styles of physician-patient interaction in particular
41
42 were distinguished, based on the level of subjectivity introduced by the interlocutors: this
43
44 varies between exchanges in which remarks are “modalized” or nuanced, and, conversely,
45
46 consultations marked by subjectivity in which a certain degree of affectivity or value
47
48 judgment, sometimes in a more familiar register, were more often used. This result resonated
49
50 with the epidemiologists as a possible explanation for the more numerous disagreements
51
52 observed in relation to abstract dimensions of the consultation (advice and assessment of
53
54 perceived health) (Knowledge Level 2). It also enlightened the sociologists on the frameworks
55
56
57
58
59
60

1
2
3 of confidence observed between patients and physicians: with some patients a relationship of
4 trust focused on the purpose of the medical care needs to be established; with others patients,
5 where a relationship of trust has already been established with the physician, interaction takes
6 place in a more familiar register with reciprocity of exchanges (Knowledge Level 2).
7
8
9
10

11
12
13
14 *Theme 4: Elements of Physician-Patient Interaction That May Contribute to the*
15 *Occurrence of Social Inequalities of Health Based on a Social Gradient*
16

17
18
19
20 The fourth theme enabled each discipline to formulate hypotheses on the elements of
21 physician-patient interaction that might lead to SIH during the consultation based on a social
22 gradient (Knowledge Levels 1 and 2) (Table 4).
23
24
25

26
27 *“The patient's social context determines the extent of their autonomy or delegation of*
28 *decision-making to the physician” (Knowledge Level 1).* Sociologists observed a correlation
29 between a patient's autonomy or their delegation of decision-making to the physician and their
30 position on the social gradient. Upper executives tended to have good health resources and
31 autonomy within the physician-patient relationship, while patients from less advantaged
32 groups with fewer resources tended to delegate decisions back towards the physician.
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

50 *“Modes of behaving together” depend on the patient's social context, and some modes*
51 *of interaction can therefore put patients at more of a disadvantage” (Knowledge Level 1).*
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

1
2
3 according to different types of patients, their degree of independence, and their health
4
5 resources. But the strongest hypothesis advanced by the sociologists was that of a significant
6
7 correlation between inequalities in patient resources and the physician's behavior. When faced
8
9 with more reserved physicians, for example, sociologists hypothesize that patients with lower
10
11 resources run a higher risk of being discriminated against in terms of their health. Conversely,
12
13 a mode of behavior called "competitive knowledge" was observed when patient and physician
14
15 shared a similar higher 'social level'; this mode of interaction was never observed for patients
16
17 in the lower socioeconomic categories (manual workers, service personnel, etc.).
18
19

20
21 *"Physician and patient satisfaction levels are higher in situations of chosen*
22
23 *delegation, i.e. when patients show proof of both reflexivity and submission to medical*
24
25 *authority. Conversely, physicians appear more often dissatisfied with more autonomous*
26
27 *patients"* (Knowledge Level 1). According to sociological and lexicometric analysis,
28
29 physicians were more satisfied with situations of chosen delegation, when patients showed
30
31 evidence of both reflexivity and submission to medical authority. Conversely, physicians
32
33 appeared more dissatisfied with patients who possessed good health resources and took care
34
35 of their bodies, with whom a situation of "competitive knowledge" could arise during the
36
37 consultation.
38
39

40
41 *"The vocabulary used by the physician tends to be more subjective and marked by*
42
43 *familiarity, evaluation and value judgments with elderly patients of a lower socioeconomic*
44
45 *class. This could explain various misunderstandings between physicians and patients about*
46
47 *more abstract dimensions of the consultation"* (Knowledge Level 2). Linguists observed that,
48
49 with an elderly patient of a low socioeconomic class, the physician tended to use more
50
51 subjective vocabulary, marked by familiarity, evaluation and value judgments. On the other
52
53 hand, discourse was more modalized and more nuanced with autonomous patients, who had
54
55 resources in terms of medical knowledge and a good relationship with their body, although
56
57
58
59
60

1
2
3 this result did not necessarily impact the quality of interaction according the linguistic
4
5 analyzes. This result resonated with the epidemiologists as a possible explanation for the
6
7 gradients observed in relation to physician-patient disagreements on the abstract dimensions
8
9 of the consultation, that are more difficult to assess/measure. The sociologists hypothesize
10
11 that the level of abstraction and the manipulation of registers that do not reflect the same
12
13 rationalities may also create distance between physician and patient, particularly in relation to
14
15 topics such as diet and perceived health. These observations echo the result obtained by the
16
17 lexicometry expert, who showed that the use of pain vocabulary was rare and seemed to be
18
19 specific to patients with good resources. Analysis of significant extracts of each lexical
20
21 category also indicated that the explanatory dimension was more evident for patients with
22
23 good resources.
24
25
26

27
28 *“Physician-patient disagreement increases along the social gradient, with higher*
29
30 *levels of disagreement in patients with a low level of education. The resulting*
31
32 *misunderstandings may lead to patients' needs being underestimated and to different*
33
34 *pathways through the health system depending on the patient's social context” (Knowledge*
35
36 *Level 2). There appeared to be a gradient in levels of disagreement between physicians and*
37
38 *patients over management of cardiovascular risk factors that was related to the patient's level*
39
40 *of education. Levels of disagreement were higher in patients with no qualifications, and also*
41
42 *in elderly patients. One hypothesis is that these disagreements could then be the source of*
43
44 *misunderstandings and consequently have a detrimental effect on care, in particular the*
45
46 *quality of preventive care provided. Physician-patient disagreement was also observed in*
47
48 *relation to the perceived health of the patient, with "overestimation" of health by the physician*
49
50 *compared with the patient, most frequently in patients with no qualifications. Patients not*
51
52 *identified by the health system as being in a poor state of perceived health may then suffer*
53
54 *from a lack of treatment, advice or medical follow-up.*
55
56
57
58
59
60

1
2
3 *“The social distance perceived by the physician exacerbates physician-patient*
4
5 *disagreement on the patient's perceived health. This could lead to underestimation of the*
6
7 *patient's needs and to different care pathways depending on the patient's social context. The*
8
9 *impact that the physician's own perceptions can have on the quality of the relationship formed*
10 *with their patients must be taken into account” (Knowledge Level 2). According to*
11
12 epidemiological analyses, physicians were more likely than their patients to perceive a social
13
14 distance between themselves and their patients. Likewise, "overestimation" of the patient's
15
16 perceived health by the physician increased with the degree of perceived distance with the
17
18 patient from the doctor perspective. Conversely, the perception of proximity to their patient
19
20 minimized the occurrence of disagreement. This observation echoes the hypotheses produced
21
22 by sociological analyses, particularly as regards the influence processes which vary according
23
24 to patient resources, with more "commanding" registers used for lower socioeconomic classes
25
26 and more "deliberative" ones for higher classes. Prejudices and stereotyping on the part of
27
28 physicians, and, conversely, proximity, can arise between a physician and patient of the same
29
30 sex, same age, same geographical origin, or having a common interest, such as meeting at a
31
32 parents' evening.
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Discussion

The work to integrate the qualitative and quantitative data produced by the INTERMEDE Project has enabled us to form a core of conclusions shared by all the teams involved. It has allowed a more nuanced understanding of the relationship between a patient and their physician, and the elements of their interaction that can cause SIH. The underlying logic of MMR is that the formulation of conclusions shared by all teams is stronger than if the results from each discipline were considered separately, and that neither the qualitative nor the quantitative method is sufficient to capture the complexity of a situation. Each method can capitalize on the strengths of the other methods, (Creswell & Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition; Guével & Pommier, 2012), and the limitations of one approach are compensated by the strengths of another (Tashakkori & Creswell, 2008). Using qualitative and quantitative methods, one of the objectives of multidisciplinary collaboration on the INTERMEDE Project was to integrate the approaches of the various disciplinary teams throughout the project, right from the formulation of the research hypotheses, and to reflect on shared findings.

Interdisciplinary Integration at the Various Stages of the INTERMEDE Project

The INTERMEDE Project was based on the shared initial hypothesis that physician-patient interaction is influenced by the patient's social context, which could lead to different, socially-determined behaviors on the part of both physician and patient, and would favor, or at least would not help to reduce, SIH. The purpose of the research was therefore identical for all disciplinary teams involved with the project: to characterize physician-patient interaction using the approaches specific to each method, and then to evaluate how this interaction could be influenced by patients' social context and potentially lead to SIH.

1
2
3 The unit of analysis was also common to all disciplines: the interaction between a
4 physician and their patient. Each discipline then examined mirrored data on the experience of
5 the consultation from the perspective of both physician and patient. Two distinct samples
6 were used for the two sequential phases of the study, involving different samples of
7 physicians and patients. They were, however, recruited from the same three sites, and were
8 selected to be representative.
9
10
11
12
13
14
15

16 The various disciplinary teams looking at the two bodies of data defined, firstly,
17 variables that described physician-patient interaction, and, secondly, variables reflecting the
18 social context of the patient. The resulting strategies for analysis enabled discussion on the
19 same dependent variable, physician-patient interaction, characterized differently for each
20 discipline: physician-patient agreement for the epidemiologists, “modes of behaving together”
21 for the sociologists, language characteristics for the linguists, topics raised during consultation
22 for the lexicometry expert, and patient and physician satisfaction for all disciplinary teams.
23 The independent variables were, for all disciplines, the gender and age of the two protagonists
24 and the characteristics of the patient's social context. The teams met regularly and exchanged
25 results, thus progressing with their analysis in parallel.
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

39 In particular, work on a shared body of qualitative data on 36 consultations was
40 carried out by the sociologists, the linguists and the lexicometry expert. The variables
41 produced by the sociologists' preliminary work on the qualitative data, such as “modes of
42 behaving together”, physician satisfaction/dissatisfaction, and whether the patient was of low
43 socioeconomic status or not, were all "quantitized" and the linguists and textometry expert
44 were then able to include these variables in their database. The shared work carried out by the
45 four teams on the qualitative data then enabled analysis of a single database comprised of
46 common variables. This constituted an initial integration of analysis strategies and results by
47 the sociologists, linguists, and lexicometry expert for a common qualitative corpus, intuitively
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 borrowing strategies described in the literature on MMR (O'Cathain, Murphy, & Nicholl,
4
5 2010; Pluye, Nadeau, et al., 2009; Teddlie & Tashakkori, 2003). Thus the INTERMEDE
6
7 Project involved the integration of results produced by the teams that worked on the
8
9 qualitative corpus, nested within the wider integration of the qualitative and quantitative data.
10
11

12
13
14
15 *The Integration of Qualitative and Quantitative Results in the INTERMEDE*
16
17 *Project*

18
19
20 In order to formalize a core of common conclusions shared by all teams by identifying points
21
22 of convergence, divergence and isolated observations, an experimental methodology was
23
24 developed, inspired by the Delphi method. Although the objective was not to strive for a
25
26 consensus but to highlight points of shared knowledge, while respecting the various
27
28 perspectives of each discipline, the development of a method based on the Delphi method
29
30 offered various benefits (Bourrée, Michel, & Salmi, 2008). The Delphi method allows
31
32 flexibility of use, and is used in many areas of public health such as for clinical research,
33
34 defining best practice, and choosing public health strategies, as well as being used outside the
35
36 field of healthcare (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984). "In public health, these methods
37
38 are usually used to shed light on an issue, make decisions, generate ideas, or to rank
39
40 information in situations where scientifically-grounded information is lacking or where there
41
42 is a surplus of contradictory information" (Bourrée et al., 2008). The characteristics of the
43
44 Delphi method, as applied in its original form, are the anonymity of participants, the iterative
45
46 procedure, and the quantified analysis of the group's responses. At each new round, the
47
48 experts receive the results of the first round with the median and dispersion of everyone's
49
50 opinions. They can then change their opinions or maintain them, by completing the
51
52 questionnaire again. The rounds can be reorganized as many times as necessary until all the
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 experts reach a consensus. Different variants of the Delphi method are commonly used and
4
5 are typically referred to as modified Delphi methods (Bourrée et al., 2008; McKenna, 1994).
6
7 These may, for example, incorporate a meeting of the participants, such as in the mini-Delphi,
8
9 or vary according to the objectives to be achieved, which might be to reach a consensus but
10
11 could also be to obtain the largest range of opinions possible, or to produce new ideas, as in
12
13 the Imen-Delphi method (Bourrée et al., 2008; Keeney, Hasson, & McKenna, 2006; Passig,
14
15 1997). In any case, the points usually found in all variants of the Delphi are a number of
16
17 rounds at least equal to two, an iterative process, and feedback to participants. The limitations
18
19 of the Delphi method are described in the literature (Fink et al., 1984) : reliability increases
20
21 with the number of rounds and the size of the group, but the participants often struggle to
22
23 respond after three rounds, and the coordination of large groups and numerous rounds can be
24
25 costly (Fink et al., 1984; Starkweather, Gelwicks, & Newcomer, 1975). The concepts of
26
27 expert and anonymity have also been queried by some authors, as well as the validity of the
28
29 results produced by this type of method (Sackman, 1975).
30
31
32
33

34 The organization of iterative rounds at regular intervals, comprising a questionnaire to
35
36 be completed by each expert, enabled each member of the INTERMEDE team to reflect on
37
38 the various shared results of the project, and to formulate their agreement or disagreement
39
40 with shared conclusions, without pressure from the group or time constraints. The benefit of
41
42 this process was that it enabled a complex exercise to be handled in a systematic manner,
43
44 while avoiding any interpersonal influence. It enabled us to summarize information and
45
46 compare contradictory opinions, with the aim of defining points of convergence and points of
47
48 divergence or indecision between experts. After two rounds, three questionnaires/summary
49
50 documents, and the plenary meeting, three categories of shared findings emerged, reflecting
51
52 the level of agreement between the observations and hypotheses of each team, or isolated
53
54 observations made by a single team. The results were formalized into summary tables that
55
56
57
58
59
60

1
2
3 intuitively resembled a convergence coding matrix, with the different teams identifying four
4
5 principal themes of results, or "meta themes" (Farmer, Robinson, Elliott, & Eyles, 2006;
6
7 O'Cathain et al., 2010).
8
9

10
11 No divergences of results were observed in the INTERMEDE project except in
12
13 relation to the lexical convergence and dynamic of adjustment observed by the lexicometry
14
15 expert between physicians and patients. The linguists were not able to conclude any lexical
16
17 convergence from studying lexical particularities. This divergence could be explained by the
18
19 different data source: the lexicometry expert was using an analysis of all the data, irrespective
20
21 of individual consultations (i.e. all words spoken by all patients on one side, and all words
22
23 spoken by all physicians on the other), whereas the linguists approached this element by
24
25 measuring shared vocabulary between patient and physician within any given consultation.
26
27 After a discussion at the plenary meeting, this result was disregarded. How to take into
28
29 account divergent results represents one of the challenges of MMR (Mark et Shotland 1985,
30
31 Morgan 2006). It is all the more problematic when the qualitative data "tell a different story"
32
33 from the quantitative results. It has been suggested that in such cases the quantitative and
34
35 qualitative approaches should be seen as complementary and not in competition (Clarke,
36
37 2009a). Various strategies are proposed in the literature for finding a solution to divergences
38
39 between qualitative and quantitative data or results, such as running further analyses,
40
41 initiating a new research project on the basis of a new hypothesis, or even excluding part of
42
43 the data (Guével & Pommier, 2012; Pluye, Grad, Levine, & Nicoleau, 2009).
44
45
46
47

48
49 Nevertheless, although divergent results were not a major problem in the integration of
50
51 qualitative and quantitative data in the INTERMEDE Project, we did have difficulties with
52
53 the "silence" with which certain results were met. The teams could not give their opinions on
54
55 certain results produced by other disciplines because of their specific methodological
56
57 framework. For example, the linguists were not able to provide feedback on the
58
59
60

1
2
3 syntagmatic/paradigmatic dichotomy observed using statistical analysis, or on the analyses
4
5 based on topics raised, due to their methodological framework. However, this was also due to
6
7 insufficient numbers, as could have been the case in the epidemiological analyses exploring
8
9 factors related to the satisfaction/dissatisfaction of patient and physician, and to the
10
11 compliance of patients with the treatments and advice given by the physician after the
12
13 consultation in question. Another possible reason for these silences is the difficulty
14
15 encountered by certain teams in providing feedback on the results of other disciplines. Certain
16
17 disciplines managed to incorporate the results of another team and generate new hypotheses
18
19 for research, while others only commented on their own results and had more difficulty giving
20
21 their opinion on shared observations and hypotheses. The sociologists formulated new
22
23 questions for consideration from numerous results, and the epidemiologists looked for
24
25 possible explanations for their results in the observations of other disciplinary teams.
26
27
28 Furthermore, while the epidemiologists wanted to be able to formulate concrete
29
30 recommendations at the end of the interdisciplinary integration process, the other disciplinary
31
32 teams did not wish to make decisions on any recommendation from results observed. It was
33
34 also the epidemiologists who dealt with the integration of the results, expressing a desire to
35
36 formalize the conclusions common to all the teams. Likewise, the notion of category did not
37
38 have the same significance from one discipline to another. The typology proposed by the
39
40 sociologists from the frequently-occurring themes emerging in their corpus at the start of the
41
42 INTERMEDE Project was ultimately removed from the final results at their request. They
43
44 wanted to verify the stability of their hypothesis with a long-term study of physician-patient
45
46 interaction. O'Cathain showed that silences can be expected due to the fact that approaches
47
48 and frameworks of analysis are specific to each discipline, examining certain aspects of a
49
50 same object of study more closely. Nevertheless, the occurrence of unexpected silences from
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 certain disciplinary teams can also lead to a better understanding of a phenomenon and the
4
5 generation of new investigations (O'Cathain et al., 2010).
6
7

8 Each discipline was able to provide a different perspective and understanding of a
9
10 same object, based on their own specific methodological framework and paradigm, but it is
11
12 important to emphasize that the formalization of a unique consensus around a single result
13
14 was not possible. The results of one team could echo the observations of another discipline, or
15
16 support the formulation of a hypothetical explanation or understanding. Three types of shared
17
18 findings and four themes of results were able to be formulated based on the convergence of
19
20 interdisciplinary approaches.
21
22

23
24 These various observations raise the epistemological question that lies at the heart of
25
26 all projects using MMR, and that is at the very center of numerous debates concerning this
27
28 field of research (Teddlie & Tashakkori, 2003). Faced with this question of the place of
29
30 discipline-specific paradigms in MMR, some authors propose solutions such as the dialectical
31
32 path, the selection of a single paradigm for one piece of research, such as pragmatism
33
34 (Bryman, 2007; Lincoln & Guba, 1985; Morgan, 2007; Teddlie & Tashakkori, 2003). Other
35
36 authors argue that it would be more instructive to see qualitative and quantitative methods as
37
38 belonging to a continuum of research methods, and that the key concern is that the disciplines
39
40 make sure they answer the same research question (Casebeer & Verhoef, 1997; Mark &
41
42 Shotland, 1985). The first fundamental step is to pay rigorous attention to the selection of
43
44 samples, the data collection instruments, and the analysis process, in order to ensure that both
45
46 components explore the same issue (Clarke, 2009a).
47
48
49
50

51 Another source of debate concerning the simultaneous use of qualitative and
52
53 quantitative methods is the priority accorded to one of these approaches in every study. Morse
54
55 *et al.* argue that "a mixed-method design never has two components of equal weighting", and
56
57 that the theory put forward by the dominant phase steers the supplementary phase (Morse,
58
59
60

1
2
3 Wolfe, & Niehaus, 2006). In sequential exploratory protocols, the phase typically designated
4
5 as dominant is the qualitative phase, which produces the hypotheses explored during the
6
7 second quantitative phase (Creswell & Plano Clark, 2007- 1st edition/2011- 2nd edition).
8
9 During the design of the INTERMEDE Project, neither phase was deemed *a priori* dominant;
10
11 there are also questions to be asked about the line between what is called qualitative and what
12
13 quantitative. MMR studies employ qualitative and quantitative methods. In the case of the
14
15 INTERMEDE Project, we can distinguish between a qualitative corpus composed of
16
17 observations from the consultation and interviews with patients and physicians, and a
18
19 quantitative corpus comprised by mirrored questionnaires completed by patients and
20
21 physicians. But the qualitative corpus formed the subject of multiple analyses: not only
22
23 sociological analysis but also quantitative analysis borrowing the linguistic and lexicometric
24
25 methods of analysis. For some authors, this dichotomy between qualitative and quantitative
26
27 methods masks the variety of this field of research (Yin, 2006).
28
29
30
31
32
33

