UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Thèse d'exercice de médecine

IMPACT DE LA TENUE VESTIMENTAIRE DU MEDECIN GENERALISTE SUR LA CONFIANCE DU PATIENT

Présentée et soutenue publiquement

le 28 avril 2017 à la faculté de médecine de Nice par

COLIN Adrien

Directeur de thèse

Docteur MOUILLE-BLANC Cécile

Membres du jury

Professeurs ESNAULT Vincent, GUERIN Olivier, HOFLIGER Philippe

Liste des professeurs au premier septembre 2016 à la faculté de médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent
	M. CARLES Michel
	Mme BREUIL Véronique
	M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël
	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M . FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Maître de conférences associé honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

Maîtres de conférences des universités honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Professeurs classe exceptionnelle

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)

M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Professeurs première classe

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	**Néphrologie (52-03)**
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Bio statistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Professeurs deuxième classe

M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	**Gériatrie (48.04)**
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Professeurs des universités

M. HOFLIGER Philippe	**Médecine Générale (53.03)**

Maîtres de conférences des universités

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

Professeurs agrégés

Mme LANDI Rebecca Anglais
Mme ROSE Patricia Anglais

Maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Praticiens hospitaliers universitaires

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

Professeurs associés

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

Maîtres de conférences associés

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

Professeurs conventionnées de l'université

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Table des matières

I. Introduction 9
A. L'apparence du médecin, une dimension temporelle et spatiale 9
B. La confiance et la relation de soin 9
C. La confiance en son médecin, un impact en terme de santé 10
D. La double spécificité de la médecine générale et de la France 11

II. Matériel et méthode 13
A. Contexte 13
B. Plan expérimental 13
C. Outil d'évaluation 13
D. Objectifs de l'étude 20
E. Echantillonnage 20
F. Analyse statistique 21

III. Résultats 22
A. Population d'étude 22
B. Médecin femme : résultats 23
C. Médecin homme : résultats 28
D. Analyses en sous-groupe 31

IV. Discussion 33
A. Analyse des résultats de l'étude 33
B. Intégration aux résultats de la littérature 35
C. Conclusions et perspectives de travail 38

V. Bibliographie 39

I. Introduction

Dans notre société actuelle, l'apparence joue un rôle dans la perception de ce que nous sommes et de ce que nous représentons. Le domaine médical est aussi concerné par sa représentation, et l'apparence du médecin généraliste est l'objet de questionnement (1).

A. L'apparence du médecin, une dimension temporelle et spatiale

La question de la santé se pose de façon universelle et intemporelle; les individus impliqués dans sa prise en charge ont présenté dans les diverses sociétés humaines de multiples apparences. Depuis l'origine de la médecine, ou de ce qui s'en rapprochait alors, le médecin a connu de nombreuses transformations, quant à son apparence et à ses représentations. Des histoires de la tenue ou du costume des médecins au travers de pays, ou de régions en sont les témoins (2). Ces apparences, et représentations varient d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre mais aussi dans le temps (3,4). L'apparence du médecin présente un caractère universel et rémanent, mais c'est dans les années quatre-vingt-dix que l'on retrouve des études à proprement parler sur le sujet, en parallèle à l'essor des sciences humaines et sociales. Le questionnement quant à l'apparence du médecin généraliste se précise et ses effets sont recherchés sur tous les continents : Asie, Amérique, Europe, Australie (5–9).

B. La confiance et la relation de soin

La relation médecin patient est un élément clef de la relation de soins, entre celui qui a besoin, (racines latines, verbe « *patior : souffrir* »), et celui qui sait, qui a les connaissances. Cette relation est par nature asymétrique et la confiance joue un rôle central (10).

L'évolution de la médecine, et de la façon de l'exercer conduit au passage d'une pratique médicale paternaliste décrite et définie par Parsons (10), à celle d'une médecine plus collaborative dite autonomiste définie par Szaz et Hollander (10), mettant le patient au centre de la pratique médicale(11,12) et acteur de ses soins (13).

Cette dernière modélisation, propose trois grands cas de figure, pouvant évoluer avec le temps, entre le médecin et son patient.

I. **Type « actif passif »,** dans lequel le médecin (actif) décide de tout pour le patient (passif). à rapprocher du modèle « paternaliste » de Parsons.
II. **type « coopération guidée » ou « guidance coopération »,** dans lequel le patient attend du médecin conseils et recommandations.

III. **Type « participation mutuelle »,** dans lequel, le médecin aide les patients à se prendre en charge, à s'autonomiser. Particulièrement adapté aux pathologies chroniques.

Ces modèles ont été complétés par Freidson, précisant le caractère actif ou passif du médecin, puis par Emanuel et Emanuel avec quatre types d'approche de cette relation (informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste) permettant une répartition plus fine du pouvoir partagé entre médecin et patient (14).

Il faut mentionner l'approche de Balint, médecin lui-même, dans « le médecin, son malade et la maladie » où le médecin est perçu dans cette relation comme un traitement « the drug doctor » (15).

La confiance est un élément clef de cette relation. Elle a été étudiée, avec l'essor de la sociologie et de la psychologie. Thom DH propose une définition généraliste et partagée de la confiance comme **« L'acceptation d'une situation de vulnérabilité dans laquelle la personne qui fait confiance pense que le dépositaire de cette confiance va agir pour ses intérêts »** (16).

La théorisation, la définition de la confiance ont été l'objet de multiples études et ont permis la création d'outils de mesure de la confiance (17–20) et de recherche de ses effets (16,21). Ces approches présentent des éléments similaires et recoupent des concepts communs. Certains chercheurs explorent les composantes de la confiance telles que la loyauté, la compétence, la honnêteté, la confidentialité (21).

Toutes s'accordent sur le fait que la confiance est un élément clef de la relation médecin patient.

C. La confiance en son médecin, un impact en terme de santé

La confiance du patient en son médecin a des effets en termes de santé, de santé publique et d'efficacité des soins. Différents travaux mettent en évidence ces bénéfices (22) : Une meilleure observance thérapeutique, un meilleur suivi des recommandations médicales, une plus grande continuité des soins et une meilleure prise en charge des pathologies chroniques (23–25). Une meilleure considération de sa santé, ainsi qu'une meilleure adhésion aux démarches de prévention sont aussi des éléments qui ressortent (26). Inversement, un bas niveau de confiance peut conduire à des effets de santé négatifs et à une mauvaise observance (27).

Ces éléments font de de la confiance en son médecin une question de santé publique importante, considérée comme telle par les instances sanitaires. La première question du programme 2016 de la formation médicale en France est « la relation médecin-malade » et l'intitulé de la septième rappelle la place du patient qui est « co-acteur de ses soins et de sa santé » (haute autorité de santé, HAS) (28,29).

D. La double spécificité de la médecine générale et de la France

La fonction du médecin généraliste et son rôle sont clairement définis en 2002 par la société européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA Europe) ; en étant « habituellement **le 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 » rappelant qu' «elle utilise un **mode de consultation spécifique** qui construit **dans la durée une relation médecin-patient** basée sur une communication appropriée » (30). Il existe cependant des différences en Europe et dans le monde quant aux systèmes de santé et à la place du médecin généraliste.

Trois grands types de systèmes de santé ressortent (31):

Les **systèmes nationaux de santé**, dans lesquels l'état organise et finance l'offre de soin (par exemple ; Grande-Bretagne, Espagne, Italie …). Dans ce cadre, le patient n'a pas une totale liberté de choix du médecin.

Les **systèmes libéraux de santé**, (par exemple ; Etats-Unis d'Amérique), dans lesquels la majorité des individus est couverte par les cotisations des individus eux-mêmes et/ou de leurs employeurs qui financent des organismes de soins privés. Le choix du médecin est, en général, conditionné par le réseau de soin.

Les **systèmes d'assurance maladie**, (cas de la France mais aussi de l'Allemagne, la Belgique ou le Luxembourg), où l'offre de soins est à la fois privée et publique, privée pour les soins ambulatoires, les cliniques et publique pour les hôpitaux. Le patient a dans ces systèmes une grande liberté de choix du médecin.

Le système d'assurance maladie français voit le médecin généraliste comme premier recours de soin pour la majorité de la population et a un rôle de coordination du parcours de soin du patient (rôle de médecin traitant) (32). Il représente la catégorie de médecins la plus consultée (33).

Il n'y a **pas de recommandations précises** à ce jour quant à la tenue vestimentaire du médecin en dehors des hôpitaux. Il faut pourtant noter que la plupart des médecins généralistes exercent dans des cabinets de villes, seuls ou en groupe.

Les recommandations actuelles ne mentionnent que « **le port d'une blouse à manches courtes lors de la réalisation d'un soin** » dans le guide des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé (34) et **l'utilisation d'une tenue propre**, changée au minimum de façon quotidienne, plus fréquemment si souillée, dans le guide de

recommandations professionnelles sur l'hygiène en cabinet médical (35). De plus, le niveau de preuve est faible sur ces recommandations.

La question de la tenue vestimentaire du médecin généraliste a déjà été abordée dans différents pays, avec divers résultats discordants que ce soit en termes de préférence de tenue, ou d'impact de celle-ci (36). Les méta-analyses ont signifiés la nécessité d'études et de recommandations locales (25,37).

Peu de travaux réalisés en France se sont penchés sur la question. Elle a été abordée, directement ou indirectement, via les critères de choix du médecin traitant (38), la blouse blanche ou l'influence de la tenue vestimentaire dans la relation de soin (39) sans permettre de conclure de façon satisfaisante.

Important à mentionner, un travail qualitatif récent a montré qu'une apparence perçue négativement par le patient induisait une sorte de handicap initial nécessitant un effort supplémentaire de la part du médecin pour obtenir la confiance du patient, et qu'inversement, une apparence favorable serait facilitatrice (40).

L'**objet de notre travail** est de déterminer en France, quel est **l'impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance que lui porte le patient**.

II. Matériel et méthode

A. Contexte

Pour aborder la question de **l'impact de la tenue vestimentaire** du médecin généraliste sur la **confiance** que lui porte son patient, un travail de recherche ciblé sur la **confiance** et sur **la tenue du médecin** était pertinent. Isoler et quantifier ces deux paramètres ont été une priorité. Nous avons fait le choix d'une approche quantitative pour aborder cette question.

B. Plan expérimental

Schéma d'étude

Une **étude prospective multicentrique** sur le département français du **Var**, utilisant un **questionnaire d'évaluation de confiance** associé à des **photographies** de médecins de styles vestimentaires différents, a été menée sur quatre mois de novembre 2016 à février 2017 au sein de différentes pharmacies.

C. Outil d'évaluation

Mesure de la confiance

Afin d'évaluer et quantifier la confiance, nous avons utilisé le questionnaire « Interpersonal Trust in Physician »(**ITPS**) de la Wake Forest University développé par Mark A Hall et son équipe, que nous avons traduit. Ce questionnaire en dix questions présente une excellente fiabilité et une bonne corrélation avec les autres échelles de mesure de confiance pour le médecin.

Il permet d'aborder la confiance ainsi que différents de ses aspects (21)

- La **compétence**, qui consiste à éviter les erreurs et à obtenir les meilleurs résultats possibles.
- L'**honnêteté**, consistant à dire la vérité et ne pas utiliser le mensonge.
- La **loyauté**, qui consiste à rechercher les intérêts du patient sans prendre avantage de sa vulnérabilité.
- La **confidentialité**, signifiant la protection et le bon usage des informations privées.
- La **confiance générale**, composée d'éléments des autres catégories ne pouvant se limiter à une seule. Ainsi que de l'essence même de la confiance, indéfinissable autrement.

Items du questionnaire (en français) et leur spécificité

1. [Ce médecin] fera tout ce qui est nécessaire pour vous apporter tous les soins dont vous avez besoin. (**dimension loyauté**)
2. [Ce médecin] se préoccupe plus de ce qui est commode pour lui que de vos besoins médicaux. (**dimension loyauté**)
3. Les compétences médicales [de ce médecin] ne sont pas aussi bonnes que ce qu'elles devraient être. (**dimension compétence**)
4. [Ce médecin] est très minutieux et consciencieux. (**dimension compétence**)
5. Vous faites pleinement confiance dans les décisions médicales prises par [ce médecin] sur les soins médicaux qu'il vous faut. (**dimension confiance générale**)
6. [Ce médecin] est complètement honnête au sujet des différentes options thérapeutiques qui peuvent vous être proposées. (**dimension honnêteté**)
7. [Ce médecin] pense uniquement à ce qui est le mieux pour vous. (**dimension confiance générale**)
8. Parfois [ce médecin] n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire. (**dimension compétence**)
9. Vous n'avez aucune inquiétude à mettre votre vie dans les mains [de ce médecin]. (**dimension confiance générale**)
10. Au final, vous faites complètement confiance [à ce médecin]. (**dimension confiance générale**)

Réponses possibles

- Tout à fait d'accord [avec la proposition]
- Plutôt d'accord [avec la proposition]
- Ni en accord, ni en désaccord [avec la proposition]
- Plutôt en désaccord [avec la proposition]
- Totalement en désaccord [avec la proposition]

La traduction a été validée par le département d'anglais de la faculté de médecine de Nice.

Choix des styles vestimentaires

Une revue de la littérature sur les études d'évaluation des tenues vestimentaires et leurs impacts nous a permis de définir **cinq styles vestimentaires**.

- La **tenue blouse** : plus de dix occurrences (14)
- La **tenue de bloc** : plus de dix occurrences (13)
- La **tenue formelle** plus de dix occurrences (15)
- La **tenue smart casual** : environ dix occurrences (9)
- La **tenue décontractée** : plus de dix occurrences (14)
- Autres : inférieur à cinq occurrences (Habits traditionnel Coréen (1), Blouse avec tenue de bloc(1) Négligé (1))

Etaient les types de tenue les plus utilisés(5,6,8,9,41–53). Il est utile de préciser ici que la définition de « style » n'a pas la même signification d'un pays à l'autre, ni d'une époque à une autre mais que des grandes lignes se dégagent.

Quatre styles vestimentaires, sont restés, après le retrait de la tenue de bloc, inadaptée et non usitée en médecine générale ambulatoire : la « tenue décontractée », « la tenue smart casual », « la tenue formelle » et « la tenue blouse ».

Présentation des styles vestimentaires

La tenue décontractée femme



Haut : chemisier fantaisie avec épaules nues

Bas : jean simple

Chaussures : simples et décontractées

La tenue décontractée homme



Haut : polo uni

Bas : Jean simple

Chaussures : baskets

La tenue smart casual femme



Haut : chemisier plus raffiné avec épaules nues

Bas : jupe neutre

Chaussures : plus raffinées

La tenue smart casual homme



Haut : chemise

Bas : pantalon « *chino* » uni

Chaussures : mocassins unis

La tenue formelle femme



Haut : chemisier unis sobre avec épaules couvertes

Bas : jupe longue neutre

Chaussure : sobres et neutres

La tenue formelle homme



Haut : chemise blanche unie et cravate unie

Bas : pantalon formel sombre

Chaussures : de ville, en cuir sombre

La tenue blouse femme



Haut : blouse blanche à manche courte

Bas : jupe neutre

Chaussures : neutres et habillées

La tenue blouse homme



Haut : blouse blanche manche courte

Bas : pantalon « *chino* » uni

Chaussures : mocassins unis

Les modèles ont la même position et la même attitude, leur visage est flouté mais leur direction de regard et traits généraux visibles. Il n'est *a priori* pas possible de déterminer précisément leur âge. Le **paramètre principal** de notre étude est **la tenue vestimentaire**, il était primordial que ce dernier soit le **seul à varier**.

Recueil de données sur la population d'étude

Trois données clefs ont été recueillies au sujet de la population étudiée.

Le genre

Homme ou femme

L'âge, via sept tranches d'âges

« De 16 à 24 ans », « de 25 à 34 ans », « de 35 à 44 ans », « de 45 à 54 ans », « de 55 à 64 ans », « de 65 à 74 ans », « plus de 75 ans ».

La catégorie socio professionnelle, via neuf catégories

- Etudiants
- En recherche d'emploi
- Agriculteurs, exploitants
- Artisans commerçants
- Cadres, professions intellectuelles supérieures (libéral, fonction publique …)
- Employés (civil, publique, policier, militaire …)
- Ouvriers
- Inactifs (homme, femme au foyer …)
- Retraités

Pour les **retraités**, selon les même modalités, leur **ancienne catégorie socio professionnelle**.

Composition du questionnaire

Dans cette étude, chaque sujet interrogé devait répondre à un questionnaire de quatorze questions, dix composants l'ITPS, quatre sur les caractéristiques de la population interrogée. Ce questionnaire était accompagné d'**un seul type de tenue vestimentaire**, présent à chaque question du test. La comparaison étant inter individu et non intra individu.

Les huit questionnaires ont été créés via « Google Forms ».

Nous avons choisi de garder les dix questions de l'ITPS, même si certaines ne paraissaient pas idéalement adaptées à notre questionnaire couplé à une photographie, et ce pour ne pas générer de biais d'évaluation.

Mise en situation et protocole

Le thème de l'évaluation de la confiance et/ou de la tenue n'était pas mentionné au sujet interrogé.

Il était précisé qu'il s'agissait un questionnaire concernant « le médecin généraliste », dans le cadre d' « un travail scientifique » en lien avec « la faculté de médecine de Nice », « non commercial » et ne nécessitant « aucune donnée personnelle ».

De façon indicative, la durée estimée de **3 à 5 minutes** était donnée pour le remplissage.

Dès la première question, un zoom sur la photo était effectué avec le sujet interrogé rappelant qu'il s'agissait d' « un médecin généraliste que le sujet ne connaissait *a priori* pas*, travaillant en cabinet de ville et dont le visage était flouté pour des raisons de confidentialité ».

**Remarque : les modèles photos ne sont pas médecins, ne font pas partie du corps médical et ne résident pas dans la région Provence- Alpes-Côte d'Azur.*

Notre étude n'a fait intervenir qu'un seul investigateur effectuant la mise en situation de façon protocolaire et accompagnant le sujet interrogé dans le remplissage du questionnaire.

Ce dernier était rempli sur tablette informatique avec sélection d'un questionnaire parmi les huit disponibles. Une **randomisation du choix du type de tenue** était faite de façon aléatoire par tirage au sort d'une des URL (adresses informatiques) des questionnaires.

Les questions étaient lues, répétées mot pour mot en cas de mauvaise compréhension. Plus rarement, un synonyme était donné : « pratique » remplaçant « commode » dans la deuxième question.