34 Conclusion

35
36 The INTERMEDE Project faced various challenges specific to the development and
37
38 publication of mixed methods social and healthcare research, such as the importance of the
39
40 publication of MMR projects, the training of inexperienced researchers and awareness-raising
41
42 in practitioners. MMR is very rarely used for public health research in France, and its
43
44 development is a genuine challenge (Guével and Pommier 2012). Leading figures in the field
45
46 of MMR agree that these methods require specific training and instruction (Bryman, 2007;
47
48 Clarke, 2009b; Stewart et al., 2008), and that it seems important that researchers are not only
49
50 competent in conducting both qualitative and quantitative study, but also in conducting MMR
51
52 (Morgan, 1998; O'Cathain, Murphy, & Nicholl, 2008). Nevertheless, having a team of
53
54 researchers that are able to discuss and exchange information with researchers from other
55
56
57
58
59
60

1
2
3 branches of study, as was the case for the INTERMEDE Project, represents a fundamental
4
5 prerequisite for developing this type of research and initiating innovative methodologies.
6
7
8

9
10 The INTERMEDE Project involved the integration of interdisciplinary analyses in two
11 stages, with an initial stage of integration within the qualitative corpus. To integrate the
12 results produced from the qualitative and quantitative data, for which the samples were
13 different, the selection of a participatory method inspired by the Delphi method allowed us to
14 compare contradictory opinions and to define convergent points from the various disciplines
15 as well as isolated facts. One of the major challenges of integration lies in the analysis and
16 results phase, a stage at which the need for expertise is most vital and specific to each field of
17 research. This approach has significant potential for understanding the effective actions that
18 should be implemented to reduce SIH, especially in the area of primary care.
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

- Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique*, 56(6), 415-423. doi: 10.1016/j.respe.2008.09.006
- Bryman, A. (2007). Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 8-22. doi: 10.1177/2345678906290531
- Casebeer, A. L., & Verhoef, M. J. (1997). Combining qualitative and quantitative research methods: Considering the possibilities for enhancing the study of chronic studies. *Chronic Diseases in Canada*, 18, 130-135.
- Clarke, P. (2009a). Understanding the experience of stroke: a mixed-method research agenda. *Gerontologist* 49(3): 293-302.
- Clarke, P. (2009b). Understanding the Experience of Stroke: A Mixed-Method Research Agenda. *Gerontologist*, 49(3), 293-302. doi: 10.1093/geront/gnp047
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M., & Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 907-915.
- Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12. doi: 10.1370/afm.104
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007- 1st edition/2011- 2nd edition). *Designing and conducting mixed methods research*. (Vol. Thousand Oaks : Sage Publications).
- Dalkey, N., & Helmer-Hirschberg, O. (1962). An experimental application of the Delphi Method to the use of experts. *Santa Monica, Rand. RM-727-PR*.
- De Gaudemaris, R., Lang, T., Chatellier, G., Larabi, L., Lauwers-Cances, V., Maitre, A., & Diene, E. (2002). Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care - The IHPAF study. *Hypertension*, 39(6), 1119-1125. doi: 10.1161/01.hyp.0000018912.05345.55
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16(3), 377-394. doi: 10.1177/1049732305285708
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus methods - characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979-983. doi: 10.2105/ajph.74.9.979
- Fourriaud, C., Jacquinet-Salord, M. C., Degoulet, P., Aime, F., Lang, T., Laprugne, J., . . . Prades, A. (1984). Influence of socioprofessional conditions on blood pressure levels and hypertension control. Epidemiologic study of 6 665 subjects in the Paris district. *American Journal of Epidemiology*, 120, 72-86.
- Genolini, J. P., Roca, R., Rolland, C., & M., M. (2011). L'éducation du patient en médecine générale: une activité périphérique dans la relation de soin. *Sciences Sociales et Santé*, 29(3), 81-121.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine publishing co.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold.
- Gordon, H., Street, R. L., B.F., S., & Soucek, J. (2006). Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer*, 107, 1313-1320.
- Gordon, H., Street, R. L., Kelly, P. A., Soucek, J., & Wray, N. P. (2005). Physician-patient communication following invasive procedures: an analysis of post-angiogram consultations. *Soc Sci Med*, 61, 1015-1025.
- Guével, M. R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. doi: 10.1177/1558689806298224

- 1
2
3 Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the
4 Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205-212. doi:
5 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x
- 6 Kelly-Irving, M., Afrite, A., Pascal, J., Cases, C., Lombrail, P., & Lang, T. (2008). Patient - Physician
7 interaction and the production of health inequalities in a french multidisciplinary study: An
8 original methodology and preliminary findings from the intermede project. *Journal of*
9 *Epidemiology and Community Health*, 62, A21-A21.
- 10 Kelly-Irving, M., Delpierre, D., Schieber, A. C., Lepage, B., Rolland, C., Afrité, A., . . . Lang, T. (2011). Do
11 General Practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Social*
12 *Science & Medicine*, 73, 1416-1421.
- 13 Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, A., Cases, C., Dourgnon, P., Lombrail, P., . . . Lang, T. (2009).
14 Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary
15 study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Services*
16 *Research*, 9, 8. doi: 66
17
18 10.1186/1472-6963-9-66
- 19 Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations
20 and outcome in primary care. *British Journal of General Practice*, 49(446), 711-716.
- 21 Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., & Azari, R. (2001). When physicians and patients think
22 alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family*
23 *Practice*, 50(12), 1057-1062.
- 24 Lang, T., Ducimetiere, P., Arveiler, D., Amouyel, P., Ferrieres, J., Ruidavets, J. B., . . . Bingham, A.
25 (1998). Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results
26 from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64. *Journal of Epidemiology and*
27 *Community Health*, 52(10), 665-671.
- 28 Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- 29 Marchand, P. (2007). Concepts, méthodes, outils. In C. G. D. Peyrat-Guillard (Ed.), *Analyse statistique*
30 *de données textuelles en sciences de gestion* (pp. 48-70).
- 31 Mark, M. M., & Shotland, R. L. (1985). Toward more useful science. In R. L. Shotland & M. M. Mark
32 (Eds.), *Social science and social policy* (pp. 335-370). Beverly Hills: Sage Publications.
- 33 McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique - a worthwhile research approach for nursing. *Journal of*
34 *Advanced Nursing*, 19(6), 1221-1225. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x
- 35 Membrado, M. (2014). La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-
36 patient en médecine générale Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F., (dir.). *Les*
37 *négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*: Presses Universitaires
38 de Rennes, PUR.
- 39 Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods:
40 Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376. doi:
41 10.1177/104973239800800307
- 42 Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained Methodological Implications of
43 Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1),
44 48-76. doi: 10.1177/2345678906292462
- 45 Morse, J. M., Wolfe, R. R., & Niehaus, L. (2006). Principles and procedures of maintaining validity for
46 mixed-method design. In L. Curry, R. Shield & T. Wetle (Eds.), *Improving aging and public*
47 *health research: Qualitative and mixed methods* (pp. 65-78). Washington, DC: American
48 Public Health Association.
- 49 O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health
50 services research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), 92-98. doi:
51 10.1258/jhsrp.2007.007074
- 52 O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed
53 methods studies. *British Medical Journal*, 341. doi: c4587
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 10.1136/bmj.c4587
4 Passig, D. (1997). Imen-Delphi: A Delphi variant procedure for emergence. *Human Organization*,
5 56(1), 53-63.
6 Pluye, P., Grad, R., Levine, A., & Nicoleau, B. (2009). Understanding divergence of quantitative and
7 qualitative data (or results) in mixed methods studies. *International Journal of Multiple*
8 *Research Approaches*, 3(1), 58-72.
9 Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M. P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes
10 mixtes. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approche et pratiques en évaluation de programme*.
11 (pp. 123-141). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
12 Sackman, H. (1975). *Delphi Critique*. Lexington, MA.: D.C. Health.
13 Schieber, A. C., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Lepage, B., Bensafi, A., Afrite, A., . . . Lang, T. (2012). Is
14 perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their
15 disagreement on patient's health status? *Patient Education and Counseling*, 91(1), 97-104.
16 doi: 10.1016/j.pec.2012.11.012
17 Schieber, A. C., Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, A., Cases, C., Dourgnon, P., . . . Lang, T. (2011). Do
18 doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-
19 consultation? The INTERMEDE study. *British Journal of General Practice*, 61(584), 178-182.
20 doi: 10.3399/bjgp11X561159
21 Slocum, N. (2006). Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur. *Bruxelles, Fondation Roi*
22 *Baudouin*.
23 Starkweather, D., Gelwicks, L., & Newcomer, R. (1975). Delphi forecasting of health care
24 organization. *Inquiry*, 12, 252-262.
25 Stewart, M., Makwarimba, E., Barnfather, A., Letourneau, N., & Neufeld, A. (2008). Researching
26 reducing health disparities: Mixed-methods approaches. *Social Science & Medicine*, 66(6),
27 1406-1417. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.021
28 Street, R. L., O'Malley, K. J., Cooper, L. A., & Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient-
29 physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family*
30 *Medicine*, 6(3), 198-205. doi: 10.1370/afm.821
31 Taira, D. A., Safran, D. G., Seto, T. B., Rogers, W. H., & Tarlov, A. R. (1997). The relationship between
32 patient income and physician discussion of health risk behaviors. *Jama-Journal of the*
33 *American Medical Association*, 278(17), 1412-1417. doi: 10.1001/jama.278.17.1412
34 Tanguy, L., Fabre, C., Ho-Dac, L.-M., & Rebeyrolle, J. (2011). Caractérisation des échanges entre
35 patients et médecins : approche outillée d'un corpus de consultations médicales. *Corpus*, 10.
36 Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2008). Mixed methodology across disciplines. *Journal of Mixed*
37 *Methods Research*, 2(1), 3-6. doi: 10.1177/1558689807309913
38 Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in
39 the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed*
40 *methods in social and behavioral research* (pp. 3-50): Thousands Oaks: Sage Publications.
41 Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-
42 economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a
43 difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146. doi:
44 10.1016/j.pec.2004.02.011
45 Yin, R. K. (2006). Mixed methods research: Are the methods genuinely integrated or merely parallel?
46 *Research in the schools* 13(1): 41-47.
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 1- Theme 1: Influence of Physician-Patient Interaction on Preventive Care

Level of knowledde	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
http://mc.manuscriptcentral.com/jmmr Level 1	Preventive care plays a varying role in consultations, depending largely on the issue being discussed. Nutrition and physical exercise were perceived by a number of patients as being unrelated to medical care and were a source of misunderstanding between patient and physician.		The themes of nutrition and physical exercise appeared to be dealt as "ordinary conversation", i.e. non-medical discussion, and neither the patient nor physician deemed them an integral part of the consultation. Comprehensive hypothesis: The theme of diet was discussed in a register associated with heterogeneous knowledge and multiple realities, unlike the subject of hypertension management where the physician's expertise seemed to dominate.		The theme of diet was often raised by the patient but was rarely a key element of the encounter for the physician.	Physicians and patients often disagreed on nutrition and physical activity, conversely of management of hypertension, alcohol and smoking consumption where patient-physician agreement was good.
http://mc.manuscriptcentral.com/jmmr Level 1	The issue of weight is rarely mentioned, and often even avoided or undervalued, and it is the source of disagreement between patients and physicians.	The question of excess weight was rarely raised and often even avoided in consultation. Overweight is undervalued by both physicians and patients, more frequently for male patients.	Comprehensive hypothesis: the role played by physicians' lifestyle, own weight issues the patient-GP interaction's quality should be explored further.			Physicians and patients disagreed on weight loss counseling.
http://mc.manuscriptcentral.com/jmmr Level 1	Variation can be observed between physicians in terms of their preventative care practices. These vary according to the characteristics of the physicians, such as their lifestyle, levels of exercise, and their health status, irrespective of the characteristics of the patients. Their respective role in physician-patient interaction should be taken into account.	Comprehensive hypothesis : Physician's own characteristics (age, sex), lifestyle, attitudes, health status, regular habits, relationship with weight, training, and any feeling of having limited power to achieve anything in this area might influence diet counseling during the consultation.	A variability on delivering diet counseling is observed between doctors. Comprehensive hypothesis: Physician's own characteristics (age, sex), lifestyle, and relationship with weight might influence diet counseling during the consultation.			Patient-doctor disagreement on exercise's counseling depended on the physician's practice. Explicative hypothesis: physicians' sociodemographic characteristics, their health status, and their medical training might influence disagreements observed during the consultation.

Table 2 - Theme 2: The Effect of Physician and Patient Gender on their Interaction

Level of knowledde	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	The gender of physician and patient noticeably influences how the consultation proceeds and the topics that are raised.	The volume of communication comprising explanation of the disease was larger for male physician. Conversely listening to the patients and in-depth discussion on the patient's life were more frequently observed for female physicians.		Female physicians are characterized by the extent to which they listen to their patient and conduct in-depth discussion on the patient's life, asking more questions and letting their patients do more talking. Their consultations also last longer.	Different vocabularies were used according to the patient.	Explicative hypothesis: the female physician's style of communication might explain in part the better agreement on advice given observed when the GP is a woman.
Level 2	Gender concordance/discordance influences levels of agreement/disagreement between physicians and patients.	Comprehensive hypothesis: female physicians may develop "behavior that creates a connection" with their patients in forms that go beyond the specific contractual commitment of the medical relationship.				Gender concordance influences patient-physician agreement on advice given during the consultation.

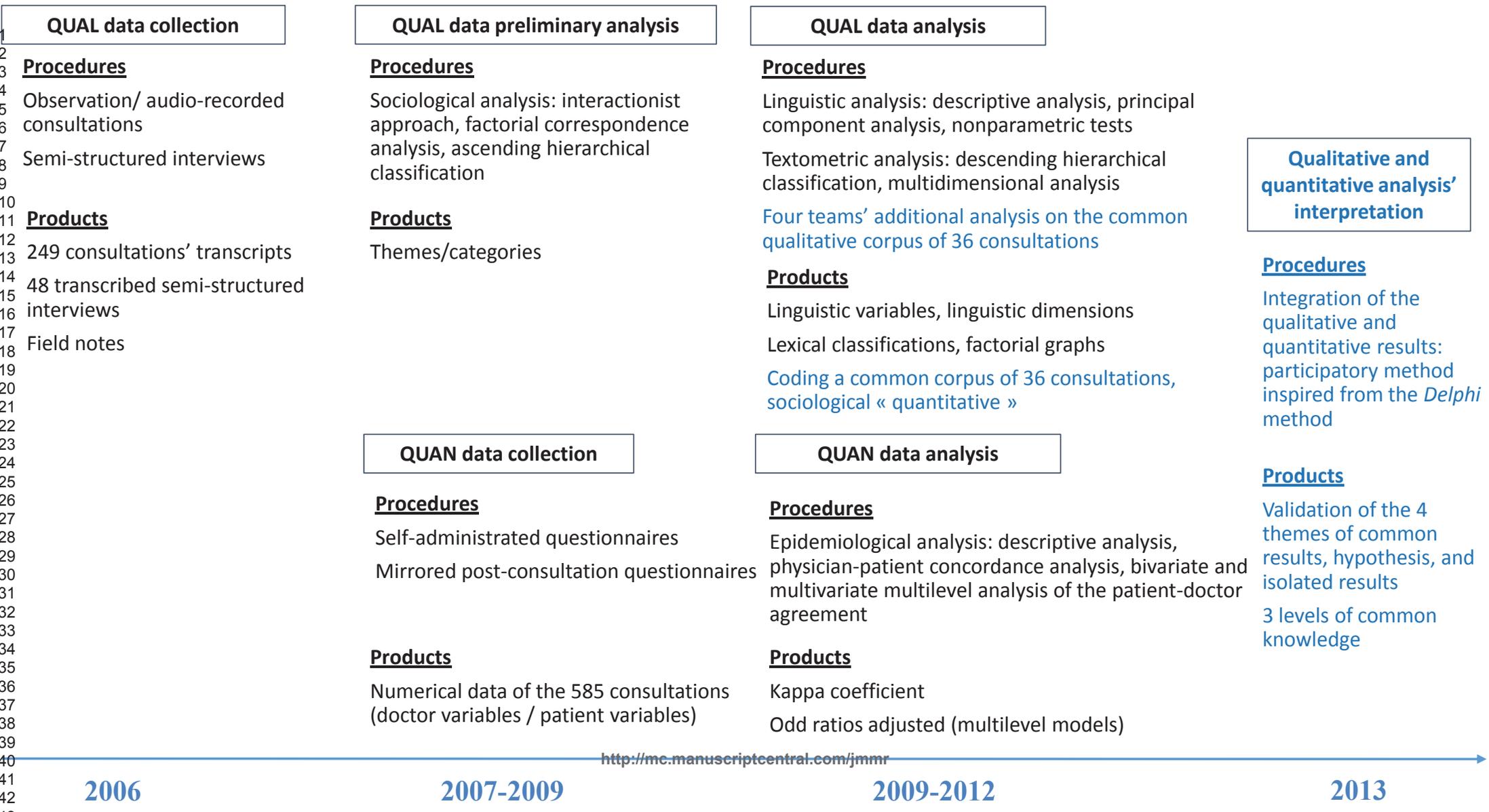
Table 3 - Theme 3: Characterization of Physician-Patient Interaction

Level of knowledde	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	Physician-patient interaction can be characterized by various "modes of behaving together", involving levels of cooperation and chosen or imposed delegation of power.	"Modes of behaving together" were described, with on one side patients being more or less autonomous or submissive, and, on the other, the physician acting anywhere from detached to paternalistic.				
Level 1	Two types of physician-patient interaction emerge, depending on the attitude of the physician: whether their attitude prioritizes the technical (clinical) or focuses more on the relational, involving listening and dialog.	Two types of physician's practices were described: one prioritizing the technical (clinic), and the other focusing on the relational, listening and dialog.		Two types of physicians' attitude were described: one prioritizing the technical, labeled a "paradigmatic attitude", and the other focusing on the relational and dialog, the "syntagmatic attitude".		
Level 1	The physician-patient relationship can be characterized by the satisfaction/dissatisfaction of the physician and the patient. Better satisfaction levels are observed for physicians when consultations focus more on the technical, and on topics where scientific consensus prevails. The physician's dissatisfaction with the discussion of topics such as nutrition may contribute to the misunderstandings that arise between physicians and patients.	Physician's satisfaction/insatisfaction might depend on the cooperation and negotiation with the patient, and conversely on their feeling of powerlessness.	Comprehensive hypothesis: doctor's satisfaction might be greater when the scientific expertise is dominating. Patients also tend to be more satisfied with conversations in which they are informed about their state of health and are "listened to" when recounting their symptoms, than those focused on the "relational".	Comprehensive hypothesis: the feeling of satisfaction/insatisfaction might depend on topics raised with the patient during the consultation.	The physician is much more satisfied with patient interaction when he adopts a paradigmatic attitude, and is far less satisfied when adopting a syntagmatic attitude centered on the patient and on their relationship. The compromise lies somewhere in the middle.	Explicative hypothesis : Nutrition's counseling or evaluation of the patient's perceived health status may lead to more dissatisfaction felt by the physician, which could explain in part disagreement observed on these topics.
Level 1	The flow of physician-patient interaction follows varying paths, with some consultations proceeding in a prototypical manner while others seem more "rambling".	While some consultations seemed to proceed in a prototypical manner, following an almost ritual path, others seemed more "rambling", depending on the patients' requests or the opportunities of the consultation.		Two types of consultations were observed: long consultations, in which the patient did most of the talking and the interlocutors used a shared vocabulary, and short consultations, in which the physician did more of the talking and a specific vocabulary was used by each party.		
Level 1	Prevention does not have a formalized place in consultation.	The topic of prevention is not given any dedicated or formalized time, or even necessarily any identifiable time by doctors themselves.			A small place is dedicated to prevention.	
Level 3	In terms of language used, discussions between physicians and patients have various linguistic features; two types of interaction can be observed based on levels of subjectivity or conversely nuance/modality introduced into the discourse by the physician and patient.			A set of linguistic features that enable us to define the exchanges between physician and patient in terms of language used.		
Level 2		Comprehensive hypothesis: With some patients a relationship of trust focused on the purpose of the medical care needs to be established; while for others patients, a relationship of trust has already been established with the physician, and the interaction takes place in a more familiar register with reciprocity of exchanges.		Two styles of physician-patient interaction were distinguished, based on the level of subjectivity introduced by the interlocutors.		Explicative hypothesis: the degree of subjectivity introduced or not in the encounter might explain in part patient-doctor disagreement, especially on abstract dimensions of the consultation.