Les modalités de réponses étaient énoncées avant la réponse du sujet interrogé.

- Tout à fait d'accord [avec la proposition]
- Plutôt d'accord [avec la proposition]
- Ni en accord, ni en désaccord [avec la proposition]
- Plutôt en désaccord [avec la proposition]
- Totalement en désaccord [avec la proposition]

Les réponses étaient recueillies et validées au fur à mesure par l'investigateur.

D. Objectifs de l'étude

Principal

L'objectif principal est **d'évaluer la présence ou non d'un impact de la tenue vestimentaire sur la confiance que lui porte le patient.**

Si cet impact existe, de **préciser le style vestimentaire optimisant la confiance du patient**.

Secondaires

Les objectifs secondaires consistaient à rechercher des variations de niveau de confiance, liées à l'âge et au sexe du sujet interrogé.

E. Echantillonnage

L'étude s'est déroulée dans **quatre pharmacies du département du Var** (83), choisies de façon aléatoire, à partir de la liste des communes du Var (base de données Insee)(54). Un **tirage au sort par dé virtuel** à 153 faces a été effectué pour la sélection des villes. Les villes désignées ont été : GASSIN 83065, FREJUS 83600, SIX-FOUR-LES-PLAGES 83129, MEOUNES-LES-MONTRIEUX 83077.

Dans chaque ville, un nouveau tirage au sort par dé était effectué à partir de la liste des pharmacies récupérée sur l'annuaire public. Toutes les pharmacies sélectionnées ont donné leur accord, à l'exception d'une sur Six-four-les-plages, qui après un accord initial, a refusé sans motif communiqué. Un nouveau tirage au sort a dû être effectué pour cette commune.

Critères d'inclusion

Toute personne se présentant en pharmacie était susceptible d'être incluse dans notre étude.

Critères d'exclusion

Personnes âgées de moins de 16 ans

Personnes ne parlant pas français

Personnes n'ayant pas de médecin généraliste en France

Modalités d'inclusion

La participation à l'étude était proposée par l'investigateur dans la pharmacie, soit avant le passage au guichet, soit après. De plus, les pharmaciens et personnels de pharmacie travaillant au guichet, proposaient de participer à l'étude en utilisant les mots clefs « recherche scientifique », à but « non commercial », « faculté de médecine de Nice », et questionnaire de« trois minutes ».

La totalité des questionnaires a été remplie avec l'investigateur.

F. Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide du questionnaire « Google Forms », puis converties en tableurs « Excel ».

Les analyses ont été effectuées **entre les quatre styles vestimentaires** définis, pour le médecin homme d'une part et pour le médecin femme d'autre part.

Les sujets interrogés ont répondu à **un seul questionnaire associé à un seul type vestimentaire**. La **comparaison** recherchée est **inter individu** et non intra individu.

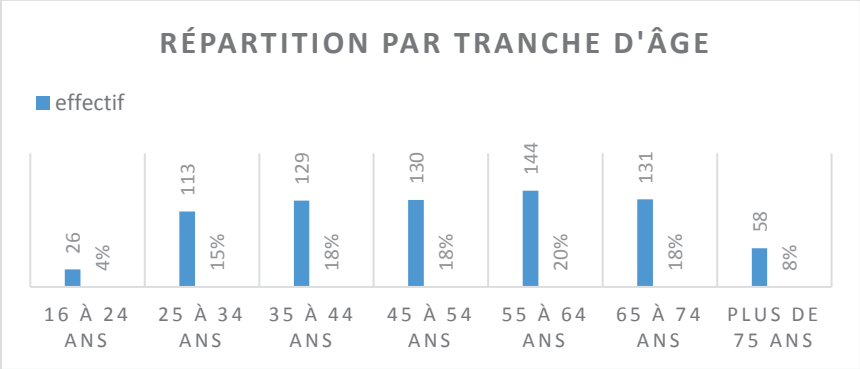
Le **test du Chi²** a été utilisé via le logiciel R.

III. Résultats

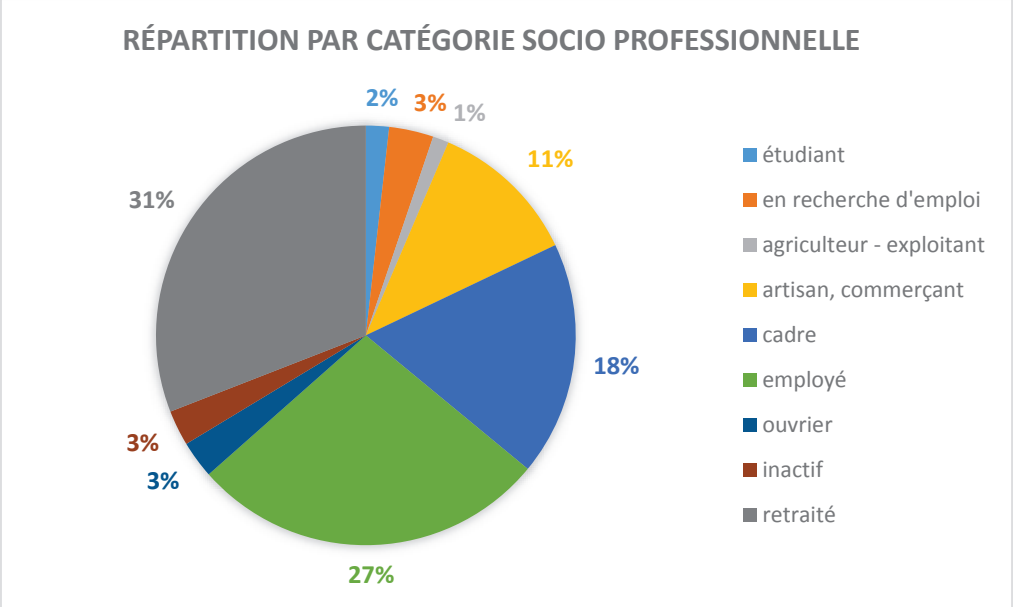
A. Population d'étude

731 sujets ont été inclus sur quatre villes du Var durant la période de novembre 2016 à février 2017. Ces sujets se répartissaient en 268 **hommes** (**37%**) et 463 **femmes** (**63%**).

Répartition par tranche d'âge de la population d'étude



Catégories socio professionnelles de la population d'étude



B. Médecin femme : résultats

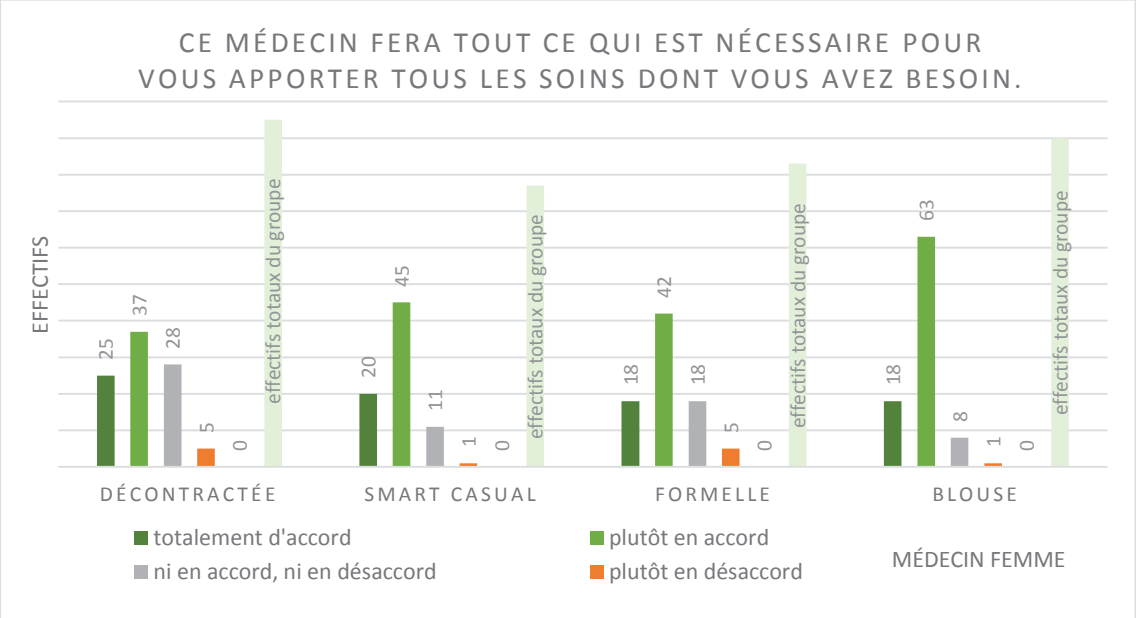
Les résultats présentés proviennent des analyses effectuées à partir des quatre groupes pour le médecin femme, définis par « **tenue décontractée** », « **tenue smart casual** », « **tenue formelle** » et « **tenue blouse** ».

Rappel : chaque sujet interrogé a répondu à un questionnaire associé à un seul type de tenue.

Pour la première question, les données brutes des réponses seront indiquées afin de faciliter la compréhension des résultats.

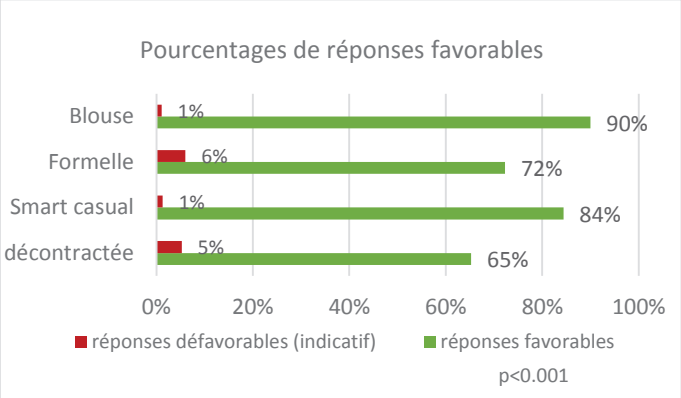
Question une : (dimension loyauté)

Résultats bruts



Remarque : Les résultats bruts sont disponibles en annexe pour toutes les questions.

Signification en pourcentages de réponses favorables



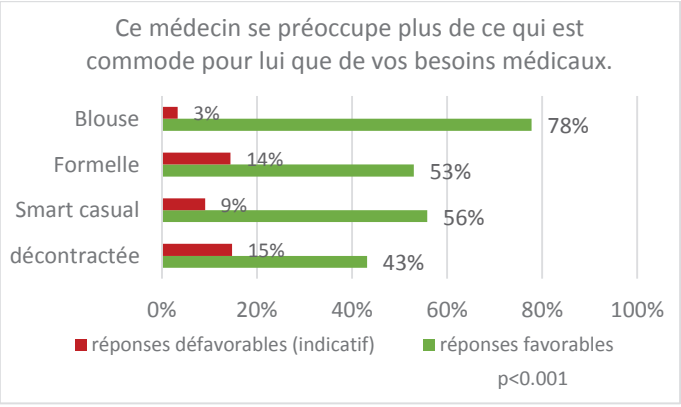
Les **réponses favorables** sont définies comme celles **signifiant un niveau de confiance plus élevé**, il s'agit pour cette première question, des propositions « totalement d'accord » et « plutôt d'accord » [avec la proposition].

Il existe une différence significative entre les quatre types de tenue vestimentaire (p <0.001). La tenue blouse recueille 90 % de réponses favorables, suivie de la tenue smart casual à 84%. Les tenues formelle et décontractée sont à 72% et 65%.

De façon indicative, pour chaque question les pourcentages de réponses défavorables sont donnés sur le graphique. Il s'agit ici des réponses « totalement en désaccord » et « plutôt en désaccord ». (Absence de significativité : effectifs trop faibles).

Question deux : Ce médecin se préoccupe plus de ce qui est commode pour lui que de vos besoins médicaux. (dimension loyauté)

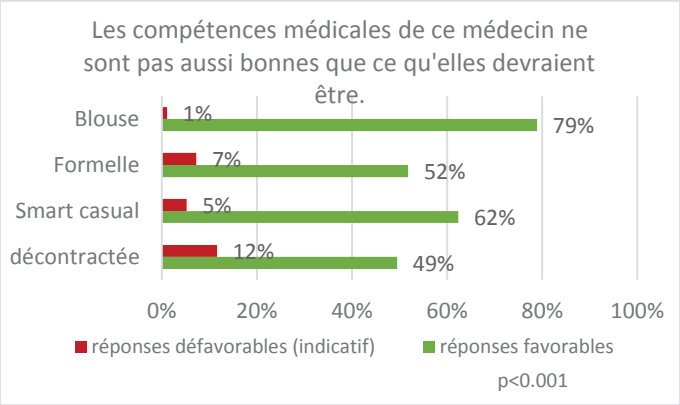
Il s'agit d'une formulation négative, les réponses considérées comme favorables en termes de confiance étaient, « totalement en désaccord » et « plutôt en désaccord » [avec la proposition].



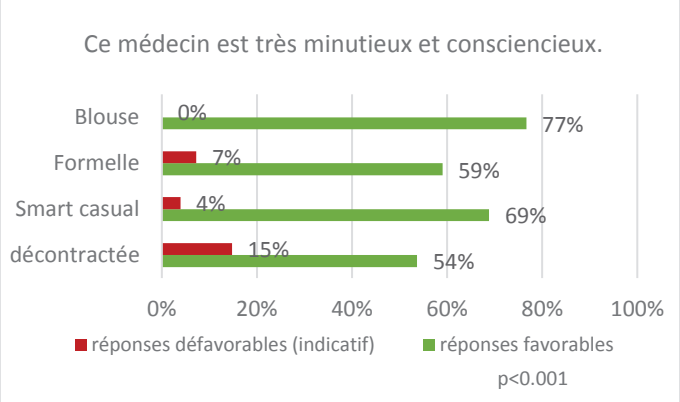
Une différence significative (p<0.001) est mise en évidence. La tenue blouse recueille 78 % de réponses favorables. La différence minimale est de plus de 20 % avec les autres types de tenue.

La dimension compétence de la confiance : question trois, question quatre et question huit

Question trois



Question quatre



Les questions trois et quatre mettent en évidence une différence significative entre les groupes (p<0.001 et p<0.001 pour les deux questions).

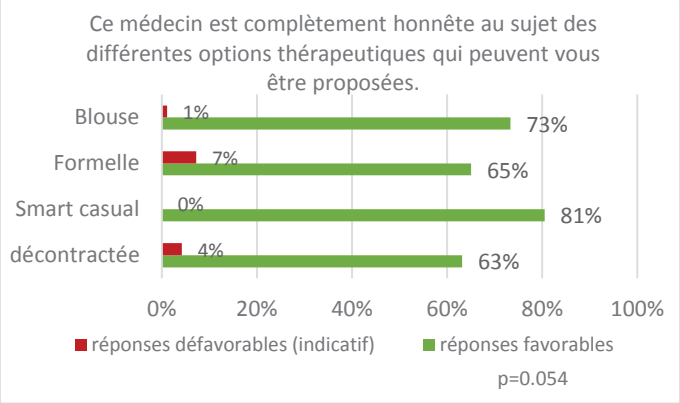
La tenue blouse recueille 77% de réponses favorables, et on constate des écarts importants vis-à-vis des autres styles vestimentaires, de l'ordre de 20% pour la question 3 et entre 8 et 23% pour la question quatre.

Question huit

La question huit, « Vous faites pleinement confiance dans les décisions médicales prises par ce médecin sur les soins médicaux qu'il vous faut. » présente une tendance statistique (p=0.057) où la tenue blouse est la plus favorable en niveau terme confiance avec 81% de réponses favorables, suivie par la tenue smart casual (73%), la tenue formelle (70%) et la tenue décontractée (63%).

Pour l'ensemble des questions concernant la compétence, il existe une différence significative entre les groupes et la tenue blouse se positionne comme étant associée au meilleur niveau de confiance.

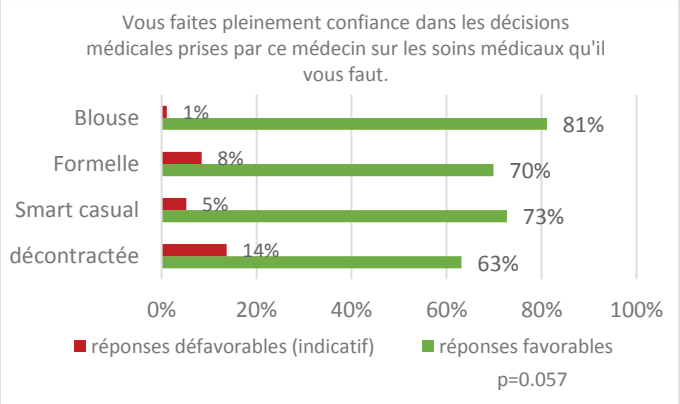
La dimension honnêteté : la question six



Pour l'unique question concernant la dimension honnêteté, une tendance statistique se dégage (p=0.054). La tenue smart casual est privilégiée (81 % de réponses favorables) suivie par la tenue blouse à 73 %. Les tenues formelle et décontractée sont en retrait.

La dimension générale de la confiance : question cinq, question sept, question neuf et question dix

Question cinq



Une tendance statistique se dégage (p=0.057). La tenue blouse est à 81 % de réponses favorables, suivie par les tenues smart casual et formelle (73% et 70% respectivement). La tenue décontractée vient ensuite (63%).

Question sept

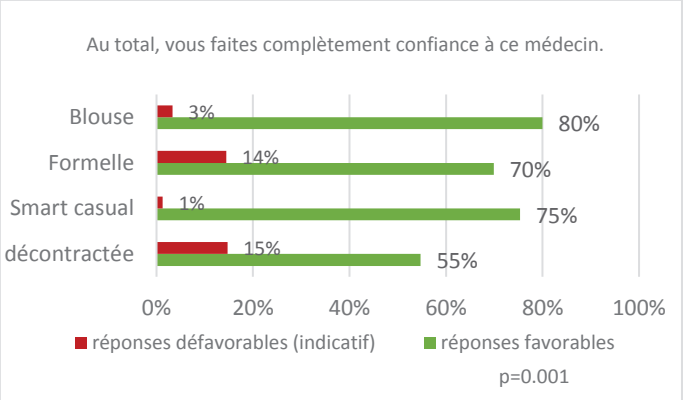
Les réponses à la question « Ce médecin pense uniquement à ce qui est le mieux pour vous. » ne révèlent pas de différence significative entre les types de tenue (p=0.636). La tenue décontractée recueille 66 % de réponses favorables, la tenue smart casual 74 %, la tenue formelle 66% et la tenue blouse 71%.