Table 4 - Theme 4: Elements of Physician-Patient Interaction That May Contribute to the Occurrence of Social Inequalities of Health Based on a Social Gradient

Level of knowlede	Common knowledge	Qualitative phase : Results and hypothesis				Quantitative phase : Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	The patient's social context determines the extent of their autonomy or delegation of decision-making to the physician.	Upper executives tended to have good health resources and autonomy within the physician-patient relationship, while less advantaged groups with fewer resources tended to delegate decisions back towards the physician.				Shared decision-making depends on the social context of the patient.
Level 1	"Modes of behaving together" depend on the patient's social context, and some modes of interaction can therefore put patients at more of a disadvantage.	"Modes of behaving together" varied according to types of physician's practices on the one hand and according to the social context and ressources of the patient on the other hand.				
Level 1	Physician and patient satisfaction levels are higher in situations of chosen delegation, i.e. when patients show proof of both reflexivity and submission to medical authority. Conversely, physicians appear more often dissatisfied with more autonomous patients.	Physicians were more satisfied with situations of "chosen delegation", when patients showed evidence of both reflexivity and submission to medical authority. Conversely, physicians appeared more dissatisfied with patients who possessed good health resources and took care of their bodies. Comprehensive hypothesis: trust might dominate with situations of "chosen delegation", as an expressed recognition of knowledge and skills of the physician.		Physicians were more in a "relational" style of practice with situation of delegation, and autonomy, and they were more on a technical practice with situations of "chosen delegation". The last one was perceived as more satisfying for the doctor.		
Level 2	The vocabulary used by the physician tends to be more subjective and marked by familiarity, evaluation and value judgments with elderly patients of a lower socioeconomic class. This could explain various misunderstandings between physicians and patients about more abstract dimensions of the consultation.	Comprehensive hypothesis: the level of abstractions and the manipulation of registers that do not reflect the same rationalities may also create distance between physician and patient.		The vocabulary used tended to be more subjective, marked by familiarity, evaluation and value judgments with elderly patients, or with patients from a lower socioeconomic class. The discourse was more modalized and more nuanced with autonomous patients, who had resources in terms of medical knowledge and a good relationship with their body.		Explicative hypothesis: the degree of subjectivity or conversely modalization introduced in the interaction might be one explanation for the gradients observed in physician-patient disagreements, particularly on abstract dimensions of the consultation.
Level 2	Physician-patient disagreement increases along the social gradient, with higher levels of disagreement in patients with a low level of education. The resulting misunderstandings may lead to patients' needs being underestimated and to different pathways through the health system depending on the patient's social context.	Comprehensive hypothesis: doctors' expectations and stereotypes, and their feeling of limited capacity of action on the area of prevention could contribute to these disagreements.				A gradient in levels of disagreement between physicians and patients on the cardiovascular risk factors's management was observed within the level of education of the patient.
		Comprehensive hypothesis: the relationship to the body, more or less distanced, could contribute to the observed disagreement on patient's perceived health status.				A gradient in levels of disagreement between physicians and patients on patient's perceived health status was observed within the level of education of the patient.
Level 1	The social distance perceived by the physician exacerbates physician-patient disagreement on the patient's perceived health. This could lead to underestimation of the patient's needs and to different care pathways depending on the patient's social context. The impact that the physician's own perceptions can have on the quality of the relationship formed with their patients must be taken into account.	Comprehensive hypothesis: prejudices and stereotyping on the part of physicians, and, conversely, proximity, can arise between a physician and patient of the same sex, same age, same geographical origin, or having a common interest.		Comprehensive hypothesis: influence processes may vary according to patient resources, with more "commanding" registers used for lower socioeconomic classes and more "deliberative" ones for higher classes.		Physicians were more likely than their patients to perceive a social distance between themselves and their patients. "Underestimation" of the patient's perceived health status by the physician compared to the patient's evaluation increased with the degree of perceived distance from their doctor's perspective.

Figure 1- Diagram of the INTERMEDE Project



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

<http://mc.manuscriptcentral.com/jmmr>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

Level of knowledge	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	Preventive care plays a varying role in consultations, depending largely on the issue being discussed. Nutrition and physical exercise were perceived by a number of patients as being unrelated to medical care and were a source of misunderstanding between patient and physician.		The themes of nutrition and physical exercise appeared to be dealt as "ordinary conversation", i.e. non-medical discussion, and neither the patient nor physician deemed them an integral part of the consultation. Comprehensive hypothesis: The theme of diet was discussed in a register associated with heterogeneous knowledge and multiple realities, unlike the subject of hypertension management where the physician's expertise seemed to dominate.		The theme of diet was often raised by the patient but was rarely a key element of the encounter for the physician.	Physicians and patients often disagreed on nutrition and physical activity, conversely of management of hypertension, alcohol and smoking consumption where patient-physician agreement was good.
Level 1	The issue of weight is rarely mentioned, and often even avoided or undervalued, and it is the source of disagreement between patients and physicians.	The question of excess weight was rarely raised and often even avoided in consultation. Overweight is undervalued by both physicians and patients, more frequently for male patients.	Comprehensive hypothesis: the role played by physicians' lifestyle, own weight issues the patient-GP interaction's quality should be explored further.			Physicians and patients disagreed on weight loss counseling.
Level 1	Variation can be observed between physicians in terms of their preventative care practices. These vary according to the characteristics of the physicians, such as their lifestyle, levels of exercise, and their health status, irrespective of the characteristics of the patients. Their respective role in physician-patient interaction should be taken into account.	Comprehensive hypothesis : Physician's own characteristics (age, sex), lifestyle, attitudes, health status, regular habits, relationship with weight, training, and any feeling of having limited power to achieve anything in this area might influence diet counseling during the consultation.	A variability on delivering diet counseling is observed between doctors. Comprehensive hypothesis: Physician's own characteristics (age, sex), lifestyle, and relationship with weight might influence diet counseling during the consultation.			Patient-doctor disagreement on exercise's counseling depended on the physician's practice. Explicative hypothesis: physicians' sociodemographic characteristics, their health status, and their medical training might influence disagreements observed during the consultation.

er Review

Table 2 - Theme 2: The Effect of Physician and Patient Gender on their Interaction

Level of knowledge	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	The gender of physician and patient noticeably influences how the consultation proceeds and the topics that are raised.	The volume of communication comprising explanation of the disease was larger for male physician. Conversely listening to the patients and in-depth discussion on the patient's life were more frequently observed for female physicians.		Female physicians are characterized by the extent to which they listen to their patient and conduct in-depth discussion on the patient's life, asking more questions and letting their patients do more talking. Their consultations also last longer.	Different vocabularies were used according to the patient.	Explicative hypothesis: the female physician's style of communication might explain in part the better agreement on advice given observed when the GP is a woman.
Level 2	Gender concordance/discordance influences levels of agreement/disagreement between physicians and patients.	Comprehensive hypothesis: female physicians may develop "behavior that creates a connection" with their patients in forms that go beyond the specific contractual commitment of the medical relationship.				Gender concordance influences patient-physician agreement on advice given during the consultation.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

Table 3 - Theme 3: Characterization of Physician-Patient Interaction

Level of knowledge	Common knowledge	Qualitative phase: Results and hypothesis				Quantitative phase: Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	Physician-patient interaction can be characterized by various "modes of behaving together", involving levels of cooperation and chosen or imposed delegation of power.	"Modes of behaving together" were described, with on one side patients being more or less autonomous or submissive, and, on the other, the physician acting anywhere from detached to paternalistic.				
Level 1	Two types of physician-patient interaction emerge, depending on the attitude of the physician: whether their attitude prioritizes the technical (clinical) or focuses more on the relational, involving listening and dialog.	Two types of physician's practices were described: one prioritizing the technical (clinic), and the other focusing on the relational, listening and dialog.		Two types of physicians' attitude were described: one prioritizing the technical, labeled a "paradigmatic attitude", and the other focusing on the relational and dialog, the "syntagmatic attitude".		
Level 1	The physician-patient relationship can be characterized by the satisfaction/dissatisfaction of the physician and the patient. Better satisfaction levels are observed for physicians when consultations focus more on the technical, and on topics where scientific consensus prevails. The physician's dissatisfaction with the discussion of topics such as nutrition may contribute to the misunderstandings that arise between physicians and patients.	Physician's satisfaction/insatisfaction might depend on the cooperation and negotiation with the patient, and conversely on their feeling of powerlessness.	Comprehensive hypothesis: doctor's satisfaction might be greater when the scientific expertise is dominating.	Comprehensive hypothesis: the feeling of satisfaction/insatisfaction might depend on topics raised with the patient during the consultation. Patients also tend to be more satisfied with conversations in which they are informed about their state of health and are "listened to" when recounting their symptoms, than those focused on the "relational".	The physician is much more satisfied with patient interaction when he adopts a paradigmatic attitude, and is far less satisfied when adopting a syntagmatic attitude centered on the patient and on their relationship. The compromise lies somewhere in the middle.	Explicative hypothesis: Nutrition's counseling or evaluation of the patient's perceived health status may lead to more dissatisfaction felt by the physician, which could explain in part disagreement observed on these topics.
Level 1	The flow of physician-patient interaction follows varying paths, with some consultations proceeding in a prototypical manner while others seem more "rambling".	While some consultations seemed to proceed in a prototypical manner, following an almost ritual path, others seemed more "rambling", depending on the patients' requests or the opportunities of the consultation.		Two types of consultations were observed: long consultations, in which the patient did most of the talking and the interlocutors used a shared vocabulary, and short consultations, in which the physician did more of the talking and a specific vocabulary was used by each party.		
Level 1	Prevention does not have a formalized place in consultation.	The topic of prevention is not given any dedicated or formalized time, or even necessarily any identifiable time by doctors themselves.			A small place is dedicated to prevention.	
Level 3	In terms of language used, discussions between physicians and patients have various linguistic features; two types of interaction can be observed based on levels of subjectivity or conversely nuance/modalities introduced into the discourse by the physician and patient.			A set of linguistic features that enable us to define the exchanges between physician and patient in terms of language used.		
Level 2		Comprehensive hypothesis: With some patients a relationship of trust focused on the purpose of the medical care needs to be established; while for others patients, a relationship of trust has already been established with the physician, and the interaction takes place in a more familiar register with reciprocity of exchanges.		Two styles of physician-patient interaction were distinguished, based on the level of subjectivity introduced by the interlocutors.		Explicative hypothesis: the degree of subjectivity introduced or not in the encounter might explain in part patient-doctor disagreement, especially on abstract dimensions of the consultation.



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

Table 4 - Theme 4: Elements of Physician-Patient Interaction That May Contribute to the Occurrence of Social Inequalities of Health Based on a Social Gradient

Level of knowledge	Common knowledge	Qualitative phase : Results and hypothesis				Quantitative phase : Results and hypothesis
		Sociological analyses	Psychosocial analyses	Linguistic analyses	Lexicometric analyses	Epidemiological analyses
Level 1	The patient's social context determines the extent of their autonomy or delegation of decision-making to the physician.	Upper executives tended to have good health resources and autonomy within the physician-patient relationship, while less advantaged groups with fewer resources tended to delegate decisions back towards the physician.				Shared decision-making depends on the social context of the patient.
Level 1	"Modes of behaving together" depend on the patient's social context, and some modes of interaction can therefore put patients at more of a disadvantage.	"Modes of behaving together" varied according to types of physician's practices on the one hand and according to the social context and resources of the patient on the other hand.				
Level 1	Physician and patient satisfaction levels are higher in situations of chosen delegation, i.e. when patients show proof of both reflexivity and submission to medical authority. Conversely, physicians appear more often dissatisfied with more autonomous patients.	Physicians were more satisfied with situations of "chosen delegation", when patients showed evidence of both reflexivity and submission to medical authority. Conversely, physicians appeared more dissatisfied with patients who possessed good health resources and took care of their bodies. Comprehensive hypothesis: trust might dominate with situations of "chosen delegation", as an expressed recognition of knowledge and skills of the physician.		Physicians were more in a "relational" style of practice with situation of delegation, and autonomy, and they were more on a technical practice with situations of "chosen delegation". The last one was perceived as more satisfying for the doctor.		
Level 2	The vocabulary used by the physician tends to be more subjective and marked by familiarity, evaluation and value judgments with elderly patients of a lower socioeconomic class. This could explain various misunderstandings between physicians and patients about more abstract dimensions of the consultation.	Comprehensive hypothesis: the level of abstractions and the manipulation of registers that do not reflect the same rationalities may also create distance between physician and patient.	The vocabulary used tended to be more subjective, marked by familiarity, evaluation and value judgments with elderly patients, or with patients from a lower socioeconomic class. The discourse was more modalized and more nuanced with autonomous patients, who had resources in terms of medical knowledge and a good relationship with their body.	The use of pain vocabulary was rare and seemed to be specific to patients with good resources.	Explicative hypothesis: the degree of subjectivity or conversely modalization introduced in the interaction might be one explanation for the gradients observed in physician-patient disagreements, particularly on abstract dimensions of the consultation.	
Level 2	Physician-patient disagreement increases along the social gradient, with higher levels of disagreement in patients with a low level of education. The resulting misunderstandings may lead to patients' needs being underestimated and to different pathways through the health system depending on the patient's social context.	Comprehensive hypothesis: doctors' expectations and stereotypes, and their feeling of limited capacity of action on the area of prevention could contribute to these disagreements.			A gradient in levels of disagreement between physicians and patients on the cardiovascular risk factors's management was observed within the level of education of the patient.	
		Comprehensive hypothesis: the relationship to the body, more or less distanced, could contribute to the observed disagreement on patient's perceived health status.			A gradient in levels of disagreement between physicians and patients on patient's perceived health status was observed within the level of education of the patient.	
Level 1	The social distance perceived by the physician exacerbates physician-patient disagreement on the patient's perceived health. This could lead to underestimation of the patient's needs and to different care pathways depending on the patient's social context. The impact that the physician's own perceptions can have on the quality of the relationship formed with their patients must be taken into account.	Comprehensive hypothesis: prejudices and stereotyping on the part of physicians, and, conversely, processes may vary according to patient resources, with more "commanding" registers can arise between a physician and patient of the same sex, same age, same geographical origin, or having a common interest.			Physicians were more likely than their patients to perceive a social distance between themselves and their patients. "Underestimation" of the patient's perceived health status by the physician compared to the patient's evaluation increased with the degree of perceived distance from their doctor's perspective.	

L'interaction médecin-patient - Intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE. Ve congrès d'épidémiologie ADEL/EPITER, Bruxelles 2012. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012; 60, (sup.2): S90-S91.

AC Schieber^{1,2,3}, M Kelly-Irving^{1,3}, M Membrado⁴, JP Génolini⁵, L Tanguy⁶, P Marchand⁷, T Lang^{1,2,3}, Pour le groupe INTERMEDE.

1. AC Schieber. INSERM Unité 1027, Toulouse, F-31300 ; CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300
2. M Membrado. LISST CIEU UMR 5193, Université de Toulouse Le Mirail
3. JP Génolini. SOI-PRISMH, EA 3690, Université Toulouse Paul Sabatier, UFR STAPS
4. L Tanguy. CLLE-ERSS UMR 5263, CNRS, Université de Toulouse Le Mirail
5. P Marchand. LERASS, EA 827, Université Toulouse Paul Sabatier
6. T Lang. INSERM Unité 1027, Toulouse, F-31300 ; CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300

Introduction – Le projet INTERMEDE réunit différentes équipes de recherche, issues de disciplines variées, épidémiologie, sociologie, textométrie et linguistique, autour d'un objet d'analyse commun : l'interaction médecin-patient dans le contexte de la médecine générale et son rôle sur la constitution d'inégalités sociales de santé. Chaque équipe ayant produit des résultats dans sa propre discipline, l'objectif final du projet vise la formalisation d'un socle commun de connaissances et d'hypothèses issues de la confrontation des différentes approches disciplinaires. Il s'agit de développer une méthode explicite et innovante pour l'intégration des productions interdisciplinaires. **Méthodes** - S'inspirant de la méthode participative Delphi, la méthodologie choisie consistait en plusieurs cycles de questions et feedback par écrit auprès de chaque membre des équipes du projet, afin de synthétiser l'information, de confronter les avis contradictoires et d'identifier les notions clefs ressortant du projet, et par une dernière phase sous forme de réunion plénière. **Résultats** – La méthode a permis de faire émerger des conclusions et des hypothèses selon trois axes : la caractérisation de l'interaction médecin-patient, les échanges autour des habitudes de vie pendant la consultation et la différenciation de la relation médecin-patient selon le gradient social du patient. Ces conclusions seront soumises dans une prochaine étape à un panel de médecins généralistes. **Discussion** – Cette méthode de

travail interdisciplinaire a permis une compréhension des mécanismes qui sous-tendent l'interaction médecin-patient en révélant les convergences des différentes approches disciplinaires.

228 mots

Is social distance perceived by the general practitioner between him/herself and his/her patient related to their agreement on patient's health status? *European Public Health Conference, Copenhagen 9-12 November 2011. European Journal of public health, Volume 21 Supplément 1.*

Schieber AC^{1,2}, Kelly-Irving M¹, Delpierre C¹, Lepage B^{1,2}, Bensafi A^{1,2}, Afrité A³, Pascal J⁴, Cases C⁶, Lombrail P⁵, Lang T^{1,2}, for the INTERMEDE group.

¹INSERM Unité 1027, Toulouse, F-31300

²CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, Toulouse, F-31300

³IRDES, 75018 Paris

⁴Service d'Information Médicale, CHU de Nantes, 44093 Nantes

⁵Laboratoire de santé publique, CHU de Nantes, 44093 Nantes

⁶INED, Paris France

Background- Perceived social position (PSP) has been recently described as a good predictor of health and a “cognitive averaging” of socioeconomic characteristics. The objective of the study is to ascertain whether disagreement between patients and general practitioners (GP) on the patient's health status varies according to their respective perceived social distance (PSD). **Methods-** INTERMEDE is a cross-sectional multicentre study aiming at specifying the nature of patient-GP interaction and its consequences on health inequalities. Data were collected from both patients and doctors via mirrored questionnaires at the GP's office over a two week period in 2007 in France. The sample consists of 585 patients (61% women) and 27 GPs. PSP was measured with a self-rated scale in the form of a 10-rung ladder. The GPs ranked their own PSP in society, as well as their patients'. Patients also ranked their own PSP and that of their GP. PSD was then calculated as the PSP's subtraction from the patients' and GPs' respective responses. **Results**—GPs had a higher PSP relative to others in society based on their own ranking (86.2%) than when ranked by their patients (75.6%) ($p<0.05$). Disagreement between GPs and patients regarding the patient's health status measured by self-rated health was not associated with PSD perceived by the patient whereas it was associated with PSD perceived by the GP: 21.2% of the patients ranked with a lower PSP by their doctor stated that their health was worse relative to their GP's evaluation, versus 7.7% when no distance was perceived ($p<0.05$). In the multilevel multivariate analysis, the disagreement whereby patients evaluated their health as worse than the GP's perspective increased with the PSD perceived by the GP:

OR:3.1 (95%CI=1.1-9.0, $p<0.05$) for low PSD, OR:3.6 (95%CI=1.2-10.6, $p<0.05$) for moderate PSD and OR:4.7 (95%CI=1.4-16.0, $p<0.05$) for a high PSD. **Conclusions-** These findings highlight the doctor's pivotal role in asymmetrical relationships with patients in general practice. Patients perceived by their GP as having a lower PSP who consider themselves to have poor health are less likely to be identified as such in the primary care system, potentially resulting in health care trajectories differentiated based on patient social position.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRES ADMINISTRES LORS DE LA PHASE QUANTITATIVE

- I. LES QUESTIONNAIRES ADMINISTRES AU PATIENT**
- II. LES QUESTIONNAIRES ADMINISTRES AU MEDECIN**

I. LES QUESTIONNAIRES ADMINISTRES AU PATIENT



QUESTIONNAIRE PRE CONSULTATION (QP1)

Merci de répondre à ces questions même si vous choisissez de ne pas participer à l'enquête.