Question neuf

Il n'y a pas de différence statistique entre les groupes pour la question « Vous n'avez aucune inquiétude à mettre votre vie entre les mains de ce médecin. » (p=0.113).

La tenue décontractée est à 62 % de réponses favorables, la tenue smart casual à 66 %, la tenue formelle à 61 % et la tenue blouse à 77%.

Question dix



Les résultats de la dernière question du questionnaire, pour la partie des types de tenue femme, montrent une différence significative (p=0.001). La tenue blouse recueille 80 % de réponses favorables, la tenue formelle 70%, la tenue smart casual 75 % et la tenue décontractée 55%.

Médecin femme, synthèse

Cinq questions mettent en évidence une différence statistique significative entre les groupes.

Trois questions, une tendance statistique et deux questions n'objectivent pas de différence.

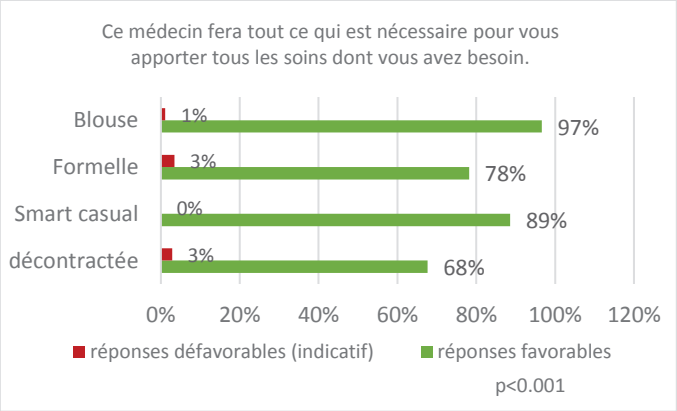
C. Médecin homme : résultats

Les résultats présentés ci-dessous proviennent des analyses effectuées à partir des quatre groupes pour le médecin homme, définis par « **tenue décontractée** », « **tenue smart casual** », « **tenue formelle** » et « **tenue blouse** ».

Rappel : chaque sujet interrogé a répondu à un questionnaire associé à un seul type de tenue. Les résultats bruts pour chaque question sont disponibles en annexe.

Question une et deux, la dimension loyauté

Question une



Il existe une différence significative ($p<0.001$) entre les tenues vestimentaires.

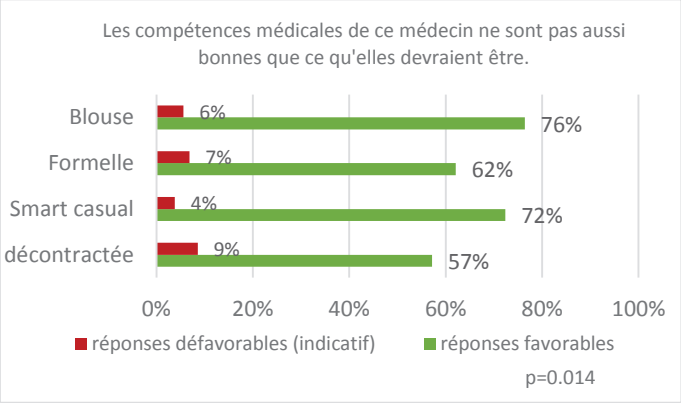
La tenue blouse est associée à 97% de réponses favorables, la tenue smart casual à 89%, la tenue formelle à 78% et la tenue décontractée à 68%.

Question deux

La deuxième question, « ce médecin se préoccupe plus de ce qui est commode pour lui que de vos besoins médicaux. » objective une différence significative ($p= 0.025$). la tenue blouse recueille 76% de réponses favorables, suivie par la tenue smart casual (65%), la tenue décontractée (59%) et la tenue formelle (56%).

La dimension compétence ; question trois,question quatre et question huit

Question trois

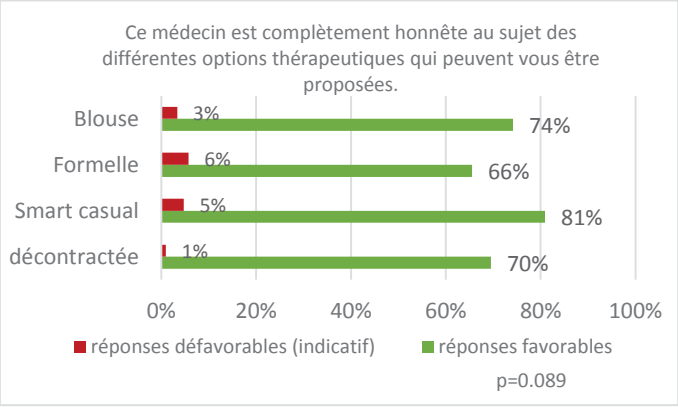


La question trois et la question quatre, « ce médecin est très minutieux et consciencieux. », mettent en évidence une différence significative entre les groupes (respectivement p=0.014 et p<0.001).

La tenue blouse est associée au plus haut niveau de confiance avec repectivement 76% et 73% de réponses favorables. La tenue smart casual est aussi associée à un haut niveau de confiance (72% pour les deux questions). La tenue formelle recueille 62% et 70% de réponses favorables. La tenue décontractée 57% et 46% de réponses favorables.

Les résultats de la huitième question « parfois ce médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire. » ne mettent pas en évidence de différence significative (p=0.142).Les résultats en pourcentage de réponses favorables sont : tenue décontractée 33%, smart casual 47%, tenue formelle 39%, tenue blouse 47%.

Question six : la dimension honnêteté



Les résultats révèlent une tendance significative (p=0.089) entre les quatre groupes.

La tenue smart casual recueille 81% de réponses favorables, la tenue blouse 74%, la tenue décontractée 70 % et la tenue formelle 66%.

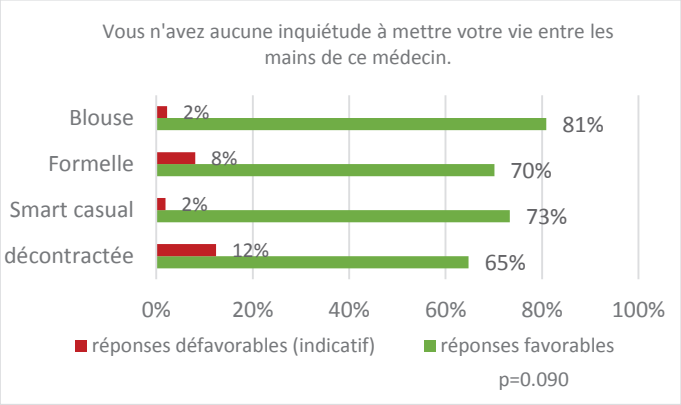
La dimension générale de la confiance : question cinq, question sept, question neuf et question dix

Les résultats de la question cinq « Vous faites pleinement confiance dans les décisions médicales prises par ce médecin sur les soins médicaux qu'il vous faut. » et la question sept « ce médecin pense uniquement à ce qui est le mieux pour vous. » n'objectivent pas de différence significative (respectivement p= 0.176 et p= 0.519).

Pour la question cinq, les résultats sont : tenue blouse 81% de réponses favorables, tenue smart casual 77%, tenue formelle 75% et tenue décontractée 68%.

Pour la question sept, les résultats sont : tenue smart casual 79%, tenue blouse 76% , tenue décontractée 73% et tenue formelle 70%.

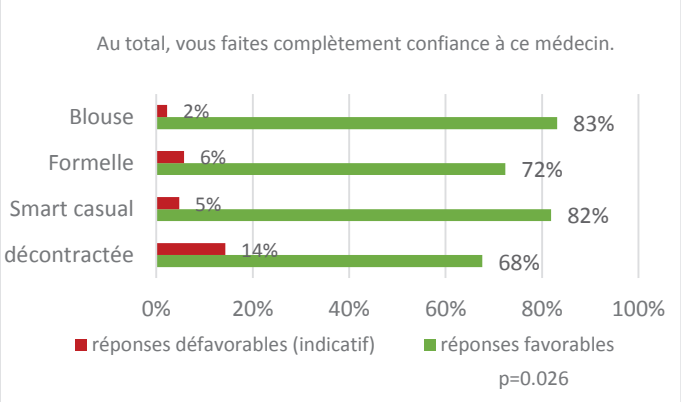
Question neuf



Les résultats mettent en évidence une tendance statistique (p=0.090) entre les groupes.

La tenue blouse est associée au plus haut niveau de confiance avec 81% de réponses favorables, la tenue smart casual est à 73%, la tenue formelle à 70% et la tenue décontractée à 65%.

Question dix



Les résultats objectivent une différence significative entre les groupes (p=0.026).

La tenue blouse et la tenue smart casual recueillent respectivement 83% et 82% de réponses favorables. La tenue formelle 72% et la tenue décontractée 68%.

Médecin homme, synthèse des résultats

Cinq questions révèlent une différence statistique entre les groupes, deux questions, une tendance statistique et trois questions n'objectivent pas de différence statistiquement significative.

D. Analyses en sous-groupes

Des analyses en sous-groupes ont été effectuées au sein des huit groupes définissant notre population d'étude. Les sous-groupes d'analyse ont été : le genre du sujet interrogé « homme » et « femme », et l'âge défini par « moins de 55 ans » et « plus de 55 ans ».Le critère d'évaluation a été le pourcentage de réponses favorables. Toutes les questions ont été analysées, les résultats sont présentés ci-dessous.

Analyses en sous-groupes, médecin femme: synthèse

Pour le médecin femme, tenue décontractée, une différence significative (p=0.043) à la première question existait en fonction du sexe du répondant « Ce médecin fera tout ce qui est nécessaire pour vous apporter tous les soins dont vous avez besoin. » (Homme 79% versus femme 58% de réponses favorables). Il n'y avait pas de différence statistique en fonction de l'âge du répondant.

Pour le médecin femme, tenue blouse, une différence significative (p=0.001) existait à la question six « Ce médecin est complètement honnête au sujet des différentes options thérapeutiques qui peuvent vous être proposées. » en fonction du genre du répondant (Femme 84% versus homme 53% de réponses favorables). Il n'y avait pas de différence statistique en fonction de l'âge du répondant.

Pour le médecin femme, tenue formelle, une différence significative (p=0.037) existait à la question deux « Ce médecin se préoccupe plus de ce qui est commode pour lui que de vos besoin médicaux. » en fonction du genre du répondant (homme 68% versus femme 44% de réponses favorables). Il n'y avait pas de différence statistique en fonction de l'âge du répondant.

Pour le médecin femme, tenue smart casual, il n'y avait pas de différence statistique en fonction du genre du répondant ou de son âge.

Analyses en sous-groupes, médecin homme: synthèse

Pour le médecin homme, tenue décontractée, une différence significative existait en fonction du genre du répondant à la question quatre « Ce médecin est très minutieux et consciencieux. »(Homme 31% versus femme 54% de réponses favorables) (p= 0.024) et à la question huit « Parfois ce médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire. » (Homme 47% versus femme 26% de réponses favorables) (p= 0.029). Pour le paramètre âge du répondant, une différence significative (p=0.031) existait à la question cinq « Vous faites pleinement confiance dans les décisions médicales prises par ce médecin sur les soins médicaux qu'il vous faut » (« plus de 55 ans » 77% versus « moins de 55 ans » 58% de réponses favorables).

Pour le médecin homme, tenue blouse, en fonction de l'âge du répondant, il existait une différence significative aux questions trois «Les compétences médicales de ce médecin ne sont pas aussi bonnes que ce qu'elles devraient être. » (« Moins de 55 ans » 85% versus « plus de 55 ans » 62% de réponses favorables)(p= 0.010), six « Ce médecin est complètement honnête au sujet des différentes options thérapeutiques qui peuvent vous être proposées. » (« Moins de 55 ans » 64% versus « plus de 55 ans », 91% de réponses favorables) (p= 0.003) et huit « Parfois ce médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire. » (« Moins de 55 ans » 36% versus « plus de 55 ans » 65% de réponses favorables) (p= 0.009). Il n'y avait pas de différence statistique en fonction du genre du répondant.

Pour le médecin homme, tenue formelle, il n'y avait pas de différence statistique en fonction du genre du répondant ou de l'âge du répondant.

Pour le médecin homme, tenue smart casual, il n'y avait pas de différence statistique en fonction du genre du répondant. Une différence statistique significative (p= 0.028) existait à la question huit « Parfois ce médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire.» (« Moins de 55 ans » 56% versus « plus de 55 ans » 34% de réponses favorables).

IV. Discussion

A notre connaissance, il s'agit de la première étude utilisant un questionnaire de confiance associé à une comparaison inter individu au sujet de l'impact de la tenue vestimentaire sur la confiance que lui porte le patient.

A. Analyse des résultats de l'étude

Confirmation de l'impact de la tenue

Les principaux résultats sont la confirmation de l'impact de la tenue vestimentaire sur la confiance que lui porte le patient.

Dans le cas du médecin femme, huit questions sur dix montrent soit une différence, soit suggèrent une tendance en fonction des styles vestimentaires.

Dans le cas du médecin homme, sept questions sur dix objectivent soit une différence, soit une tendance statistique en fonction des types de tenues.

Sur la perception de compétence, abordée par trois questions, dans au moins deux d'entre elles, une différence existe et ce, que le médecin soit un homme ou une femme. Ce qui souligne l'importance de l'impact de la tenue.

Styles vestimentaires : médecin femme

Pour le médecin femme, il existe une différence entre les groupes et la tenue blouse est la tenue qui semble optimiser la confiance.

Pour les cinq questions objectivant une différence, et dans deux questions sur trois montrant une tendance statistique, la tenue blouse est associée au plus haut niveau de confiance.

Les trois questions associées à la dimension de compétence objectivent soit une différence statistique, soit une tendance statistique. Dans ces trois cas de figure, la tenue blouse est associée au plus haut niveau de confiance.

La tenue smart casual semble être associée à un niveau de confiance intermédiaire.

La tenue décontractée est celle associée au plus bas niveau de confiance, et ce, dans neuf questions sur dix.

Styles vestimentaires : médecin homme

Pour le médecin homme, la tenue blouse et la tenue smart casual semblent être les styles vestimentaires qui optimisent la confiance.

Les deux premières questions, en lien avec la dimension loyauté, objectivent des différences statistiques entre les tenues et la tenue blouse est associée au plus haut niveau de confiance (respectivement 97% et 76%). La tenue smart casual est aussi associée pour ces items à un haut niveau de confiance (respectivement 89% et 65%).

Pour deux questions sur trois, relatives à la dimension de compétence, une différence significative est mise en évidence (question trois et quatre). Ces résultats sont associés à des niveaux de confiance élevés pour les tenues blouse (76% et 73%) et smart casual (72%). La dernière question relative à la compétence ne met pas en évidence de différence statistiquement significative. Les pourcentages de réponses favorables associées aux tenues blouse et smart casual étant à 47% pour les deux types (les plus élevés).

La dixième question, forme de synthèse du questionnaire : « au total, vous faites complètement confiance à ce médecin », objective une différence statistique et les tenues blouse et smart casual se positionnent aux plus hauts niveaux de confiance (82 et 83%).

Pour l'ensemble des questions où, une différence est constatée (cinq questions sur dix) ou suggérée (deux question sur dix) ou même non démontrée statistiquement, la tenue blouse et la tenue smart casual sont associées au plus haut niveau de confiance.

Analyses en sous-groupe

Le genre du sujet interrogé ne semble pas influer de façon significative le niveau de confiance et ce pour les quatre types de tenue homme et les quatre types de tenue femme.

Dans l'ensemble des analyses, l'âge du répondant ne semble pas exercer une influence importante sur le niveau de confiance associé à chaque type de tenue.

Il faut toutefois noter que pour le médecin homme, dans le cas de la tenue blouse, on relève un niveau de confiance généralement plus élevé chez les sujets de plus de 55 ans. Pour deux des trois questions pour lesquelles une différence statistique existe, le niveau de confiance est plus élevé dans le groupe « plus de 55 ans » (91% versus 75% et 65% versus 36%, respectivement pour les questions six et huit). Mais il faut nuancer ces résultats car la troisième question où une différence est mise en évidence, montre un niveau de confiance plus élevé dans le groupe « moins de 55 ans » (85% versus 62% question trois), et les questions six et huit ne sont pas significatives en analyse principale.

Il n'y a, par ailleurs, pas de différence en fonction de l'âge dans le cas de la tenue blouse pour le médecin femme.

B. Intégration aux résultats de la littérature

Confrontation aux résultats connus

Ces résultats sont dans l'ensemble concordants avec la littérature internationale,

Le lien entre tenue vestimentaire et impact sur le patient, en termes de satisfaction, (différent de confiance) avait déjà été exploré, et déjà en 1991 une étude écossaise concluait que la majorité des patients pensaient que la façon dont leur médecin s'habillait était importante (9). Plus récemment, un travail de recherche français confirmait ce lien avec 77% de patients considérant la tenue vestimentaire de leur médecin généraliste comme importante (38).

Des travaux objectivent une association entre apparence du médecin et des notions comme la compétence (49,53,55), la confiance (36,41–44,48) et considèrent la tenue du médecin comme un outil de communication non verbale (43).

La blouse semble pour le médecin femme, mais aussi pour le médecin homme être associée à un haut niveau de confiance. Ce qui concorde avec les nombreux résultats de travaux anglo-saxons (7,46,48,49,56,57), asiatiques (36,41) et européens (42) qui objectivent une préférence de la blouse.

Certains travaux suggèrent même que si les patients déclarent une absence de préférence en termes de tenue, ils associent à la blouse un niveau de confort et de perception de compétence plus élevé (49,50).

Ce concept ressort aussi d'un travail qualitatif français récent qui montre que les patients sont réticents à se prononcer ouvertement sur l'apparence de leur médecin. Ce qui occasionne un discours ambivalent entre la considération exprimée et celle ressentie de l'importance de la tenue (40). Dans ce travail, l'apparence pouvait influencer la relation médecin-patient concernant le ressenti, la confiance, la confidence, le suivi du traitement et le choix du médecin traitant.

La notion de niveau initial de confiance présente plusieurs occurrences dans la littérature, la tenue vestimentaire impactant cette confiance (44). « Une apparence physique perçue négativement par le patient induit une sorte de handicap initial nécessitant un effort supplémentaire de la part du médecin pour obtenir la confiance du patient. Inversement, une apparence agréable au patient se révèle facilitatrice » (40). Notre travail, d'une certaine façon recoupe ce concept, les sujets interrogés découvrant le médecin en photographie pour la première fois.