Numéro patient : _____

1. Votre âge ? _____ ans
2. Est-ce la première fois que vous consultez ce médecin ?
 Oui Non
3. Venez-vous pour une consultation en urgence ? (c'est-à-dire que votre état de santé est tel que vous devez être examiné tout de suite, en passant devant les patients déjà présents)
 Oui Non
4. Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ou avez-vous accouché il y a moins de 6 mois ?
 Oui Non
- ① Vous n'êtes pas concerné par cette enquête si vous :
 - êtes âgé de 17 ans et moins
 - ou êtes âgé de 81 ans et plus
 - ou avez répondu 'Oui' à la question n°2, n°3 ou n°4
5. Vous êtes ? Un homme Une femme
6. Votre nationalité ?
7. Votre langue maternelle ?
8. Votre pays de naissance ?
9. Quelle est votre occupation principale actuelle ?
 - Actif occupé
 - Chômeur
 - Retraité
 - Étudiant, élève, stagiaire en formation
 - Autre inactif (personne au foyer...)
 - Autre, précisez :
10. Si vous travaillez actuellement ou avez déjà travaillé, quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
 - Agriculteur exploitant
 - Artisan, commerçant et chef d'entreprise
 - Cadre et profession intellectuelle supérieure
 - Profession intermédiaire (technicien, contremaître, fonctionnaire de catégorie, etc.)
 - Employé
 - Ouvrier
11. Précisez la nature exacte de votre emploi, ou du dernier emploi occupé si vous êtes au chômage ou à la retraite :
12. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?
 - Diplôme supérieur (licence et au-delà)
 - Baccalauréat + 2 ans
 - Baccalauréat ou brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau
 - CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau
 - Brevet des collèges
 - Aucun diplôme ou CEP
 - Autre (diplôme étranger, etc.)
13. Votre foyer se compose, y compris vous-même, d'un ?
 - Adulte seul sans enfant
 - Adulte seul avec enfant(s)
 - Couple sans enfant
 - Couple avec enfant(s)
 - Autre, précisez :
14. Êtes-vous bénéficiaire de la Couverture maladie universelle de base (CMU) ou de l'Aide médicale de l'état (AME) ?
 Oui Non
15. Êtes-vous bénéficiaire d'une couverture complémentaire maladie (mutuelle, assurance ou caisse de prévoyance) ?
 Oui Non Ne sait pas
16. Êtes-vous bénéficiaire de la CMU complémentaire ?
 Oui Non Ne sait pas
17. Comment est votre état de santé en général ?
 - Très bon
 - Bon
 - Moyen
 - Mauvais
 - Très mauvais
18. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si oui, précisez :
19. Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?
 - Oui, fortement limité
 - Oui, limité
 - Non
20. Pour cette consultation, avez-vous pris rendez-vous ?
 Oui Non
21. Quels sont les motifs de la consultation d'aujourd'hui ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Renouvellement d'ordonnance
 - Résultat d'examen (biologie, radiographie...)
 - Problème(s) de santé
 - Précisez :
 - Parce que vous étiez anxieux, stressé, démoralisé, pour un problème personnel
 - Précisez :
 - Parce que vous souhaitiez consulter un spécialiste
 - Raison administrative (certificat médical...)
 - Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
 - Autre, précisez :
22. Avez-vous déclaré ce médecin comme votre médecin traitant à la Sécurité sociale ?
 Oui Non

La participation du patient est totalement anonyme. Les données recueillies ne seront pas transmises à son médecin généraliste.



QUESTIONNAIRE PATIENT POST-CONSULTATION (QP2)

Numéro patient :

1. Depuis combien d'années consultez-vous ce médecin ? années

2. Ce médecin est-il le médecin habituel d'autres membres de votre foyer ?

Oui Non

3. À quelle fréquence consultez-vous ce médecin pour vous-même ?

- Plusieurs fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois tous les trois mois
- Moins souvent

4. Pour certains problèmes de santé (hors ophtalmologie et gynécologie) consultez-vous un autre soignant que ce médecin généraliste sans passer par lui ?

Oui Non

Si oui, votre médecin généraliste le sait-il ?

- Oui pour tous
- Seulement pour certains
- Non
- Ne sait pas

5. Plus précisément, en dehors de ce médecin généraliste, avez-vous consulté directement au cours de l'année passée :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| un autre médecin généraliste ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| un spécialiste (hors ophtalmologue et gynécologue) ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| un homéopathe, un ostéopathe, un acupuncteur ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| un guérisseur, un magnétiseur, un « rebouteux » ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

6. Quels sont les deux éléments que vous retenir principalement de la consultation d'aujourd'hui ? (Numérotez ces deux éléments ci-dessous par ordre d'importance)

- Votre ordonnance a été renouvelée
- Un diagnostic a été posé
- Un traitement vous a été prescrit
- Un examen (biologie, radiographie...) vous a été prescrit
- Vous avez été orienté vers un spécialiste
- Vous avez parlé de vos problèmes personnels
- Vous avez réglé une question administrative (certificat médical...)
- Vous avez fait un bilan ou reçu des conseils de prévention (diététique, vaccination, départ en voyage, contraception, bilan de routine...)
- Autre(s), précisez :

7. Pendant la consultation d'aujourd'hui :

le médecin vous a-t-il examiné ? Oui Non

Plus précisément :

vous a-t-il pris la tension ? Oui Non

vous a-t-il écouté le cœur et/ou les poumons
(avec un stéthoscope) ? Oui Non

vous a-t-il fait un examen clinique (palpation du ventre,
d'un bras ou d'une jambe, oreilles, gorge, etc.) ? Oui Non

vous a-t-il fait un examen gynécologique ? Oui Non

vous a-t-il pesé ? Oui Non

8. Pendant la consultation d'aujourd'hui, le médecin vous a-t-il :

donné un diagnostic sur ce dont vous souffrez ? Oui Non

prescrit de nouveaux médicaments ? Oui Non

modifié votre traitement habituel ? Oui Non

renouvelé votre ordonnance ? Oui Non

prescrit des examens complémentaires (prise de sang,
radiologie...) ? Oui Non

adressé à un spécialiste ? Oui Non

9. Pendant la consultation d'aujourd'hui, le médecin vous a-t-il dit :

que votre tension est trop élevée ? Oui Non

que votre cholestérol dans le sang est trop élevé ? Oui Non

que votre glycémie (taux de sucre dans le sang) est trop élevée ? Oui Non

que votre poids est trop élevé ? Oui Non

10. Pendant la consultation d'aujourd'hui, le médecin vous a-t-il conseillé ou prescrit :

d'avoir plus d'activité physique ? Oui Non

de marcher davantage ? Oui Non

de perdre du poids ? Oui Non

de réduire votre consommation de tabac ? Oui Non

d'arrêter de fumer ? Oui Non

de réduire votre consommation d'alcool ? Oui Non

de ne plus boire d'alcool du tout ? Oui Non

un test de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus
ou colorectal ? Oui Non

11. Pendant la consultation d'aujourd'hui, le médecin vous a-t-il donné des conseils nutritionnels ?

Oui Non

Si oui, vous a-t-il conseillé ou prescrit :

de manger moins (de réduire globalement vos apports caloriques) ? Oui Non

de manger plus équilibré (d'équilibrer glucides lents et rapides, protéines et lipides) ? Oui Non

de manger moins gras (de réduire votre consommation de lipides) ? Oui Non

de manger moins sucré (de réduire votre consommation de glucides) ? Oui Non

de manger des fruits et de légumes plusieurs fois par jour ? Oui Non

Ces conseils étaient-ils liés à une pathologie spécifique dont vous êtes atteint(e) ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez : (Plusieurs réponses possibles)

- Hypertension
- Cholestérol
- Diabète
- Autre, précisez :

12. Êtes-vous venu(e) à cette consultation avec des questions précises à poser ?

Oui Non

Si oui :

Avez-vous pu poser toutes vos questions ?

Oui Non

Si vous n'avez pas pu poser toutes vos questions, quelle est la raison principale ?

- Vous n'avez pas osé
- Vous n'avez pas eu le temps
- Vous avez oublié

Êtes-vous globalement satisfait(e) des réponses que vous avez eues de votre médecin ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt pas satisfait(e)
- Pas du tout satisfait(e)

Si vous n'êtes pas ou plutôt pas satisfait(e), pourquoi ?

- Vous n'avez pas eu toutes les réponses que vous souhaitez
- Vous ne comprenez pas bien toutes ses réponses
- Vous ne voyez pas comment appliquer l'ensemble de ses conseils (ses réponses)

13. Lors de cette consultation :

considérez-vous avoir été suffisamment informé(e) sur ce qui vous arrive ?

Oui Non

y a-t-il eu des informations que vous n'avez pas comprises ?

Oui Non

14. Êtes-vous d'accord avec les décisions prises pendant cette consultation concernant :

le choix du traitement ?

Oui Non Pas de traitement

l'orientation vers un spécialiste ?

Oui Non Pas d'orientation

la prescription d'examen complémentaire ?

Oui Non Pas d'examen

15. Habituellement faites-vous du sport ou pratiquez-vous une activité physique comme le jardinage ou la marche à pied ?

Oui Non

16. Au cours de la semaine passée, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez marché au moins 30 minutes ?

|__| Jours

17. Fumez-vous, même occasionnellement ?

- Régulièrement
 Une cigarette de temps en temps
 Jamais

18. Combien de verres standards consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 verres
 3 ou 4 verres
 5 ou 6 verres
 7 à 9 verres
 10 verres ou plus
 Vous ne consommez pas d'alcool

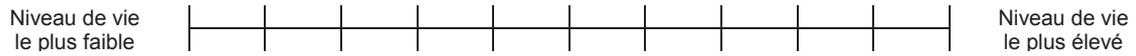
19. Vous considérez-vous comme une personne... ?

(Une seule réponse. Ne pas tenir compte des problèmes de santé ponctuels comme une grippe)

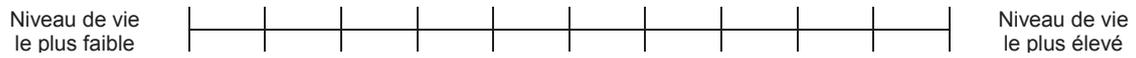
- En bonne santé
 Malade
 Handicapée
 Âgée

20. Les gens ont un niveau de vie plus ou moins élevé dans la société. Situez-vous sur cette échelle qui va des niveaux de vie les plus faibles aux niveaux de vie les plus élevés.

Merci de faire une croix entre deux graduations de cette échelle :



Situez de même votre médecin généraliste :



21. Poids du patient ? |__|__|__| kg |__|

22. Taille du patient ? |__| m |__|__| cm

QUESTIONNAIRE PATIENT – SUITE DE CONSULTATION (QP3)

Numéro patient :

Date : ... / ... / 2007

1. Depuis la consultation du .././.. lors de laquelle nous vous avons interrogé, avez-vous consulté de nouveau votre médecin généraliste ou un autre médecin pour le même motif ?

Oui Non

Si Oui → passez à la question 5

Si Non → passez à la question 2

2. Lors de la consultation du .././.. le médecin vous a-t-il prescrit des médicaments ?

Oui Non

S'il vous a prescrit des médicaments, avez-vous suivi le traitement tel qu'il était indiqué sur l'ordonnance (nombre et durée de prises) ?

Oui Non

Si vous ne l'avez pas suivi tel qu'il était indiqué sur l'ordonnance, c'est parce que ?

Vous ne le supportiez pas ou craigniez de ne pas le supporter (à cause des effets secondaires)

- Pour vous, cette prescription est difficile à respecter
- Vous vous sentiez mieux
- Vous avez des difficultés financières pour payer les médicaments
- Vous ne croyez pas en l'efficacité du traitement

3. Lors de la consultation du .././.., votre médecin généraliste vous a-t-il orienté vers un spécialiste ?

Oui Non

S'il vous a orienté vers un spécialiste :

- vous l'avez déjà consulté ou pris rendez-vous et devez y aller bientôt
- vous avez essayé mais n'avez pas réussi à obtenir un rendez-vous
- vous n'avez pas pris rendez-vous

Si vous n'avez pas pris rendez-vous, c'est parce que ?

- Vous vous sentez mieux
- Vous n'avez pas le temps
- Vous ne voyez pas l'utilité de consulter ce spécialiste
- Vous avez des difficultés financières
- Le cabinet du spécialiste est éloigné de votre domicile

4. Lors de la consultation du .././.., votre médecin généraliste vous a-t-il prescrit des examens complémentaires (analyses biologiques, radiographies, ...) ?

Oui Non

S'il vous a prescrit des examens complémentaires :

- vous avez fait les examens ou avez pris rendez-vous et devez y aller bientôt
- vous avez essayé mais n'avez pas réussi à obtenir un rendez-vous
- vous n'avez pas pris rendez-vous

Vous n'avez pas encore pris rendez-vous parce que ?

- Vous vous sentez mieux
- Vous n'avez pas le temps
- Vous ne voyez pas l'utilité de ces examens
- Vous avez des difficultés financières
- Le centre d'examen est éloigné de votre domicile

5. Parlez-vous de votre poids ou de votre alimentation avec votre médecin généraliste ?

- Souvent
- De temps en temps
- Rarement ou jamais

Lors de la consultation du/.., avez-vous parlé de votre poids ou de votre alimentation ?

- Oui Non

Vous a-t-il donné des conseils pour perdre du poids ou pour modifier votre alimentation ?

- Oui Non

S'il ne vous a pas donné de tels conseils, auriez-vous aimé qu'il vous en donne ?

- Oui Non

S'il vous a donné de tels conseils, était-ce à votre demande ?

- Oui Non

S'il vous a donné de tels conseils, avez-vous appliqué ses conseils (depuis la consultation) ?

- Oui Non

Si vous n'avez pas appliqué ses conseils, c'est parce que ? (Une seule réponse possible)

- Vous en avez assez qu'il vous parle de votre poids et de votre alimentation
- Vous n'en voyez pas l'utilité
- Vous savez mieux que lui ce qu'il convient de faire
- Vous n'arrivez pas à suivre un régime
- Ses conseils ne sont pas adaptés à votre situation
- Vous êtes déjà suivi par un spécialiste ou un autre professionnel de santé
- Vous avez d'autres priorités

6. Vous trouvez-vous gros ? Oui Non

Quel poids souhaiteriez vous atteindre ou garder ? kg

Si vous trouvez votre poids trop élevé, selon vous, à quoi est dû celui-ci ?

- A une alimentation trop abondante ou déséquilibrée
- A un manque d'activité physique

11. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 verres
- 3 ou 4 verres
- 5 ou 6 verres
- 7 à 9 verres
- 10 verres ou plus

12. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Chaque jour ou presque

13. Quel est votre poids ? |__|__|__| kg

14. Pour les propositions suivantes, indiquez votre degré d'accord :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Si je tombe malade, c'est mon propre comportement qui détermine avec quelle rapidité je me rétablis				
2. Quoique je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade				
3. Avoir des contacts réguliers avec mon médecin est la meilleure manière pour moi d'éviter la maladie				
4. La plupart des choses qui affectent ma santé m'arrivent par accident				
5. Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter un professionnel de la santé				
6. Je maîtrise ma santé				
7. Ma famille a beaucoup à voir avec le fait que je tombe malade ou que je reste en bonne santé				
8. Quand je tombe malade, c'est de ma faute				
9. La chance joue un grand rôle dans la rapidité avec laquelle je me rétablis				
10. Les médecins maîtrisent ma santé				
11. Mon état de santé est principalement dû à la chance				
12. Ce qui est le plus important pour ma santé, c'est ce que je fais moi-même				
13. Si je prends soin de moi, je peux éviter la maladie				
14. Quand je me remets d'une maladie, c'est en général parce que d'autres personnes (par exemple, docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi				
15. Quoique je fasse, je tomberai probablement malade				
16. Je tomberai malade s'il doit en être ainsi				
17. Si j'agis de façon appropriée, je peux rester en bonne santé				

18. En ce qui concerne ma santé, je ne peux faire que ce que mon médecin me recommande de faire				
---	--	--	--	--

6. Quelle est l'occupation principale actuelle de ce patient ?

- Actif occupé
- Chômeur
- Retraité
- Étudiant, élève, stagiaire en formation
- Autre inactif (personne au foyer...)
- Autre, précisez :
- Ne sait pas

7. S'il travaille actuellement ou a déjà travaillé, pouvez-vous préciser sa catégorie socioprofessionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire (technicien, contremaître, fonctionnaire de catégorie B, etc.)
- Employé
- Ouvrier
- Ne sait pas

8. Pouvez-vous préciser la nature exacte de son emploi, ou du dernier emploi occupé s'il est au chômage ou à la retraite ?

- Précisez :
- Ne sait pas

9. Quel est le diplôme le plus élevé obtenu par ce patient ?

- Diplôme supérieur (licence et au-delà)
- Baccalauréat + 2 ans
- Baccalauréat ou brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau
- CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau
- Brevet des collèges
- Aucun diplôme ou CEP
- Autre (diplôme étranger, etc.)
- Ne sait pas

10. Le foyer de ce patient se compose, y compris lui-même, d'un ?

- Adulte seul sans enfant
- Adulte seul avec enfant(s)
- Couple sans enfant
- Couple avec enfant(s)
- Autre, précisez :
- Ne sait pas

11. Ce patient est-il bénéficiaire de la Couverture maladie universelle de base (CMU) ou de l'Aide médicale de l'état (AME)?

- Oui Non Ne sait pas

12. Ce patient est-il bénéficiaire d'une couverture complémentaire maladie (mutuelle, assurance ou caisse de prévoyance) ?

- Oui Non Ne sait pas

13. Ce patient est-il bénéficiaire de la CMU complémentaire ?

Oui Non Ne sait pas

14. Depuis combien d'années ce patient vous consulte-t-il ? années

15. À quelle fréquence ce patient vous consulte-t-il ?

- Plusieurs fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois tous les trois mois
- Moins souvent

16. Selon vous, pour certains problèmes de santé (hors ophtalmologie et gynécologie) ce patient consulte-t-il un autre soignant sans passer par vous ?

Oui Non Ne sait pas

17. Quels sont les deux éléments que vous retenir principalement de cette consultation ?

- Vous avez renouvelé l'ordonnance
- Vous avez posé un diagnostic
- Vous avez prescrit un traitement
- Vous avez prescrit un examen (biologie, radiographie...)
- Vous avez orienté ce patient vers un spécialiste
- Vous avez écouté le patient parler de ses problèmes personnels
- Vous avez réglé une question administrative (certificat médical...)
- Vous avez fait un bilan ou donné des conseils de prévention (diététique, vaccination, départ en voyage, contraception, bilan de routine...)
- Autre(s), précisez :

18. De votre point de vue, quel est le plus important de ces deux éléments ?

- Vous avez renouvelé l'ordonnance
- Vous avez posé un diagnostic
- Vous avez prescrit un traitement
- Vous avez prescrit un examen (biologique, radio...)
- Vous avez orienté ce patient vers un spécialiste
- Vous avez écouté le patient parler de ses problèmes personnels
- Vous avez réglé une question administrative (certificat médical...)
- Vous avez fait un bilan ou donné des conseils de prévention (diététique, vaccination, départ en voyage, contraception, bilan de routine...)
- Autre, précisez :

19. Pendant la consultation d'aujourd'hui :

avez-vous examiné le patient ? Oui Non

Plus précisément :

lui avez-vous pris la tension ? Oui Non

l'avez-vous ausculté ? Oui Non

lui avez-vous fait un examen clinique (palpation du ventre, d'un bras ou d'une jambe, oreilles, gorge, etc.) ? Oui Non

lui avez-vous fait un examen gynécologique ? Oui Non

l'avez-vous pesé ? Oui Non

20. Pendant la consultation d'aujourd'hui, avez-vous :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| donné un diagnostic au patient sur ce dont il souffre ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| prescrit des nouveaux médicaments ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| modifié son traitement habituel ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| renouvelé son ordonnance ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| prescrit des examens complémentaires (prise de sang, radiologie...)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| adressé à un spécialiste ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

21. Pendant la consultation d'aujourd'hui, avez-vous dit au patient :

- | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| que sa tension est trop élevée ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| que son cholestérol dans le sang est trop élevé ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| que sa glycémie est trop élevée ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| que son poids est trop élevé ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

22. Pendant la consultation d'aujourd'hui, avez-vous conseillé ou prescrit au patient :

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| d'avoir plus d'activité physique ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de marcher davantage ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de perdre du poids ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de réduire sa consommation de tabac ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| d'arrêter de fumer ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de réduire sa consommation d'alcool ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de ne plus boire d'alcool du tout ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| un test de dépistage ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

23. Pendant la consultation d'aujourd'hui, avez-vous donné des conseils nutritionnels au patient ?

Oui Non

Si oui, avez-vous conseillé ou prescrit au patient :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| de manger moins ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de manger plus équilibré ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de manger moins gras ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de manger moins sucré ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| de manger des fruits et de légumes plusieurs fois par jour ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

Ces conseils étaient-ils liés à une pathologie spécifique dont est atteint le patient ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez : (Plusieurs réponses possibles)

- Hypertension
- Cholestérol
- Diabète
- Autre, précisez :

24. Ce patient est-il venu à cette consultation avec des questions précises à vous poser ?

Oui Non Ne sait pas

25. Pendant la consultation d'aujourd'hui, avez-vous eu le sentiment :

d'avoir répondu à toutes ses questions ? Oui Non Sans objet

que le patient est globalement satisfait de vos réponses ? Oui Non Sans objet

de l'avoir suffisamment informé sur ce qu'il lui arrive ? Oui Non

qu'il a bien compris tout ce que vous lui avez expliqué ? Oui Non

26. Y a-t-il certains sujets que vous n'avez pas abordés aujourd'hui parce que ce n'était pas le bon moment (pressé, autre priorité...) ?

Oui Non

27. Habituellement ce patient fait-il du sport ou pratique-t-il une activité physique comme le jardinage ou la marche à pied ?

Oui Non Ne sait pas

28. Au cours de la semaine passée, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels ce patient a marché au moins 30 minutes ?

Jours Ne sait pas

29. Ce patient fume-t-il, même occasionnellement ?

- Régulièrement
- Une cigarette de temps en temps
- Jamais
- Ne sait pas

30. Combien de verres standards ce patient consomme-t-il au cours d'une journée ordinaire où il boit de l'alcool ?

- 1 ou 2 verres
- 3 ou 4 verres
- 5 ou 6 verres
- 7 à 9 verres
- 10 verres ou plus
- Ne sait pas
- Ce patient ne consomme pas d'alcool

31. Ce patient est-il en surpoids ?

Oui Non

32. Parlez-vous avec ce patient de son poids ou de son alimentation ?

- Souvent
- De temps en temps

QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL MÉDECIN (QM3)

Numéro médecin : |_|_|_|_|

Date : |_|_|_|_|_|_2_|_0_|_0_|_7_|

I.1.1. Vos caractéristiques

1. Âge : |_|_|_| ans

2. Sexe : Homme Femme

3. Quelle est la profession (si médecin, préciser médecine générale ou autre spécialité) :

de votre conjoint(e) ?

de votre père ?

de votre mère ?

4. Année de votre thèse de médecine ? |_|_|_|_|

5. Avez-vous d'autres diplômes que celui de thèse de médecine générale ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Intitulé : Niveau du diplôme :

Intitulé : Niveau du diplôme :

Intitulé : Niveau du diplôme :

6. Année d'installation (début d'exercice) ? |_|_|_|_|

7. Secteur d'exercice ?

- Secteur 1
- Secteur 2
- Non conventionné

8. Mode d'exercice ?

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe monodisciplinaire
- Cabinet de groupe multidisciplinaire

9. Participez-vous à un réseau de soins (alcool, cancer, ville-hôpital, etc.) ?

Oui Non

10. Exercez-vous d'autres activités médicales ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

- Enseignement
 Recherche
 Médecine du travail, activité de prévention, etc.
 Vacances hospitalières
 Autres, précisez :

11. Dans le mode d'organisation de votre cabinet, vos consultations sont-elles ?

- Sur rendez-vous exclusivement
 Sans rendez-vous exclusivement
 En alternance avec et sans rendez-vous

12. Dans votre agenda, les consultations sont programmées toutes les ? |__|__| minutes

13. Combien de demi-journées par semaine consultez-vous (à votre cabinet ou à domicile) ?

|__|__| demi-journées/semaine

14. Qu'est-ce qui vous a amené à choisir le métier de médecin généraliste libéral ? (Plusieurs réponses possibles)

- L'intérêt pour la pratique médicale (établir un diagnostic, réaliser certains actes techniques, etc.)
 La perspective d'être utile et de soulager
 La prise en charge globale des patients
 La relation avec les patients
 L'autonomie professionnelle
 Les perspectives de revenus
 Le statut social
 Autre(s), précisez :

I.1.2. Votre pratique

15. Recueillez-vous les informations suivantes auprès de vos patients ?

	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
La vie en couple ou non				
La composition de la famille				
La situation professionnelle (en activité actuellement, au chômage, etc.)				
La profession				
Les diplômes				
La couverture complémentaire maladie (mutuelle, assurance ou caisse de prévoyance)				

16. Votre pratique varie-t-elle pour des patients qui ont le même état de santé :

en fonction de l'âge ? Oui Non
 en fonction du sexe ? Oui Non
 en fonction de la catégorie sociale ? Oui Non

Pouvez-vous préciser en quoi et pourquoi votre pratique varie ?

.....

.....

.....

Dans les questions suivantes, nous aimerions que vous nous décriviez le comportement de plusieurs groupes de patients (définis en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur catégorie sociale).

17. Selon vous, pour des pathologies aiguës, comment les patients de ces différents groupes suivent-ils les traitements médicamenteux que vous leur prescrivez ?

	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les hommes				
Les femmes				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

18. Selon vous, en cas d'hypertension, comment les patients de ces différents groupes suivent-ils les traitements médicamenteux que vous leur prescrivez ?

	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les hommes				
Les femmes				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

19. Selon vous, en cas de diabète, comment les patients de ces différents groupes suivent-ils les examens réguliers de contrôle que vous leur prescrivez ?

	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les hommes				
Les femmes				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

20. Selon vous, comment les patients de ces différents groupes suivent-ils les conseils diététiques ou les régimes alimentaires prescrits sur le long terme ?

	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les hommes				
Les femmes				
	Toujours ou presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais ou presque jamais
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

21. Selon vous, quel est le niveau d'attente de conseils d'éducation à la santé (alcool, tabac) des patients de ces différents groupes ?

	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les hommes				
Les femmes				
	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

22. Selon vous, quel est le niveau d'attente de conseils diététiques ou de régimes alimentaires des patients de ces différents groupes ?

	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les jeunes				
Les personnes d'âge moyen				
Les personnes âgées				
	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les hommes				
Les femmes				
	Très élevé	Élevé	Peu élevé	Bas
Les catégories sociales modestes				
Les catégories sociales moyennes				
Les catégories sociales élevées				

23. Selon vous, les patients de ces différents groupes sont-ils :

	Plutôt « surconsommateurs » de soins	Plutôt consommateurs de soins « appropriés »	Plutôt « sous-consommateurs » de soins
Les jeunes			
Les personnes d'âge moyen			
Les personnes âgées			
	Plutôt « surconsommateurs » de soins	Plutôt consommateurs de soins « appropriés »	Plutôt « sous-consommateurs » de soins
Les hommes			
Les femmes			
	Plutôt « surconsommateurs » de soins	Plutôt consommateurs de soins « appropriés »	Plutôt « sous-consommateurs » de soins
Les catégories sociales modestes			
Les catégories sociales moyennes			
Les catégories sociales élevées			

24. Selon vous, quel type de relation avec leur médecin généraliste est le plus fréquemment souhaité par les patients de ces groupes ?

	Le médecin sait et décide au mieux pour le patient	Les informations et les décisions sont partagées entre médecin et patient	Le patient décide ce qui est le mieux pour lui
Les jeunes			
Les personnes d'âge moyen			
Les personnes âgées			
	Le médecin sait et décide au mieux pour le patient	Les informations et les décisions sont partagées entre médecin et patient	Le patient décide ce qui est le mieux pour lui
Les hommes			
Les femmes			
	Le médecin sait et décide au mieux pour le patient	Les informations et les décisions sont partagées entre médecin et patient	Le patient décide ce qui est le mieux pour lui
Les catégories sociales modestes			
Les catégories sociales moyennes			
Les catégories sociales élevées			

25. Selon vous, pour des pathologies aiguës, comment les patients bénéficiaires de la CMU suivent-ils les traitements médicamenteux que vous leur prescrivez ?

- Toujours ou presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais ou presque jamais

26. Selon vous, en cas d'hypertension, comment les patients bénéficiaires de la CMU suivent-ils les traitements médicamenteux que vous leur prescrivez ?

- Toujours ou presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais ou presque jamais

27. Selon vous, en cas de diabète, comment les patients bénéficiaires de la CMU suivent-ils les examens réguliers de contrôle que vous leur prescrivez ?

- Toujours ou presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais ou presque jamais

28. Selon vous, comment les patients bénéficiaires de la CMU suivent-ils les conseils diététiques ou les régimes alimentaires prescrits sur le long terme ?

- Toujours ou presque toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais ou presque jamais

29. Selon vous, quel est le niveau d'attente de conseils d'éducation à la santé (alcool, tabac) des patients bénéficiaires de la CMU ?

- Très élevé
- Élevé
- Peu élevé
- Bas

30. Selon vous, quel est le niveau d'attente de conseils diététiques ou de régimes alimentaires des patients bénéficiaires de la CMU ?

- Très élevé
- Élevé
- Peu élevé
- Bas

31. Selon vous, les patients bénéficiaires de la CMU sont-ils ?

- Plutôt « surconsommateurs » de soins
- Plutôt consommateurs de soins « appropriés »
- Plutôt « sous-consommateurs » de soins

32. Selon vous, quel type de relation avec leur médecin généraliste est le plus fréquemment souhaité par les patients bénéficiaires de la CMU ?

- Le médecin sait et décide au mieux pour le patient
- Les informations et les décisions sont partagées entre médecin et patient
- Le patient décide ce qui est le mieux pour lui

I.1.3. Votre état de santé

33. Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

34. Vous trouvez-vous gros ?

Oui Non

35. Quel est votre poids ? |_|_|_| kg

36. Quel poids souhaiteriez-vous atteindre ou garder ? |_|_|_| kg

37. Fumez-vous, même occasionnellement ?

Régulièrement
 Une cigarette de temps en temps
 Jamais

38. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais
 1 fois par mois ou moins
 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine
 4 fois par semaine ou plus

39. Combien de verres standards consommez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 verres
 3 ou 4 verres
 5 ou 6 verres
 7 à 9 verres
 10 verres ou plus

40. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus au cours d'une même occasion ?

Jamais
 Moins d'1 fois par mois
 1 fois par mois
 1 fois par semaine
 Chaque jour ou presque

41. Quelle est votre taille ? |_| m |_|_| cm

42. Les gens ont un niveau de vie plus ou moins élevé dans la société. Situez-vous sur cette échelle qui va des niveaux de vie les plus faibles aux niveaux de vie les plus élevés.

Merci de faire une croix entre deux graduations de cette échelle :

Niveau de vie le plus faible |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Niveau de vie le plus élevé

ANNEXE 3
AUTRES TRAVAUX REALISES
DANS LE CADRE DU PROJET INTERMEDE ET DE LA THESE

- I. LISTE DES AUTRES PUBLICATIONS ET DES COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DU PROJET INTERMEDE ET DE LA THESE**
- II. PUBLICATION PARUE DANS LE *BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE***

**LISTE DES AUTRES PUBLICATIONS ET DES COMMUNICATIONS REALISEES DANS LE CADRE DU
PROJET INTERMEDE ET DE LA THESE**

Revue Internationale avec comité de lecture

Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, Pascal J, Lang T. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *Br J Gen Pract.* 2011 Mar;61(584):e105-11*.

**Conférences Nationales avec comité de lecture
Communication orale**

Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrité A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, Pascal J, Lang T, pour le groupe INTERMEDE. L'accord entre patients et médecins généralistes sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire à la sortie de la consultation est-il lié au contexte social du patient ? 3e colloque thématique de l'Adelf, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 15-16 mai 2009*.

Communication affichée

Schieber AC, Garnung M, Delpierre C, Kelly-Irving M, Grosclaude P, Lang T. Pour une typologie des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Colloque thématique de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse 2012.

Autres

Lang T, Lepage B, Schieber AC, Lamy S, Kelly-Irving M. Social determinants of cardiovascular diseases. *Public Health Reviews.* 2011;33: Epub ahead of print.

Conférence invitée

Schieber AC. La relation patient - médecin généraliste et ses conséquences sur les inégalités sociales de santé. L'étude INTERMEDE. Un projet de recherche pluridisciplinaire. Séance plénière au VIe séminaire CUESP des Internes de Santé Publique, Toulouse 2010*.

**Travaux réalisés dans le cadre du doctorat pour le diplôme d'état de docteur en médecine*

Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation?

The INTERMEDE study

Anne-Cécile Schieber, Michelle Kelly-Irving, Christine Rolland, Anissa Afrite, Chantal Cases, Paul Dourgnon, Pierre Lombrail, Jean Pascal and Thierry Lang

ABSTRACT

Background

Understanding interactions between patients and GPs may be important for optimising communication during consultations and improving health promotion, notably in the management of cardiovascular risk factors.

Aim

To explore the agreement between physicians and patients on the management of cardiovascular risk factors, and whether potential disagreement is linked to the patient's educational level.

Design of study

INTERMEDE is a cross-sectional study with data collection occurring at GPs' offices over a 2-week period in October 2007 in France.

Method

Data were collected from both patients and doctors respectively via pre- and post-consultation questionnaires that were 'mirrored', meaning that GPs and patients were presented with the same questions.

Results

The sample consisted of 585 eligible patients (61% females) and 27 GPs. Agreement between patients and GPs was better for tangible aspects of the consultation, such as measuring blood pressure ($\kappa = 0.84$, standard deviation [SD] = 0.04), compared to abstract elements, like advising the patient on nutrition ($\kappa = 0.36$, SD = 0.04), and on exercise ($\kappa = 0.56$, SD = 0.04). Patients' age was closely related to level of education: half of those without any qualification were older than 65 years. The statistical association between education and agreement between physicians and patients disappeared after adjustment for age, but a trend remained.

Conclusion

This study reveals misunderstandings between patients and GPs on the content of the consultation, especially for health-promotion outcomes. Taking patients' social characteristics into account, notably age and educational level, could improve mutual understanding between patients and GPs, and therefore, the quality of care.

Keywords

cardiovascular diseases; communication; counselling; healthcare disparities; education; patients; physician-patient relations; physicians; socioeconomic factors.

INTRODUCTION

Understanding interactions between patients and GPs is potentially important for optimising communication during consultations and improving health promotion, notably in the management of cardiovascular risk factors.¹⁻³ Little is known of the role played by these interactions in the maintenance or production of health disparities.⁴⁻⁶

The objective of this study was to explore the concordance between GPs and patients' declarations on the management of cardiovascular risk factors, and to explore whether potential disagreement was linked to patients' educational level.

METHOD

Study design

The design and methods of the INTERMEDE study's quantitative phase (Figure 1) have been described in detail elsewhere.⁷

Briefly, answers to questions on management of cardiovascular risk factors (obesity, arterial

A-C Schieber, MD; T Lang, MD, PhD; M Kelly-Irving, PhD; C Rolland, Université Toulouse III INSERM UMR 1027, Toulouse, France. A Afrite; C Cases, PhD; P Dourgnon, PhD; IRDES, Paris, France. P Lombrail, MD, PhD, Laboratoire de Santé Publique, CHU de Nantes, France. J Pascal, MD, PhD, Service d'Information Médicale, CHU de Nantes, France.

Address for correspondence

Dr Anne-Cécile Schieber, ONCOMIP, Inserm U558, 20-24 rue du pont Saint-Pierre, Toulouse, 31052, France. E-mail: annececile.schieber@gmail.com

Submitted: 8 April 2010; Editor's response: 22 April 2010; final acceptance: 19 July 2010.

©British Journal of General Practice

This is the full-length article (published online 28 Feb 2011) of an abridged version published in print. Cite this article as: *Br J Gen Pract* 2011; DOI: 10.3399/bjgp11X561159.

hypertension, sedentary lifestyle, poor diet, alcohol and tobacco consumption) were collected from 'mirrored questionnaires', whereby patients and their GPs were asked the same questions respectively and independently after the consultation, in a sample of volunteer GPs and their patients (Appendix 1). Physicians were not advised to enquire about cardiovascular risk factors.

Educational level was used to measure socioeconomic status in three categories: A-level+ (≥ 12 years' education); up to GCSE (general certificate of secondary education; 6–11 years' education); and no qualification (< 6 years' education).

Statistical analysis

Agreement between patients and GPs about what happened during consultations was analysed using the kappa statistic κ .⁸ The cluster effect of several patients sharing the same physician was taken into account by carrying out a multilevel logistic regression analysis, adjusting for age and sex.⁹ Analyses were conducted using Stata 10 statistical software.

Ethics

All data were anonymised, and the study received approval from the French Data Protection Authority (CNIL).

RESULTS

Quantitative sample

The sample consisted of 585 eligible patients and 27 GPs (Figure 2). Patient characteristics are described in Table 1. No difference was observed in educational level between the sexes; however, there was an association between age and education, where 48.7% of patients without any diploma were aged over 65 years. GP characteristics are described in Table 2.

Agreement between physicians and patients

Overall, concordance varied widely by topic (Appendix 2). Physician non-response to questions about the assessment of patients' physical activity level, and patients' cigarette and alcohol consumption were high (18.7%, 14.4%, and 39.7% respectively).

Agreement between physicians and patients and patients' educational levels

The bivariate analyses (Appendix 2) showed that as patients' level of education decreased, there was a significant decrease in agreement between patients and their GPs about information given by the GP during the consultation (blood pressure, glycaemia, weight). A similar gradient was observed for whether advice was given on nutrition, weight loss, and

How this fits in

Little is known about the role played by patient–physician interaction in producing, maintaining, or reducing health disparities in the health services. There is poor agreement between patients and GPs on advice given on diet and exercise; while, in contrast, there is a good level of concordance on advice given on alcohol and cigarette consumption. Comprehension between patients and GPs may be influenced by patients' demographic characteristics, such as age and educational level.

physical activity, with the poorest agreement for patients without any qualification. Among the discordant pairs, physicians were likely to declare having advised their patients on nutrition (67%), when the patients claimed the opposite (33%).

Associations with education level disappeared with the introduction of patients' age into the model (Table 3). No interaction term was statistically significant, and the multilevel analysis revealed no significant physician-level effect.

DISCUSSION

Summary of main findings

The research aim was to explore facets of the patient–physician interaction, which may generate

Figure 1. Diagram of quantitative data-collection procedure.

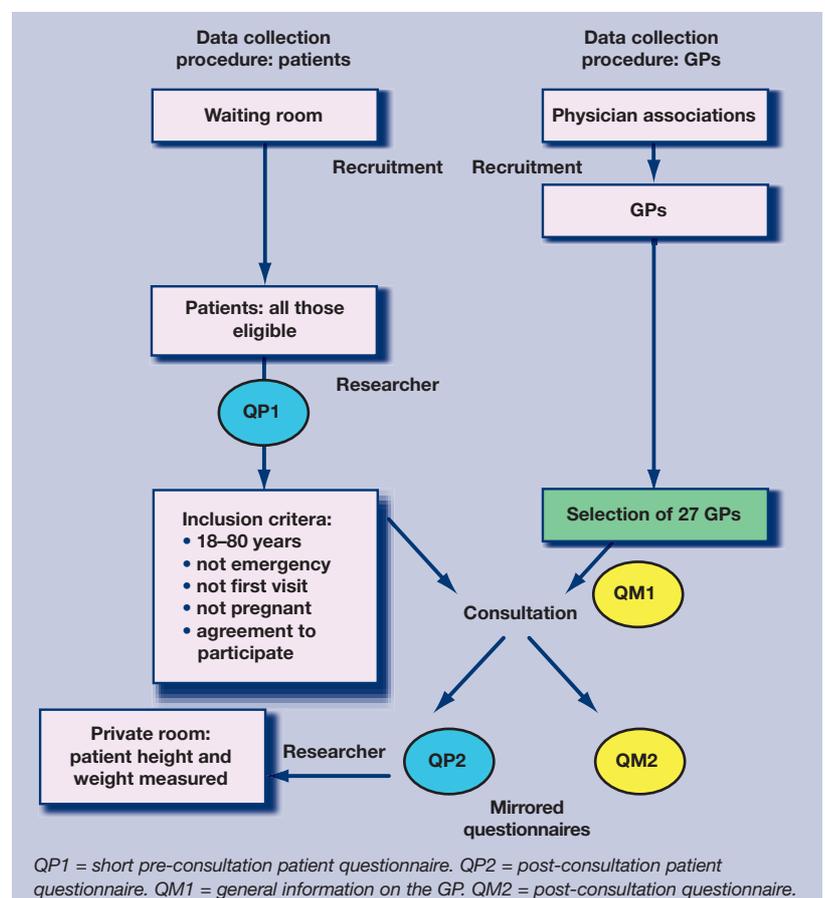
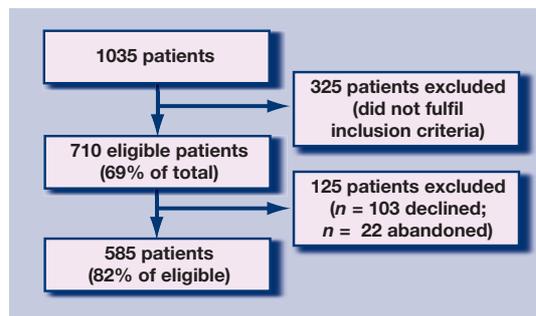


Figure 2. Diagram of quantitative patients' sample.



health disparities, notably concerning the management of cardiovascular risk factors in the context of primary care. The agreement between patients and their GPs was better for tangible aspects of the consultation, such as measurements and physical examinations undertaken (auscultation, measuring blood pressure and weight) and information given, compared to more abstract dimensions, such as counselling and assessing patients' physical activity and alcohol intake.

Discordances between patients and physicians were most salient for facets of the consultation relating to physical activity and nutrition, while, in contrast, there was a good level of concordance on whether advice was given on alcohol and cigarette consumption. Thus, the management of hypertension, and alcohol and cigarette consumption were discussed more readily and understood by both parties during a typical consultation, in contrast to issues of nutrition and

physical activity. This highlights that some facets of the management of cardiovascular risk factors appear to be dealt with more comfortably by both patients and GPs, whereas others are characterised by lack of clarity and misunderstanding.

Patients' age played a significant role in the concordance between physicians and patients, and was closely related to the level of education, with older patients having the lowest level of education. Although adjusting for age in the multivariate model deleted a statistical association between education and agreement/disagreement between patients and GPs, a trend across educational categories still remained. It is likely, therefore, that both age and educational level play a role in determining concordance between patients and GPs, whereby mutual comprehension may be affected when the patient is older and/or has a low education level. This could potentially lead to misunderstandings between patients and GPs and, consequently, to the quality of care being compromised.

Strengths and limitations of the study

To the authors' knowledge, this study is original in its design and contributes to understanding what goes on during a consultation between patients and GPs.

Potential bias and limitations of study design have been described and discussed in detail elsewhere.⁷ While κ is the most commonly used statistic for measuring the agreement between two or more observers, the limitations of this statistic are well known,¹⁰ explaining why a multiple regression was carried out in the second step of the analyses.

Comparison with existing literature

This study brings to light misunderstandings between patients and GPs in the content of the consultation, especially with regard to prevention. A study of three general practices in England revealed how patients' and doctors' perceptions of the content of the consultation differed according to the patients' social class.¹¹ Doctors perceived that they listened, examined, and gave advice less often to patients in the lowest social class compared to those in the upper social classes, and gave explanations more often to males than females. Taira *et al* showed that physicians were more likely to discuss diet and exercise with high-income patients than those from a low-income group; however, they were more likely to discuss smoking with low-income patients.¹²

A rich international literature highlights that a patient's inclination to participate in medical decision making, notably on cardiovascular disease management, varies by characteristics, such as age and education, but also by sex, coping style, and severity of condition.¹³⁻¹⁸ This emphasises the

Table 1. Patient characteristics.

Patient characteristics	Males, % (n)	Females, % (n)	P-value
	38.8 (227)	61.2 (358)	
Region			
Pays de la Loire	38.2 (66)	61.9 (107)	
Ile de France	36.0 (77)	64.0 (137)	
Midi-Pyrénées	42.4 (84)	57.6 (114)	NS
Age, years			
18-34	24.8 (56)	22.9 (82)	
35-49	22.6 (51)	31.0 (111)	
50-59	27.0 (61)	16.2 (58)	
≥60	25.7 (58)	29.9 (107)	<0.05
Educational level, years of education			
A-level and higher (≥12 years)	43.0 (92)	47.6 (165)	
Up to GCSE (6-11 years)	39.3 (84)	30.3 (105)	
No qualification (<6 years)	17.8 (38)	22.2 (77)	NS
BMI, ^a kg/m ²			
<18.5	0.9 (2)	3.7 (13)	
18.6-24.9	41.2 (93)	50.6 (176)	
25.0-29.9	42.0 (95)	26.4 (92)	
≥30.0	15.9 (36)	19.3 (67)	<0.005

^aAnthropometric measures such as body weight and height were measured in a private room by the researcher; body mass index (BMI) was then computed as body weight divided by reported height squared (kg/m²). GCSE = general certificate of secondary education. NS = not significant.

importance of a shared identity between patients and physicians that improves patients' trust, satisfaction, and observance, facilitating more positive healthcare interactions.^{19,20} Likewise, the way in which a physician perceives a patient (for example, intelligent, compliant) affects how they treat them during the consultation.^{21–25} If, as evidence suggests, the patient–physician relationship does affect a patient's healthcare trajectory, how they are treated, and their compliance with treatments could, in turn, lead to health disparities that will permeate across the healthcare system.

Implications for clinical practice and future research

Taking age and educational level into account during a consultation in general practice could improve the mutual comprehension between physicians and their

Table 2. GP characteristics.

GP characteristics	Males	Females
<i>n</i>	17	10
Age, years		
35–44	2	1
45–54	7	5
55–61	8	4
Fees		
Sector 1 ^a	15	10
Sector 2 ^b	2	0
Type of practice		
Individual	6	2
Group of GPs	9	5
Multidisciplinary (GPs and specialists)	2	3

^astandardised French National Health Service fee.

^bphysician variable fee.

Table 3. Agreement between physicians and patients on the management of cardiovascular risk factors during the consultation. Multilevel logistic regression analysis.^a

Educational level, years of education	OR (95% CI)	P-value	OR adjusted for patients' sex (95% CI)	P-value	OR adjusted for patients' sex and age (95% CI)	P-value
Information given to the patient						
High blood pressure						
A-level and higher, ≥12	2.9 (1.2 to 7.3)	0.023	2.9 (1.2 to 7.3)	0.021	1.6 (0.6 to 4.2)	0.383
Up to GCSE, 6–11	1.7 (0.7 to 4.2)	0.221	1.8 (0.7 to 4.3)	0.194	1.1 (0.4 to 2.9)	0.821
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –121.0	–117.1		–116.8		–110.2	
Overweight						
A-level and higher, ≥12	2.8 (1.4 to 5.7)	0.005	2.8 (1.3 to 5.6)	0.006	1.9 (0.9 to 4.2)	0.094
Up to GCSE, 6–11	1.5 (0.8 to 2.9)	0.253	1.4 (0.7 to 2.8)	0.319	1.1 (0.5 to 2.3)	0.798
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –186.3	–175.6		–174.5		–169.0	
Advice given to the patient						
Weight loss						
A-level and higher, ≥12	2.4 (1.8 to 5.0)	0.016	2.4 (1.2 to 4.9)	0.017	1.9 (0.9 to 4.1)	0.121
Up to GCSE, 6–11	1.4 (0.7 to 2.8)	0.383	1.3 (0.6 to 2.7)	0.452	1.1 (0.5 to 2.2)	0.878
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –193.7	–182.9		–181.9		–179.8	
Nutrition						
A-level and higher, ≥12	2.6 (1.4 to 4.9)	0.002	2.6 (1.4 to 4.9)	0.002	1.8 (0.9 to 3.5)	0.097
Up to GCSE, 6–11	1.6 (0.9 to 3.0)	0.133	1.6 (0.9 to 3.1)	0.127	1.2 (0.6 to 2.3)	0.657
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –241.7	–227.76		–227.7		–221.8	
Exercise						
A-level and higher, ≥12	1.8 (1.0 to 3.3)	0.051	1.6 (0.9 to 3.0)	0.1	1.1 (0.6 to 2.0)	0.837
Up to GCSE, 6–11	2.1 (1.1 to 4.0)	0.025	2.3 (1.2 to 4.4)	0.012	1.6 (0.8 to 3.2)	0.155
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –256.0	–246.1		–245.9		–240.8	
Cigarette consumption						
A-level and higher, ≥12	0.7 (0.2 to 2.6)	0.564	0.7 (0.2 to 2.6)	0.567	1.2 (0.3 to 5.0)	0.802
Up to GCSE, 6–11	0.2 (0.1 to 0.8)	0.031	0.3 (0.1 to 0.9)	0.038	0.4 (0.1 to 1.6)	0.197
No qualification, <6	1.0		1.0		1.0	
Log likelihood, –126.9	–116.3		–113.1		–109.9	

^aA multivariate analysis was conducted for items statistically linked to the level of education ($P < 0.05$). GCSE = general certificate of secondary education. OR = odds ratio.

patients, and therefore the quality of care, notably in relation to management of cardiovascular risk factors. Future research on how best to advise patients on nutrition and exercise could be a first step.

Funding body

INSERM; research proposal 2005 IVRSP 'Inégalités sociales des santé'; project number A06024BS.

Ethical approval

The French National Commission for Information Technology and Civil Liberties. Patient physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. Volume n°1228223. Paris; 11 September 2007.

Competing interests

The authors have stated that there are none.

Acknowledgements

The INTERMEDE pilot study was funded by the Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) in 2005 and 2008. We would like to thank all the 27 GPs and 585 patients who generously agreed to participate in the different phases of the project. We would also like to thank the members of the fieldwork team who collected data on behalf of the study.

Discuss this article

Contribute and read comments about this article on the Discussion Forum: <http://www.rcgp.org.uk/bjgp-discuss>

REFERENCES

- Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; **49(446)**: 711–716.
- Scott A, Shiell, King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Soc Sci Med* 1996; **42(1)**: 35–46.
- Haute Autorité de la Santé [French national authority for health]. *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle — actualisation 2005*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HTA_2005_recos.pdf (accessed 12 Aug 2010).
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al, for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008; **358(23)**: 2468–2481.
- Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. [Health care and secondary access to inequalities]. *Rev Epidemiol Sante* 2007; **55(1)**: 23–30.
- Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health* 2005; **15(5)**: 441.
- Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, et al. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Serv Res* 2009; **9**: 66.
- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960; **20**: 37–46.
- Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, et al. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health* 2006; **60(4)**: 290–297.
- Viera A, Garrett J. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med* 2005; **37(5)**: 360–363.
- Martin E, Russel D, Goodwin S, et al. Why patients consult and what happen when they do. *BMJ* 1991; **303(6797)**: 289–292.
- Taira DA, Safran DG, Seto TB, et al. The relationship between patient income and physician discussion of health risk factors. *JAMA* 1997; **278(17)**: 1412–1417.
- Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, et al. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006; **7**: 62.
- Arber S, McKinlay J, Adams A, et al. Patient characteristics and inequalities in doctor's diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med* 2006; **62(1)**: 103–115.
- Arber S, McKinlay J, Adams A, et al. Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: a UK/US video experiment. *Br J Gen Pract* 2004; **54(506)**: 673–678.
- Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Social Health Illn* 2008; **30(1)**: 1–18.
- Ribet C, Lang T, Zins M, et al. Do cardiovascular risk factors in men depend on their spouses' occupational category? *Eur J Epidemiol* 2001; **17(4)**: 347–56.
- Scheitel SM, Boland BJ, Wollan PC, Silverstein MD. Patient-physician agreement about medical diagnoses and cardiovascular risk factors in the ambulatory general medical examination. *Mayo Clin Proc* 1996; **71(12)**: 1131–1137.
- Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 2007; **65(3)**: 586–598.
- Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008; **6(3)**: 198–205.
- Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005; **56(2)**: 139–146.
- Ong L, De Haes JC, Hoss AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; **40(7)**: 903–918.
- Balsa AI, McGuire TG. Statistical discrimination in health care. *J Health Econ* 2001; **20(6)**: 881–907.
- Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ* 2003; **22(1)**: 89–116.
- Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997; **44(6)**: 809–819.

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRES ADMINISTRES POUR LE PREMIER ET LE DEUXIEME TOUR DU DELPHI

MODIFIE

- I. QUESTIONNAIRE ADMINISTRE POUR LE PREMIER TOUR**
- II. QUESTIONNAIRE ADMINISTRE POUR LE SECOND TOUR**

I. QUESTIONNAIRE ADMINISTRE POUR LE PREMIER TOUR

Equipe :

Membre de l'équipe :

Discipline :

1. Vos résultats permettent-ils de caractériser l'interaction entre patient et médecin généraliste ?

Oui

Non

- Si oui, pouvez vous synthétiser comment vous avez caractérisé l'interaction :
- Si non, pouvez vous expliquer pourquoi :

- Si oui, avez-vous identifié des éléments de l'interaction faisant référence:

-au rapport de genre du couple patient/ médecin

Oui

Non

Si oui, développer :

- à l'âge

Oui

Non

Si oui, développer :

- à la surcharge pondérale

Oui

Non

Si oui, développer :

- à une autre catégorie sociale

Oui

Non

Si oui, développer :

- à d'autres éléments

Oui

Non

Si oui, développer :

2. Les résultats de vos travaux peuvent-ils être utilisés pour confirmer ou non l'existence d'inégalités sociales de santé associés avec l'interaction patient-médecin en médecine générale ?

Oui, les résultats permettent de confirmer des inégalités associées à l'interaction

Oui, les résultats permettent de confirmer que des inégalités associées à l'interaction *n'ont pas été* identifiées

Non, les résultats ne permettent pas d'identifier des inégalités

-Si vous avez identifié des inégalités, plus spécifiquement avez-vous noté des facteurs liés:

-au diagnostic	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-au traitement ou prise en charge	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-aux recommandations médicales	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-à la qualité de la relation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-au déroulement de la consultation	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Développer plus sur les inégalités identifiées, puis passez à la question 3. :

- Si vos résultats permettent d'identifier des inégalités, mais vous n'en avez pas identifiées, quelles sont vos conclusions sur le rôle de l'interaction entre médecin/patient et les inégalités sociales de santé ? Passez ensuite à la question 4.
- Si vos résultats ne permettent pas d'identifier des inégalités sociales de santé, expliquer pourquoi. Passez ensuite à la question 4.

3. Si des inégalités potentielles ont été identifiées, quels mécanismes de l'interaction sont susceptibles d'être productrices d'inégalités, ou quelles sont vos hypothèses sur les mécanismes en jeux?

4. Vos travaux vous permettent-ils d'avancer d'autres hypothèses ou conclusions, non liés forcément aux questions de recherche ou objectives initiales du projet, mais pertinents à la santé publique ?

Oui
Non

Si oui, développez :

II. QUESTIONNAIRE ADMINISTRE POUR LE SECOND TOUR

EQUIPE/NOM :

INTEGRATION DES PRODUCTIONS INTERDISCIPLINAIRES DU PROJET INTERMEDE -2^e partie -

Table des matières

I.	CARACTERISATION DE L'INTERACTION MEDECIN PATIENT.....	235
II.	INTERACTIONS MEDECIN PATIENT ET CARACTERISTIQUES DU MEDECIN	242
III.	INTERACTIONS MEDECIN PATIENT ET CARACTERISTIQUES DU PATIENT.....	244
IV.	L'INTERACTION PATIENT-MEDECIN EN MEDECINE GENERALE EST-ELLE SOURCE D'INEGALITES SOCIALES DE SANTE ? PAR QUELS MECANISMES ?	253
V.	RECOMMANDATIONS.....	265

Pour chaque section sont rapportées les connaissances partagées, c'est-à-dire retrouvée selon plusieurs approches, et les hypothèses qui s'en dégagent. Pour chacune de ses parties, votre accord est demandé afin de valider les productions communes, et une section est prévue pour vos remarques et propositions de formulations.

La dernière partie sera consacrée à la formulation de recommandations concrètes qui devront être partagées par l'ensemble des équipes : votre niveau d'accord y est à nouveau demandé, ainsi que vos remarques et propositions de formulations.

A l'issue de cette étape, un nouveau document sera initié et une réunion organisée afin de finaliser les productions communes et les recommandations en émanant.

I. CARACTERISATION DE L'INTERACTION MEDECIN PATIENT

- ❖ **Des variables sociologiquement construites se traduisent par des différences sur le plan interactionnel d'un point de vue linguistique et lexicométrique**

Fait observé (*sociologie, linguistique et lexicométrie*)

Les consultations de type « écoute clinique » se caractérisent par une prise de parole importante du patient, ce qui entraîne une consultation plus longue. Elles se rapprochent également de l'attitude syntagmatique (parler à quelqu'un) où l'écoute et le dialogue sont plus importants. A l'inverse, les consultations de type « hygiène de vie » montrent une prise de parole plus importante du médecin, avec un patient qui pose plus de questions. Les consultations de type « traitement médical » sont plus courtes, avec également un taux de questions important de la part du patient ; elles se rapprochent de l'attitude paradigmatique (parler de quelque chose) qui s'accompagne d'un vocabulaire plus explicatif.

Hypothèse

Il semble que c'est la prise de parole du patient qui entraîne des consultations longues, dans lesquelles le vocabulaire est partagé. Inversement, les consultations courtes sont celles où le médecin prend la parole et emploie un vocabulaire spécifique.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (*sociologie, linguistique et lexicométrie*)

La consultation « écoute clinique » est définie par des patients autonomes, très soucieux de leur corps et de leur santé, des ressources modérées. La consultation « hygiène de vie » est définie par une délégation choisie des patients, des patients moyennement soucieux de leur santé et des ressources mobilisées faibles. Enfin la consultation « traitement maladie » est basée sur des patients autonomes, moyennement soucieux de leur santé, des ressources en santé élevées. Les médecins sont davantage sur la relation (syntagmatique) en situation de délégation subie et d'autonomie (se situe à l'intermédiaire), mais davantage sur le médical (paradigmatique) en situation de délégation choisie.

Hypothèses

- Sur l'attitude paradigmatique en "délégation choisie", on peut faire l'hypothèse que c'est la relation de "confiance" qui domine en même temps que la reconnaissance exprimée des savoirs et des compétences du médecin (et de ses propres limites en tant que patient : se reposer sur l'expert c'est parfois reposant).

- Nous posons l'hypothèse que les patients ont tendance à être plus satisfaits d'une relation qui les informe sur leur état de santé et qui est à leur "écoute" des symptômes rapportés, que sur le relationnel (même si cette dimension fait partie de la qualité de la relation). On le voit dans l'expression du "jugement" sur le médecin.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ **Les échanges autour des habitudes de vie**

Fait observé (*sociologie et épidémiologie*)

La prise en charge de l'hypertension artérielle, mais également les consommations d'alcool et de tabac semblent être mieux comprises entre les deux acteurs lors d'une consultation, à l'inverse d'autres thématiques comme celles de la nutrition et de l'activité physique, qui semblent relever « de la conversation ordinaire », non médicalisée, que le patient et le médecin semblent considérer comme ne relevant pas à part entière de la consultation. En cas de désaccord, c'est plus souvent le médecin qui dit avoir donné un conseil que le patient dit ne pas avoir entendu.

Hypothèses

- Dans le cas des habitudes alimentaires et physiques, les registres sur lesquels portent les communications sont plus liés à des savoirs hétérogènes et des réalités multiples (le sain, le bien, le beau définissent des systèmes de valeurs qui ne reviennent pas à l'expertise médicale), tandis que pour le tabac et l'alcool domine un savoir expert qui fait office de consensus autour du rapport à la maladie.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (sociologie)

Les recommandations hygiéno-diététiques diffèrent en termes de volume de communication et de fréquence d'apparition du thème, selon les médecins (variabilité inter-médecin). Certains médecins abordent plus spécifiquement l'alimentation alors que d'autres centreront leur discours préventif sur les pratiques additives telles que l'alcool ou le tabac.

Hypothèses

- Nous posons l'hypothèse que le mode de vie du médecin influence les recommandations hygiéno-diététiques prodiguées au cours d'une consultation. Un prolongement de cette étude à partir d'entretiens auprès des médecins généralistes sur leurs socialisations, tentera d'y répondre (Dans les analyses épidémiologiques, les effectifs étaient insuffisants pour objectiver l'influence des comportements (alcool, tabac) et poids du médecin).

- L'étude a montré que, outre les séquences de prévention bien définies et délimitées retrouvées au cours d'une consultation à la demande du patient ou à l'initiative du médecin, d'autres moments sont opportuns pour aborder l'hygiène de vie en consultation, tels que l'examen clinique et l'auscultation. Ces temps de prévention plus informels ont pu être repérés grâce à la méthodologie de l'étude (observations enregistrées et retranscrites) et à l'analyse thématique du contenu des consultations par le découpage en séquence des thèmes apparus successivement au cours d'une consultation.

Contrairement à certaines idées reçues, les médecins généralistes s'impliquent davantage dans la prévention, que les résultats d'étude retrouvés sur ce sujet. Ils semblent pratiquer la médecine et la prévention de manière non discriminante face à la variabilité des problématiques de prise en charge des patients, face aux différences de rapport à la maladie, face aux disparités des modes de vie de leurs patients et face à la diversification des consultations où le patient est appréhendé comme une identité singulière.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Les échanges autour du poids

Fait observé (sociologie et épidémiologie)

La question du surpoids est peu abordée et même souvent évitée, en consultation, entre le médecin et le/la patient-e et surpoids est sous-estimé de part et d'autre, d'autant plus par les patients masculins : il existe une minimisation (banalisation) du risque surpoids dans l'absence de pathologie associée. De plus, la question du surpoids est le lieu de malentendus et d'un accord entre médecins et patients qui reste modéré à faible. Le désaccord mis en évidence pour les conseils liés à la perte de poids est d'autant plus important que le patient est en surpoids ou obèse, et que le patient est une femme ; il est plus important dans le sens d'un médecin qui dit avoir donné un conseil mais que le patient dit ne pas avoir entendu.

Hypothèses sous-tendant cette banalisation et ces malentendus

- Absence de « prise » liée aux dimensions socio-culturelles des conduites alimentaires
- Refus d'intervention face à l'absence de demande
- Résistance à une activité chronophage, des conditions d'exercice actuelles inadpatées
- Préservation de la relation et laisser faire le temps (questions jugées trop sensibles ou intrusives par leur dimension morale)
- Décalage ou malentendu dans l'interprétation (raison médicale face à raison esthétique ou de confort)
- Absence de lien établi entre symptômes douloureux et surcharge pondérale
- Illusion de la connaissance du patient et l'anticipation de son comportement
- Propre attitude du médecin en matière de surpoids
- Désaccord du médecin avec les recommandations de bonne pratique

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Une dynamique d'adaptation et de convergence lexicale

Fait observé (lexicométrie)

L'analyse séparée des interventions des médecins et de celle des patients montre des lexiques tout à fait comparables. On en conclue à une dynamique d'ajustement : les deux protagonistes, engagés dans une conversation structurée (question-réponse, résolution de problème) entrent dans une dynamique d'adaptation et de convergence lexicale. Il ne s'agit pas, bien entendu, d'affirmer que patient et médecin ont le même discours, et les autres équipes de cette opération sauront mettre en évidence les mécanismes de différenciation et d'ajustement. Une simple recherche des spécificités lexicales permet ainsi de différencier les deux protagonistes : Le médecin emploie des pronoms de deuxième personne (vous, votre, vos, tu, éventuellement on ; « est-ce que vous... », « ça vous... », « si vous... »), des verbes prescriptifs ou interrogatifs (prenez, faites, mangez, êtes, pouvez, respirez, asseyez, allongez...), et un vocabulaire médical (cholestérol, risque(s), sang, tension, artères, douleurs, facteur, insuline, nerf...) ; La première marque du patient est la réponse (oui, non ; oui, oui / non, non...), et les pronoms de première personne (je, moi, me) ou troisième (« il m'a dit », « je lui ai dit », « ça me... »). Les verbes sont plus descriptifs (mange, bois, aime, je sais, je sais pas, je me suis, j'ai mal...).

On notera, cependant, que deux thématiques sont mises en avant par les patients, mais rarement structurante pour les médecins : le travail et l'alimentation. Inversement, le médecin peut intervenir sur des questions de suivi médical (vaccins et suivis des enfants).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Une variation dans le comportement langagier des patients et des médecins

Fait observé (linguistique)

L'interaction est caractérisée sur la base d'un ensemble de propriétés qui permettent de décrire sur le plan langagier l'échange entre le médecin et le patient dans le cadre des consultations (longueur de l'échange, part prise par chacun, fréquence des questions, partage de vocabulaire, marques de subjectivité, longueur de chaque phase de la consultation – après découpage manuel préalable en 5 phases, etc.). Deux profils d'interaction peuvent être décrits : des consultations longues où le médecin écoute le patient et où c'est principalement le patient qui parle et les consultations courtes où le médecin conduit la discussion (et le patient écoute). A ces deux profils viennent s'ajouter deux styles d'interaction :

- les interactions où les interlocuteurs modalisent/nuancent la véracité/pertinence de leur propos
- les interactions plus fortement marquées de subjectivité où les locuteurs utilisent davantage des mots exprimant un certain degré d'affectivité et de jugement de valeur, parfois dans un registre plus familier

L'interaction semble de nature différente selon certaines caractéristiques du médecin (sexe) et du patient (âge, populaire), comme on l'abordera plus loin.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

II. INTERACTIONS MEDECIN PATIENT ET CARACTERISTIQUES DU MEDECIN

❖ Variabilité des pratiques

Fait observé (sociologie, lexicométrie, linguistique et épidémiologie)

Les deux types de pratiques classiques des médecins généralistes ont été retrouvés: une attitude orientée vers la technique (clinique) et une attitude plus orientée sur le relationnel, l'écoute et le dialogue, avec une tendance plus forte sur l'une ou l'autre selon les ethos et les rapports particuliers à la médecine et la relation de soin. La relation est vécue par le médecin d'autant plus satisfaisante quand il met en place une attitude paradigmatique (consultations « hygiène de vie », consultations « traitement maladie »), et d'autant moins satisfaisante quand il met en place une attitude syntagmatique centrée sur le sujet, relation, écoute (consultation « écoute clinique »), le compromis se situant à l'intermédiaire.

Hypothèses

- Le médecin semblerait plus à l'aise sur des questions où son savoir expert domine (comme c'est le cas pour la prise en charge de l'hypertension artérielle, au contraire de domaines comme la nutrition, et l'activité physique, où des discordances plus grandes étaient retrouvées). C'est ce qui caractérise habituellement la médecine générale et aussi ce qu'on appelle le paradoxe de cette médecine prise entre le rapport aux savoirs "hospitaliers" appris dans le cadre de la formation et les savoirs construits dans la pratique quotidienne. Ce paradoxe se manifeste aussi dans le rapport tendu que les médecins généralistes ont aux "spécialistes" et à la médecine "scientifique" (qui se traduit assez souvent par à la fois un complexe et une volonté de valorisation de leurs pratiques de "proximité"). La relation c'est ce qui fait une grande partie de la médecine générale, mais quand ils arrivent à être sur quelque chose d'"un peu plus pointu" cela serait plus valorisant.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Age et sexe du médecin

Fait observé (sociologie, linguistique et épidémiologie)

La pratique du médecin, sa façon d'interagir et le déroulé de la consultation varient selon ses facteurs socio-démographiques.

Les médecins femmes se démarquent par une activité d'écoute et de discussion plus intense sur la vie du patient, posent plus de questions et laissent plus la parole à son patient ; leurs consultations sont plus longues. A l'inverse, les consultations « hygiène de vie » où le médecin est le principal locuteur impliquent des médecins hommes, avec des explications sur la maladie plus importantes. Il existe également moins de désaccord sur les conseils donnés pendant la consultation (conseils nutritionnels, pratique d'une activité physique) quand le médecin est une femme.

Hypothèses

- Les médecins femmes semblent avoir des « modes d'agir dans la complicité » avec des patientes (ce qui n'exclut pas que ce mode puisse s'instaurer entre des patients hommes et des médecins hommes, autour du sport par exemple). Mais cette relation chez les femmes médecins, prend des formes qui outrepassent l'engagement contractuel spécifique de la relation thérapeutique : l'une parle de « faire quelque chose d'un peu plus global » ; mais pour une autre c'est aussi être, avec certaines patientes, dans une relation d'empathie (« je me dis que si j'étais pas leur médecin, je pourrais être leur copine »).
- On pourrait dire que les attributions sexuées, quand on dit par exemple « c'est un homme », « c'est une femme » marquent les modes d'interaction de part et d'autre (« c'est une femme, elle a dû sentir... » ou encore, un médecin qui consulte chez une médecin ne lui parle pas de sa hernie abdominale). Mais la qualification de l'interaction en consultation elle-même, son analyse et sa caractérisation n'est pas suffisamment mobilisée pour cette recherche. Ce sont donc plus des pistes ou hypothèses de recherche.

Fait observé (linguistique)

Les médecins plus âgés posent plus de questions, ils répètent plus, ont un discours plus subjectif et des consultations plus courtes que les médecins plus jeunes. Les médecins plus jeunes, comme les patients plus jeunes ont un taux de modalisation plus élevé (vocabulaire permettant de nuancer les faits exposés).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

III. INTERACTIONS MEDECIN PATIENT ET CARACTERISTIQUES DU PATIENT

❖ Sexe du patient

Fait observé (linguistique)

De la même façon que lorsque le médecin est une femme, les échanges sont en moyenne plus longs avec des patientes femmes et il y a une part plus grande de la parole du patient, et une plus grande écoute du médecin. Inversement pour les hommes.

Fait observé (épidémiologie)

Le sexe du patient ne joue pas de rôle significatif sur l'accord médecin patient, à l'exception de deux cas : un désaccord plus important est retrouvé sur la santé perçue du patient quand le patient est une femme, avec un médecin sur-estimant la santé perçue du patient, et un désaccord plus important sur les conseils liés au poids (une fois l'IMC rentré dans le modèle).

Hypothèse

Les femmes ont tendance à sous-estimer leur santé perçue comme elles sur-estiment au contraire des hommes leur éventuel surpoids/obésité. Un désaccord sur ces questions peut traduire des exigences plus importantes et des attentes différentes en matière de santé.

Fait observé (lexicométrie)

Sur un corpus global (80 consultations), on observe que les consultations ont tendance à révéler des vocabulaires différents : pour les hommes, traitements médicamenteux et (de façon moins prononcée), troubles du sommeil et alimentation ; et pour les femmes : gestion administrative et suivi médical et social (enfants).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Age et contexte social du patient

Remarque (sociologie, linguistique, lexicométrie et épidémiologie)

Dans la phase qualitative et quantitative, on retrouve de fortes associations entre l'âge du patient, son contexte social et son rapport au corps. Dans les données épidémiologiques, les patients sans diplôme sont également les patients les plus âgés, de plus mauvaise santé perçue, plus souvent en surpoids ou obèses, aux pathologies ou limitations chroniques plus fréquentes, et dont la distance sociale perçue avec son médecin sont les plus grandes. Dans les données qualitatives, les patients âgés sont plus associés au statut « populaire ».

Fait observé (linguistique, lexicométrie et épidémiologie)

Les patients plus âgés et de catégorie populaire prennent plus la parole que les jeunes, et modalisent moins leur discours (vocabulaire permettant de nuancer les faits exposés). De plus, face à un patient âgé et de catégorie populaire, le médecin a tendance à utiliser d'avantage de vocabulaire subjectif (marqué par la familiarité, l'évaluation, les jugements de valeur), le type de consultation est alors majoritairement « traitement ». Le discours est au contraire plus modalisé, plus nuancé, avec les patients qui ont des ressources (en termes de connaissances médicales) et un bon rapport au corps. Les notions de doute (peut-être, apparemment, probablement) sont détectées pour les ressources faibles et moyennes, mais disparaissent pour les ressourcées élevées.

Hypothèse

Ces notions de doutes et de subjectivité plus importants pour les patients de catégorie populaire, et de niveau de ressources plus faibles pourraient expliquer en partie les gradients dessinés par les désaccords entre médecins et patients sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire et sur l'évaluation de la santé perçue du patient, avec des désaccords plus importants pour les patients âgés et/ou de niveau d'éducation faible.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (épidémiologie)

Le gradient dans le désaccord médecin patient est très marqué pour toutes les variables plus « abstraites » comme les conseils donnés liés à la nutrition, la pratique d'une activité physique et l'évaluation de la santé perçue. Il y a alors plus souvent une surestimation de la santé perçue de la part du médecin par rapport au patient, et d'autant plus fréquemment pour les patients sans diplôme. De plus, ce risque de surestimation de la santé perçue du patient de la part du médecin est fortement relié avec la distance sociale que perçoit le médecin entre lui-même et son patient : plus le médecin perçoit une distance avec son patient, plus le médecin surestime la santé perçue de son patient.

Hypothèse

Sachant que les patients de niveau social plus bas sous estiment eux-mêmes leur propre santé perçue et sachant que la santé perçue est un indicateur de morbidité et de mortalité reconnu, les conséquences d'une telle mésestimation et d'un tel désaccord n'en sont que potentialisées.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (*lexicométrie*)

Dans l'analyse lexicométrique, des effets apparaissent, mais les spécificités sont statistiquement faibles. Pour les personnes de faibles ressources : la forme comporte plus de verbes et de conjonctions, mais peu d'adverbes et de chiffres, pas de thématique très spécifique, sinon une tendance à aborder la médication. Pour les ressources moyennes, on traite davantage de la médication et de la gestion administrative, et la forme comporte plus de noms mais peu d'adjectifs, de verbes et de pronoms. Pour les ressources élevées, on traite plus particulièrement de l'alimentation et de la douleur, et la forme comporte plus d'adjectifs et d'adverbes. L'utilisation d'un vocabulaire de la douleur est rare mais semble être spécifique des patients aux ressources élevées.

Hypothèse

De la même façon que pour la santé perçue où une meilleure évaluation était faite pour les patients de niveau d'éducation élevé, et moins de désaccord retrouvé, la douleur et l'alimentation, dimensions plus subjectives et moins quantifiables, pourraient être mieux abordées avec des patients de niveau social plus favorisé, la demande peut-être mieux clarifiée par le patient, et/ou l'évaluation peut-être de meilleure qualité de la part du médecin.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (*sociologie, lexicométrie et linguistique*)

On a vu que la consultation « écoute clinique » était définie par des patients autonomes, très soucieux de leur corps et de leur santé, des ressources modérées, qui vont mobiliser la parole, avec un vocabulaire spécifique, et entraîner une consultation plus longue. La consultation « hygiène de vie » est définie par une délégation choisie des patients, des patients moyennement soucieux de leur santé et des ressources mobilisées faibles, le médecin prend majoritairement la parole et les consultations sont plus courtes. Enfin la consultation « traitement maladie » est basée sur des patients autonomes, moyennement soucieux de leur santé, des ressources en santé élevées. Les cadres supérieurs sont du côté des fortes ressources en santé et d'une autonomie dans la relation médecin-patient, tandis que les catégories populaires moins dotées se situent dans un rapport de délégation à l'égard du médecin.

De plus, les médecins ont tendance à plus se satisfaire de la relation avec le patient dans le cas d'une délégation choisie, c'est-à-dire lorsque les patients font à la fois preuve de réflexivité et soumission à l'autorité médicale. A l'inverse les médecins se montrent plutôt insatisfaits pour des patients qui possèdent de fortes ressources en santé et sont très soucieux de leur corps.

Hypothèses

- Cette insatisfaction pouvant être le résultat d'interactions caractérisées par ce que nous avons nommé la « compétition des savoirs ». Rappelons que dans le mode d'interaction (mode d'agir) appelé « la compétition des savoirs », où le patient et le médecin se situaient sur un niveau proche (en tout cas dans la volonté du patient), les catégories « populaires » (ouvriers, personnels de services etc...) sont absentes.

- On voit que les patients autonomes et de ressources élevées se situent dans les consultations « traitement maladie ». On peut évoquer la notion soulevée plus haut d'une plus grande satisfaction de la part des patients d'une relation qui les informe sur leur état de santé et qui est à leur "écoute" des symptômes rapportés, que sur le relationnel quelque soit le patient, mais peut-être plus affirmée par les patients au contexte social plus favorisé.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Surpoids et obésité du patient

Fait observé (épidémiologie)

La présence d'un surpoids ou d'une obésité chez un patient joue un rôle très important dans le désaccord patient médecin sur de nombreuses variables étudiées (comme pour le désaccord lié à la perte de poids mais également pour le désaccord sur les conseils nutritionnels donnés, les conseils liés à l'activité physique, l'évaluation de la santé perçue du patient), dans des ratios pouvant aller jusqu'à 10 pour les patients obèses (et ajusté sur d'autres variables).

Fait observé (lexicométrie)

Il semble que l'IMC n'ait une influence que sur les thématiques abordées : « IMC normal », troubles du sommeil, alimentation, sport et activité ; « IMC en surpoids », examens complémentaires ; « IMC obésité », traitements réguliers et propos plus généraux (invalidité, urgence, tabac, maigrir, insuline, faim...).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Proximité médecin patient

Hypothèse (sociologie, épidémiologie)

De la proximité peut se construire entre un médecin et un patient de même sexe, de même âge, de même origine géographique, ayant un centre d'intérêt commun, se rencontrant dans les réunions de parents d'élèves... Une patiente nous signale que sa fille habite dans l'appartement précédemment occupé par le généraliste. De l'interconnaissance se tisse, pouvant contribuer à une meilleure compréhension mutuelle, modifier la structure de communication des premières consultations. Une analyse épidémiologique des facteurs pouvant influencer une distance perçue par le médecin montre que l'effet le plus important est retrouvé avec le sexe du médecin, une distance plus importante est retrouvée quand le médecin est une femme (et également plus importante quand la patiente est une femme). En prenant la catégorie médecin homme-patient homme en référence (OR=1), on retrouve une distance 2 fois plus importante quand le médecin est un homme et que la patiente est une femme ($p=0.036$), une distance 7 fois plus importante ($p=0.027$) quand le médecin et la patiente sont des femmes, et une distance 8 fois plus importante quand le médecin est une femme et que son patient est un homme, ajusté sur d'autres variables dont le niveau d'éducation du patient (résultats en cours d'approfondissement). On voit l'importance du rapport de genre joué dans la proximité ressentie par le médecin avec son patient. Ces résultats peuvent peut-être se rapprocher des observations faites par les sociologues, où les hommes sont plus nombreux à rapporter des relations « d'égal à égal », dans un mode d'interaction (mode d'agir) appelé « la compétition des savoirs », où le patient et le médecin se situaient sur un niveau proche (en tout cas dans la volonté du patient), et où les catégories « populaires » (ouvriers, personnels de services etc...) sont absentes. On peut également citer telle médecin qui se place habituellement dans une relation de complicité avec ses patients, parce que du même genre (deux femmes en l'occurrence), ou de même catégorie sociale (élevée), se met plus à distance avec les patients qu'elle estime « non cortiqués » (selon son expression), c'est-à-dire non compétents à comprendre les explications et conseils médicaux (une désignation qui croise, au moins chez elle, une classification sociale).

Dans la même analyse épidémiologique (résultats en cours d'approfondissement), on voit également l'effet significatif de la proximité en âge, la distance sociale perçue par le médecin pour son/sa patient/e montre en effet une distance sociale perçue significativement plus importante lorsque le patient est plus âgé d'au moins 8 ans, et lorsque le patient est plus jeune d'au moins 16 ans par rapport à son médecin.

D'autres facteurs semblent jouer un rôle, le médecin perçoit par exemple une distance sociale avec son médecin 3,9 fois plus importante quand le patient est obèse.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Hypothèse (sociologie, épidémiologie)

La distance sociale entre médecin et patient – qui est à rapprocher de l’asymétrie fondamentale de la relation- pourrait se réduire dans la répétition des rencontres au fil des années et des échanges qui peuvent dépasser le seul motif médical et s’ouvrir au contexte de vie du patient. Bien que la durée de la relation ne joue pas un effet significatif dans la distance sociale perçue par le médecin une fois ajusté sur d’autres variables, elle semble en effet jouer un rôle protecteur dans l’accord entre patients et médecins sur les conseils donnés pendant la consultation.

Cependant si une ancienneté de la relation pourrait être éventuellement bénéfique dans les interactions médecins-patients sur certains aspects, comme sur les conseils liés à l’hygiène de vie qui s’inscrivent dans la durée, ne pourrait-elle pas être néfaste au contraire sur d’autres dimensions : le médecin perdant cette notion de « neutralité » des premiers rendez-vous, ne pourrait-il manquer la reconnaissance de nouveaux symptômes et le dépistage de nouvelles pathologies ?

D’accord

Pas d’accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ **Fréquence de la consultation**

Hypothèse (épidémiologie)

Une fréquence de consultation modérée à élevée semble augmenter le désaccord médecin patient sur la santé perçue du patient et les conseils donnés pendant la consultation. Les patients ayant une fréquence élevée de consultation sont aussi les patients de plus bas niveau d'éducation, aux pathologies chroniques plus fréquentes, plus âgés et de santé perçue plus mauvaise.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

IV. L'INTERACTION PATIENT-MEDECIN EN MEDECINE GENERALE EST-ELLE SOURCE D'INEGALITES SOCIALES DE SANTE ? PAR QUELS MECANISMES ?

Fait observé (*sociologie, lexicométrie, linguistique et épidémiologie*)

Des différences sont mises en évidence à travers différentes dimensions de la consultation et selon différentes caractéristiques du patient et du médecin mais des inégalités sociales de santé ne peuvent pas être objectivées dans les résultats. Des hypothèses sur les mécanismes par lesquels des inégalités pourraient être engendrées peuvent néanmoins être avancées.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Des inégalités sociales de santé liées au diagnostic et au traitement

Fait observé (sociologie, lexicométrie, linguistique et épidémiologie)

L'ensemble des équipes s'accordent à dire que des inégalités sociales de santé liées au diagnostic, au traitement et à la prise en charge ne peuvent être identifiées, car ce sont des dimensions de la consultation qui n'ont pas été étudiées à travers cette étude.

Hypothèses (épidémiologie)

Les données épidémiologiques se sont intéressées essentiellement à l'accord entre médecins et patients, sans relever si les diagnostics, les actes, ou les conseils avaient effectivement été donnés/réalisés.

- Des inégalités de diagnostic peuvent toutefois être exprimées dans les données épidémiologiques, par la surestimation de la santé perçue du patient par le médecin, désaccord dessinant un gradient, plus important pour les patients sans diplôme et les patients pour lesquels une importante distance sociale est perçue par le médecin. Comme mentionné plus haut, la santé perçue représentant un fort indicateur de morbidité et de mortalité, les patients non identifiés comme ayant une mauvaise santé perçue par le système de soins pourraient souffrir d'un manque de traitement, de conseils et de suivi médical.

- On peut noter que les actes réalisés en consultation d'après les dires du médecin (peser le patient, l'ausculter, réaliser un examen clinique) révèlent un gradient avec la distance sociale perçue par le médecin (plus une distance est perçue, moins les actes sont réalisés), mais l'association disparaît à l'introduction des autres variables (sexe et âge du médecin et du patient).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Des inégalités sociales de santé liées aux recommandations médicales

Fait observé (sociologie, lexicométrie, épidémiologie)

Les résultats des travaux ne permettent pas de confirmer l'existence d'inégalités sociales de santé mais plutôt des différences dans les recommandations hygiéno-diététiques. Il a pu être constaté l'absence de recommandations liées par exemple au surpoids, ou à la consommation d'alcool, alors qu'il y a une attente ou un surpoids évident.

Hypothèses

- Ces différences (recommandations diététiques) peuvent dépendre de l'ancienneté de la relation, de la proximité sociale et culturelle entre les deux protagonistes, des affinités construites au fil des consultations.

- Il semble ressortir une différenciation dans la façon d'aborder la consultation et qui investit à la fois les vocabulaires médical et de la gestion de l'interaction. Une première hypothèse portait sur des thématiques différentes. Les résultats montrent qu'elle doit être nuancée : si l'alimentation semble concerner davantage les hauts revenus, ce n'est pas une exclusivité.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (épidémiologie)

Un patient cumulant un âge élevé et un niveau d'éducation faible est fortement à risque de désaccord avec son médecin sur les conseils donnés liés à la perte de poids, à la pratique d'une activité physique, et aux conseils nutritionnels donnés.

Hypothèse

Ces désaccords pourraient être source de malentendus et par conséquent altérer la qualité de la prise en charge et notamment des soins préventifs.

Ces résultats suggèrent que le « gradient social » retrouvé dans la littérature dans les comportements à risque et dans la délivrance des soins préventifs se retrouvent jusque dans la réceptivité des messages au sein même du cabinet médical.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ Des inégalités sociales de santé liées à la qualité de la relation

Fait observé (linguistique)

Certaines propriétés langagières de l'interaction semblent de nature différente - langage plus ou moins subjectif et modalisé, questions plus ou moins nombreuses - selon certaines catégories sociales du médecin (sexe) et du patient (âge, populaire). Des différences ont été constatées mais il ne peut pas en être déduit qu'elles impactent la « qualité de la relation », voire même l'intercompréhension, car rien ne dit qu'une interaction plus modalisée – qui s'adresse aux patients plus jeunes avec plus de ressources - soit préférable à une interaction plus subjective – qui s'adresse aux patients plus âgés de catégorie populaire.

Hypothèses

- Si on fait l'hypothèse qu'un discours plus modalisé est préférable, le fait que le médecin y « renonce » face à certaines catégories de patients pourrait être un indicateur de la qualité de la relation.

- Pour les différences en termes de subjectivité, de fréquence de questions, etc. c'est l'implication du médecin dans sa relation avec le patient qui pourrait être questionnée.

- Les hypothèses sous-jacentes aux différences observées en terme de partage de parole et de partage de vocabulaire concernent la compréhension du discours du médecin par le patient (ou l'inverse)

- Il semble que l'interaction dépende surtout du besoin du patient. Il y a des patients qui ont besoin de parler, d'autres qui cherchent seulement un diagnostic et du coup le type d'interaction s'y adapte.

- La subjectivité plus importante pour les patients âgés et de catégorie populaire pourraient expliquer en partie les désaccords retrouvés plus importants avec l'âge s'élevant, le niveau d'éducation s'abaissant et une distance sociale perçue par le médecin plus importante. D'autant plus que ces désaccords apparaissent pour des aspects plus subjectifs de la consultation (nutrition, santé perçue) et plus difficiles à estimer, soit par une demande non clairement formulée de la part du patient soit par une évaluation non fine de la part du médecin

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Hypothèse (épidémiologie)

La concordance médecins patients a été identifiée dans la littérature comme un indicateur pratique, utile et pertinent de la qualité de leur collaboration, associée à l'observance, à la satisfaction du patient et au bon déroulé de la consultation. Ces études n'analysent pas l'accord en fonction du contexte social du patient, et face à nos données, on peut émettre l'hypothèse que des désaccords plus nombreux pour les patients sans diplôme et/ou pour lesquels une distance sociale est perçue par le médecin va entraîner des inégalités dans la qualité de prise en charge de ces patients.

JPG/ Il faudrait partir du principe me semble t-il que la concordance est le résultat d'un processus relationnel que l'on a des difficultés à expliquer. La notion de distance sociale renvoie aussi peut être comme cela est analysé dans le rapport au risque (cf Calvez) à la relation que les individus peuvent avoir plus généralement à l'égard des institutions. La relation médicale n'étant ici qu'une particularité du rapport d'obéissance, de soumission, de rejet ou de distanciation critique à l'égard des institutions. Dans ce sens les facteurs classiques de type socio culturels cadrés par les habitus de classe peuvent être pondérés par des facteurs dispositionnels. Des individus qui présentent un fort capital culturel peuvent développer des dispositions à la soumission aux ordres car il s'en remettent à une autorité médicale, tout comme ils demandent eux même que les ouvriers qu'ils dirigent dans leur travail s'en remettent à l'autorité du patron pour l'efficacité du résultat. .

❖ Des inégalités sociales de santé liées au déroulement de la consultation

Fait observé (sociologie)

Le déroulement de la consultation est source de variabilité également, selon les médecins et selon les patients. Quand certains médecins passent méthodiquement voire de façon routinière d'une étape à l'autre, d'autres au contraire se laissent entraîner par les demandes des patients, pas les opportunités de la consultation.

Fait observé (sociologie, linguistique, épidémiologie)

Comme indiqué plus haut, le type de dialogue entre le médecin et le patient varie avec les caractéristiques sociales du patient. Cela impacte le volume, la répartition et le type de discours et donc le « déroulement de la consultation ». Des étapes écourtées ont été observées.

Mais ces différences dans les interactions à nouveau ne peuvent pas être reliées à une aggravation éventuelle des inégalités sociales de santé.

Hypothèse

Un manque de temps pourrait expliquer des désaccords plus nombreux sur des questions non prioritaires pour les patients de contexte social plus défavorisé. Ainsi figure un item dans les données épidémiologiques, « questions non abordées par manque de temps ou pour une autre raison », et les patients de niveau de niveau d'éducation plus faible, les patients avec CMU/AME y sont plus nombreux. Au long cours, cela pourrait entraîner un nombre de problématiques non traitées plus important pour ces patients.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

Fait observé (*lexicométrie*)

Du point de vue des analyses et des méthodes lexicométriques, il n'est pas possible de mettre en évidence d'effet de discrimination sociale dans les 80 consultations du « corpus global », ni dans les 36 consultations du « corpus commun ». La structuration routinière de la consultation apparaît comme structurant le lexique avec une force telle que d'autres effets ne peuvent émerger.

Hypothèse

On peut donc poser deux hypothèses alternatives : la structure imposée par les rôles du médecin et du patient, soit empêche les effets discriminatoires, soit les masque.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

❖ **Autres hypothèses de mécanismes par lesquels l'interaction médecin patient peut contribuer à des inégalités sociales de santé**

• **Du côté du médecin :**

- Sans que l'on puisse prétendre répondre à la question de la contribution de la relation de soin à la production d'inégalités sociales de santé, l'hypothèse d'un rapport significatif entre les inégalités de ressources des patients (la capacité à se prendre en charge, le souci de sa santé et de son corps, le sentiment de pouvoir partager un savoir avec le médecin et de le contrôler) et les modes d'être et de faire du médecin semble pertinente. On peut en effet avancer des pistes à travers les modes d'agir que nous avons qualifiés et les inégalités de ressources des patients. Face à des médecins discrets, par exemple, on peut avancer que les patients en moindre capacité de ressources courent plus le risque d'être pénalisés dans leur santé.
- De même, le jugement médical porté sur certains patients voire l'indifférence et les anticipations voire les stéréotypes qui le guident sont susceptibles d'agir sur le diagnostic et le traitement, ainsi que sur la confiance et donc l'adhésion du ou de la patient-e.
- L'hypothèse de la « discrimination statistique » décrite par Balsa et McGuire où le médecin ne dispose pas de la même qualité d'information pour tous les patients : une information objective, résultant de tests quantifiés, et une information idiosyncrasique subjective fournie par le patient sur ses symptômes ressentis dont le médecin préférera ne pas tenir compte en cas de difficulté de compréhension, ce qui impactera la qualité du diagnostic établi et de la prise en charge instaurée.
- Une discrimination quant au niveau d'abstraction est peut-être à rechercher (considérations diététiques *versus* inventaire des habitudes alimentaires). Le niveau d'explications est à rechercher : l'analyse des extraits significatifs de chaque classe lexicale permet de comparer les consultations avec des patients de ressources faibles ou élevées et indique que la dimension d'explication semble plus manifeste pour les patients de ressources élevées.
Ces résultats sont en cours d'approfondissement
- Une information différenciée selon le contexte social du patient pourrait également s'exprimer par une rétention *a priori* de l'information plus importante en direction de ces malades au contexte défavorisé.
- Une médecine basée sur une approche biologique des déterminants de la santé, comme peut le manifester la préférence du médecin pour une approche paradigmatique, mais également comme en témoigne la méconnaissance du statut social des patients dans lesquelles un certain nombre de consultations peuvent se passer.
- Sentiment des limites de la capacité d'agir, comme on l'a vu pour les soins préventifs.
- Les formations complémentaires, leur modèle de soin et leurs propres modes de vie (socialisations, dispositions alimentaires, corporelles, consommation alcool, tabac),

peuvent expliquer la variabilité retrouvée entre les médecins. On peut se demander si le discours d'un médecin tabagique en surpoids sur les habitudes de vie est-il tout autant légitime aux yeux de ses patients.

- Une asymétrie de la relation médecin-patient potentialisée par une autorité perçue par le patient et par une distance sociale perçue par le médecin. On a vu la préférence du médecin pour une relation de délégation de ses patients, or les patients populaires sont plus dans ce type de relation. De plus, on voit l'importance de la propre perception que le médecin a de son ou de sa patiente et de la distance qui les sépare dans le désaccord sur la santé perçue du patient, avec un médecin ayant tendance à surestimer la santé de son patient, plus il perçoit une distance. Ce qui souligne le rôle majeur joué par le médecin et ses perceptions dans la trajectoire de son patient. De plus, la distance que perçoit le patient n'est par contre elle pas reliée au désaccord médecin patient.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

- ***Du côté des patients***

- Manque de confiance, soupçon mutuel d'incompétence
- Formulation de la demande ou non et sa nature influencée par le contexte social du patient mais également par les représentations sur la maladie et la santé, le rapport au corps, la médicalisation, les besoins et les attentes, des mots pour le dire et des expériences antérieures avec le système de santé, or on a vu combien l'information donnée par le patient est fondamentale dans l'établissement du diagnostic, le choix de la prise en charge et toutes les décisions prises pendant la consultation. Dans la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, la prise en charge va dépendre essentiellement de ce que le patient accepterait de dire de ses habitudes alimentaires et de sa pratique physique, sur des symptômes plus ou moins flous et sur des informations plus ou moins vérifiables. Certains patients peuvent ne pas oser demander une information ou une explication, par peur de « déranger » le médecin, sans que la catégorie sociale n'intervienne alors forcément.
- La démarche de prévention qui demande au patient d' « acquérir » le rôle de malade potentiel avec une difficulté encore plus grande à identifier leurs besoins et/ou à formuler leurs attentes.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

- ***Du côté de leur interaction***

- Une dynamique de réciprocité et d'influence mutuelle où on a vu l'importance de la participation du patient dans les échanges qui s'instaure et comme peut également en témoigner la dynamique d'adaptation et de convergence lexicale observée pendant les consultations.
- Des « mal-entendus » qui peuvent s'opérer au moment de l'interprétation que font les patients des explications et des informations du médecin, tant de la transcription des mots des patients dans un langage médical opérés par les médecins. Ceci pourraient expliquer les désaccords observés, avec des patients disant ne pas avoir entendu les conseils que les médecins disaient avoir donné. Mais des malentendus peuvent également naître des nombreuses questions posées par les malades qui restent sans réponses, soit parce que le médecin n'a pas « écouté » le patient ou parce qu'il a mal interprété la demande, voire en lui attribuant une demande non exprimée.
- Des différences culturelles qui pourrait entrainer des difficultés de compréhension (dans l'explication des origines des maladies et de la santé, des différences de valeurs, des différences dans le type de relation souhaité par le patient, les stéréotypes et les barrières linguistiques)

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

RECOMMANDATIONS

- ❖ Développer et renforcer la maîtrise d'une bonne communication, par l'apprentissage de différentes techniques. Son enseignement est encore souvent négligé dans la formation et est très inégal d'une faculté à une autre, ou relève d'initiatives encore locales au cours de la Formation Médicale Continue (groupes de pairs).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

- ❖ Intégrer dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de la santé un enseignement sur les déterminants sociaux de la santé et les questions de pluriculturalisme, en développant d'autres approches que celles biologiques axées sur les soins curatifs, comme l'approche socioéconomique, culturelle et macro-sociale.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

- ❖ Développer des recherches sur les modalités d'organisation actuelles des soins primaires en France dont celles d'une meilleure intégration de la prévention dans le système de soins « tant au quotidien que dans le cas de patients atteints de pathologies chroniques », ce qui passe par l'amélioration de la qualité des soins préventifs et plus particulièrement leur équité.
 - La reconsidération de la place du médecin généraliste dans le système de soins, de ses attributions en matière de compétences et de sa situation à repenser dans un réseau de correspondants devraient contribuer à améliorer ses capacités à « écouter », c'est-à-dire à diagnostiquer les symptômes d'une situation limite en santé.

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

- ❖ Identifier la nature des interventions les plus à même de contribuer à l'atteinte de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé en discutant de l'opportunité d'expérimentations pratiques en médecine générale et des meilleures stratégies pour ce faire, avec un intérêt plus spécifique pour les interventions visant à améliorer la qualité de l'interaction soignant-soigné (cf travaux sur l'« activation » de la participation des patient, sur la « compétence culturelle » des professionnels et sur les soins dits centrés sur les patients (« patient-centeredness »), c'est-à-dire plus respectueux de leurs attentes et de leurs compétences, notamment en matière de culture de santé (« health literacy »)).

D'accord

Pas d'accord

Sans avis

Vos commentaires :

AUTEUR : SCHIEBER Anne-Cécile

TITRE : Etude de la relation patient-médecin généraliste : Quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? *Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE*

TITLE: Study of patient-doctor relationship in the context of general practice: which perspectives on social inequalities in health? *Analysis of the INTERMEDE project's epidemiological and interdisciplinary data*

DIRECTEUR DE THESE: Professeur Thierry LANG

LIEU ET DATE DE LA SOUTENANCE : Toulouse, le 5 septembre 2014

Résumé

Le travail de thèse vise à apporter des éléments de compréhension sur les mécanismes de communication dans la relation patient-médecin généraliste qui pourraient contribuer à la genèse d'inégalités sociales de santé. Il s'appuie sur les corpus qualitatif et quantitatif du projet INTERMEDE. Les analyses épidémiologiques mettent en évidence l'influence de la concordance/discordance de genre entre médecins et patients sur leur désaccord sur les conseils donnés pendant la consultation, et le rôle de la distance sociale perçue par le médecin sur le désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient. L'analyse des productions interdisciplinaires a été conduite selon une méthodologie innovante inspirée du *Delphi*. Elle a abouti à la formulation d'un socle de connaissances et d'hypothèses partagées, en révélant les convergences des différentes approches disciplinaires.

Abstract

The work produced in this dissertation aims to understand mechanisms' communication at play during the interaction between a patient and his - or her - general practitioner (GP) which could contribute to social inequalities in health. It uses the qualitative and quantitative data of the project INTERMEDE. The epidemiological analysis reveal the influence of the gender concordance/discordance between patients and GPs on their disagreement on the advice given during the consultation, and the role played by a social distance perceived by the physician on their disagreement on patients' perceived health status. The interdisciplinary analysis have been conducted within an innovate methodology inspired from the *Delphi* technique. It led to a core of shared knowledge, revealing the convergence of different disciplinary approaches.

Mots-clés : Relation patient-médecin - Interaction - Médecins généralistes - Soins primaires - Inégalités sociales de santé - Genre - Concordance - Accord - Nutrition - Activité physique – Conseils - Santé perçue - Facteurs socioéconomiques - Niveau d'éducation - Communication - Analyses multiniveaux - Interdisciplinarité - Méthodes mixtes de recherche

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : EPIDEMIOLOGIE

Intitulé et adresse de l'U.F.R : INSERM UMR 1027 Faculté de Médecine Toulouse-Purpan
- 37 Allées Jules Guesde -BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7