D'autres études, indiquent des préférences différentes pour le médecin homme et pour le médecin femme : un costume formel avec cravate pour l'homme et une blouse pour le médecin femme dans une étude écossaise (9), une tenue formelle avec blouse pour le médecin homme associée à des préférences moins précises pour le médecin femme, dans une étude Canadienne (58).

Un travail de revue de la littérature en 2015 confirmait l'existence de l'influence de la tenue du médecin sur la perception du patient et soulignait la nécessité de travaux de recherches locaux pour déterminer la tenue plébiscitée du fait de variations géographiques et culturelles (37).

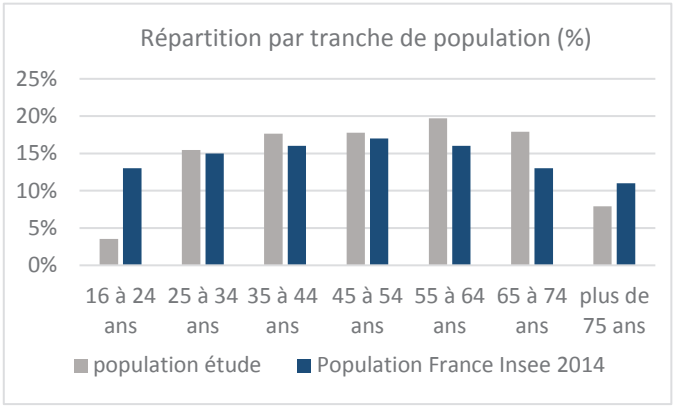
Discussion des données non significatives et/ou divergentes

D'autres études n'établissent pas de préférence, ou une préférence pour une autre tenue que la blouse. C'est le cas d'une étude néozélandaise qui retrouve une préférence des patients pour une tenue de ville soignée (« *semiformal attire* »)(8) ou d'une étude hawaïenne en 2009 signifiant une non préférence de la blouse au profit d'une tenue décontractée ou non formelle (59). Dans une étude européenne, réalisée en Suisse, seulement 34% des patients considéraient que porter une blouse était important (60). L'origine des patients (Suisse, Italienne, Française) semblait pouvoir avoir un impact avec la préférence ou non, de la blouse. (L'origine Italienne était, dans cette publication, statistiquement associée à une préférence de la blouse.) Ce qui tend à souligner l'importance des critères culturels et géographiques.

Dans notre étude, l'âge du patient n'apparait pas comme un facteur de variation (analyses en sous-groupes), ce qui est discordant avec une partie de la littérature. Les patients les plus âgés préférant la blouse et une tenue formelle dans une étude Japonaise (70% préférant la blouse pour les plus de 70 ans contre 52% pour les moins de 70 ans)(5). Même si notre population d'étude est composée de 26% de sujets d'au moins 65 ans, cette non concordance avec la littérature peut être due soit à un manque de puissance dans nos analyses secondaires, soit à des variations locales et culturelles comme évoqués dans les résultats de méta analyses (37).

Biais et limites

Notre échantillon de population est imparfaitement représentatif de la population française. Selon les données Insee pour l'année 2014, la population française est constituée à 52% de femmes. Notre étude en comporte 63%.



Pour l'âge, en fonction des tranches que nous avons définies, la répartition est globalement homogène avec la population nationale (données Insee 2016), sauf pour les moins de 25 ans et les plus de 75 ans. Ceci est dû à notre mode de recrutement en pharmacie : Une partie non négligeable des patients de plus de 75 ans ne vient pas en pharmacie du fait de déficiences. Selon les données Insee 2014, environ 10% des patients de plus de 75 ans vit en institution (61). Pour les sujets de moins de 24 ans, nous observons une différence importante : Il s'agit de la partie de la population ayant le taux de recours au médecin généraliste le plus faible et le taux d' « état de santé perçu » le plus élevé (62). On peut supposer qu'ils fréquentent de ce fait moins souvent les pharmacies.

Notre étude n'a fait appel qu'à un seul investigateur ce qui pourrait avoir engendré un biais de sélection et/ou un biais de classement même si le protocole a été respecté.

La définition même de la confiance, qui a permis la création du questionnaire utilisé, peut être discutée et être à l'origine d'un biais d'évaluation. Ce questionnaire présente néanmoins une bonne concordance avec les autres échelles de mesure de confiance, en particulier pour le médecin (63).

Points forts

Notre étude utilise un outil d'évaluation de confiance basé sur un questionnaire complexe validé.

Une approche et une analyse interpersonnelle ont permis d'éviter des effets de comparaisons intra individu qui auraient pu être à l'origine de biais. Ce qui renforce la validité et l'objectivité de nos résultats. Il s'agit de la première étude de ce type.

C. Conclusions et perspectives de travail

La relation médecin-patient est au cœur de l'exercice de la médecine générale. Au sein de cette relation, la confiance joue un rôle déterminant. Nous avons mis en évidence l'impact de la tenue vestimentaire sur la confiance que lui porte le patient.

Les styles vestimentaires qui semblent optimiser la confiance du patient en France sont la tenue blouse pour le médecin femme et les tenues smart casual et blouse pour le médecin homme.

Ces conclusions nécessiteraient de plus amples travaux pour valider ces résultats, néanmoins il ne semble pas négatif de suggérer aux médecins généralistes et, en particulier aux plus jeunes, de suivre ces conclusions afin d'essayer d'obtenir la confiance des patients et ce, dès le premier contact.

Il faut rappeler que la confiance n'est pas qu'une question de style ou de tenue vestimentaire, mais un ensemble complexe. La tenue du médecin généraliste peut y jouer un rôle, en contribuant à améliorer les soins.

V. Bibliographie

1. Forget scrubs. Doctors need a dress code. [Internet]. Washington Post. [cited 2016 Sep 26]. Available from: https://www.washingtonpost.com/posteverything/wp/2015/07/07/forget-scrubs-doctors-need-a-dress-code/

2. Cabanès A. Le costume du médecin à l'étranger. Paris, France: Longuet,; 1922. 31 p.

3. Cabanès A. Le Costume du médecin. A - En France. I, des origines au XVIIe siècle. II, De molière à nos jours. B - à l'Etranger. Paris, France: P. Longuet,; 1921. 32+35+31.

4. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine;

5. Ikusaka M, Kamegai M, Sunaga T, Narita N, Kobayashi H, Yonenami K, et al. Patients' attitude toward consultations by a physician without a white coat in Japan. Intern Med Tokyo Jpn. 1999 Jul;38(7):533–6.

6. Yonekura CL, Certain L, Karen SKK, Alcântara GAS, Ribeiro LG, Rodrigues-Júnior AL, et al. Perceptions of patients, physicians, and Medical students on physicians' appearance. Rev Assoc Médica Bras 1992. 2013 Oct;59(5):452–9.

7. Gjerdingen DK, Simpson DE, Titus SL. Patients' and physicians' attitudes regarding the physician's professional appearance. Arch Intern Med. 1987 Jul;147(7):1209–12.

8. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. BMJ. 2005 Dec 24;331(7531):1524–7.

9. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 1991 Jul;41(348):270, 275–8.

10. Toffol B de, Bagros P, Bargès A, Bensaïah C, Bertrand P. Introduction aux sciences humaines en médecine. Paris, France: Ellipses, DL 2001; 2001. 269 p.

11. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med. 1956 May;97(5):585–92.

12. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Singly F de, editor. Paris, France: Nathan, DL 1994; 1994. 127 p.

13. Richard C, Lussier M-T, editors. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent (Québec), Canada: Éd. du Renouveau pédagogique; 2005. xxi+840.

14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22;267(16):2221–6.

15. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, France: Presses Universitaires de France, 1960; 1960. 362 p.

16. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. Health Aff (Millwood). 2004 Jul 1;23(4):124–32.

17. Pearson SD, Raeke LH. Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. J Gen Intern Med. 2000 Jul;15(7):509–13.

18. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam Pract. 1997 Feb;44(2):169–76.

19. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol Rep. 1990 Dec;67(3 Pt 2):1091–100.

20. Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. Med Care. 1999 May;37(5):510–7.

21. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? Milbank Q. 2001 Dec;79(4):613–39.

22. Bonds DE, Foley KL, Dugan E, Hall MA, Extrom P. An exploration of patients' trust in physicians in training. J Health Care Poor Underserved. 2004 May;15(2):294–306.

23. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. J Fam Pract. 1998 Sep;47(3):213–20.

24. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. 2014 May 16;57.

25. Les interventions pour améliorer la confiance des patients dans les médecins et les groupes des médecins | Cochrane [Internet]. [cited 2017 Mar 16]. Available from: http://www.cochrane.org/fr/CD004134/les-interventions-pour-ameliorer-la-confiance-des-patients-dans-les-medecins-et-les-groupes-des-medecins

26. Murray B, McCrone S. An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. J Adv Nurs. 2015 Jan 1;71(1):3–23.

27. Bova C, Route PS, Fennie K, Ettinger W, Manchester GW, Weinstein B. Measuring patient–provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. Res Nurs Health. 2012 Aug 1;35(4):397–408.

28. Haute Autorité de Santé - UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle (1-20) [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608424/fr/ue-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-et-de-la-cooperation-interprofessionnelle-q1-20

29. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 de l'enseignement supérieur et de la recherche [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 20]. Available from: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html

30. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cited 2017 Mar 17]. Available from: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

31. Lambert D-C. Les systèmes de santé: analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Paris, France: Éd. du Seuil, DL 2000; 2000. 521 p.

32. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo

33. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-et-recours-aux-soins-des-femmes-et-des-hommes

34. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_bonnes_pratiques_pour_la_prevention_des_infections_liees_aux_soins_realises_en_dehors_des_etablissements_de_sante.pdf

35. Haute Autorité de Santé - Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical

36. Yamada Y, Takahashi O, Ohde S, Deshpande GA, Fukui T. Patients' preferences for doctors' attire in Japan. Intern Med Tokyo Jpn. 2010;49(15):1521–6.

37. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, Hickner A, Saint S, Chopra V. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature— targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. BMJ Open. 2015 Jan 1;5(1):e006578.

38. Avedan S. Apparence physique et critères de choix du médecin traitant: enquête auprès de patients de la région Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil;

39. Cuisset G. La blouse blanche en médecine générale et l'influence de la tenue vestimentaire du médecin généraliste dans la relation de soin: analyse du ressenti des patients à partir de 25 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard;

40. Chaintron L, Perdrix C. Influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient: étude qualitative menée en Rhône-Alpes auprès de 14 patients. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.

41. Kurihara H, Maeno T, Maeno T. Importance of physicians' attire: factors influencing the impression it makes on patients, a cross-sectional study. Asia Pac Fam Med. 2014 Jan 8;13(1):2.

42. Maruani A, Léger J, Giraudeau B, Naouri M, Le Bidre E, Samimi M, et al. Effect of physician dress style on patient confidence. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2013 Mar;27(3):e333-337.

43. Chung H, Lee H, Chang D-S, Kim H-S, Lee H, Park H-J, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. Patient Educ Couns. 2012 Dec;89(3):387–91.

44. Kocks JWH, Lisman-van Leeuwen Y, Berkelmans PGJI. Clothing make the doctor--patients have more confidence in a smartly dressed GP. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154(51–52):A2898.

45. Bond L, Clamp PJ, Gray K, Van Dam V. Patients' perceptions of doctors' clothing: should we really be "bare below the elbow"? J Laryngol Otol. 2010 Sep;124(9):963–6.

46. Gherardi G, Cameron J, West A, Crossley M. Are we dressed to impress? A descriptive survey assessing patients' preference of doctors' attire in the hospital setting. Clin Med Lond Engl. 2009 Dec;9(6):519–24.

47. Budny AM, Rogers LC, Mandracchia VJ, Lascher S. The physician's attire and its influence on patient confidence. J Am Podiatr Med Assoc. 2006 Apr;96(2):132–8.

48. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. Am J Med. 2005 Nov;118(11):1279–86.

49. Cha A, Hecht BR, Nelson K, Hopkins MP. Resident physician attire: does it make a difference to our patients? Am J Obstet Gynecol. 2004 May;190(5):1484–8.

50. Menahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? Fam Pract. 1998 Oct;15(5):391–7.

51. Hueston WJ, Carek SM. Patients' preference for physician attire: a survey of patients in family medicine training practices. Fam Med. 2011 Oct;43(9):643–7.

52. Sotgiu G, Nieddu P, Mameli L, Sorrentino E, Pirina P, Porcu A, et al. Evidence for preferences of Italian patients for physician attire. Patient Prefer Adherence. 2012;6:361–7.

53. Taylor PG. Does dress influence how parents first perceive house staff competence? Am J Dis Child 1960. 1987 Apr;141(4):426–8.

54. Institut national de la statistique et des études économiques. Département du Var (83) [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/departement/DEP83-var

55. Reid DR, Makinde KA, Wilson MP, PausJenssen AM, Barton JW, Wilson TW. Dress and deportment of medical residents: formal or informal? Clin Investig Med Médecine Clin Exp. 2014;37(4):E258-261.

56. Gallagher J, Waldron Lynch F, Stack J, Barragry J. Dress and address: patient preferences regarding doctor's style of dress and patient interaction. Ir Med J. 2008 Aug;101(7):211–3.

57. Keenum AJ, Wallace LS, Stevens ARB. Patients' attitudes regarding physical characteristics of family practice physicians. South Med J. 2003 Dec;96(12):1190–4.

58. McNaughton-Filion L, Chen JS, Norton PG. The physician's appearance. Fam Med. 1991 Apr;23(3):208–11.

59. Reddy R. Slippers and a white coat? (Hawai'i physician attire study). Hawaii Med J. 2009 Dec;68(11):284–5.

60. Sebo P, Herrmann FR, Haller DM. White coat in primary care: what do patients think today? Cross-sectional study. Swiss Med Wkly. 2014;144:w14072.

61. Institut national de la statistique et des études économiques. Personnes âgées dépendantes−Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cited 2017 Mar 24]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404

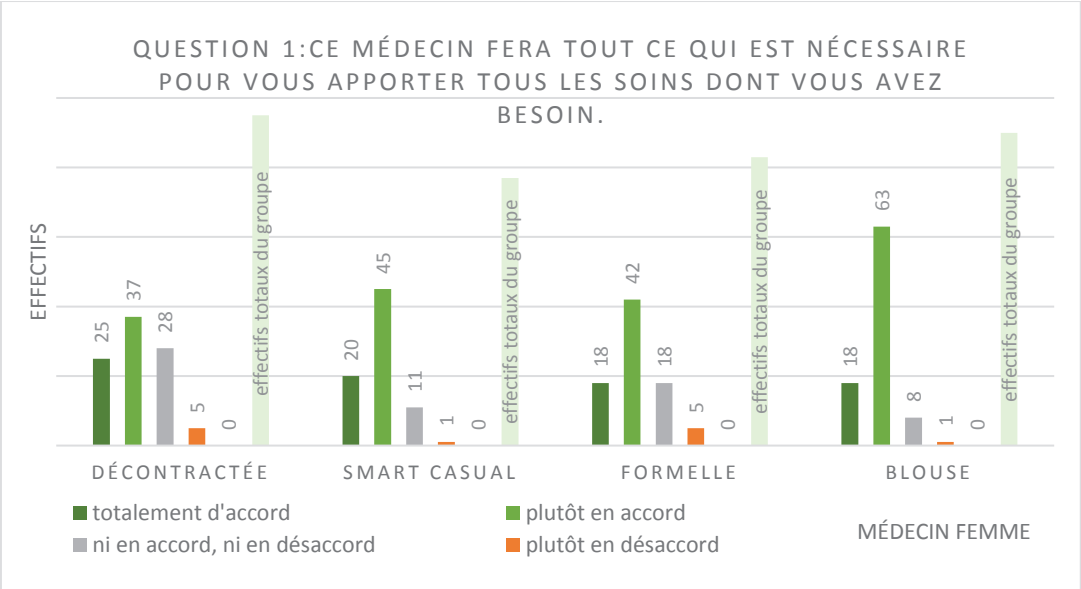
62. Institut national de la statistique et des études économiques. Enquête Handicap-santé - volet Ménages | Insee [Internet]. [cited 2017 Mar 28]. Available from: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1369

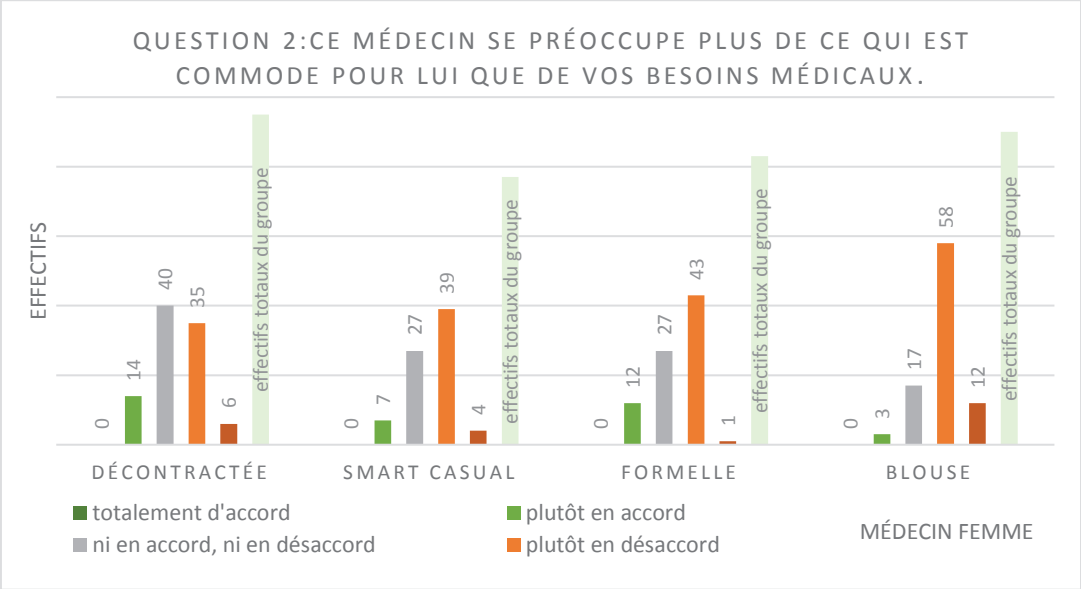
63. Müller E, Zill JM, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessment of Trust in Physician: A Systematic Review of Measures. PLoS ONE [Internet]. 2014 Sep 10 [cited 2017 Mar 25];9(9). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160203/

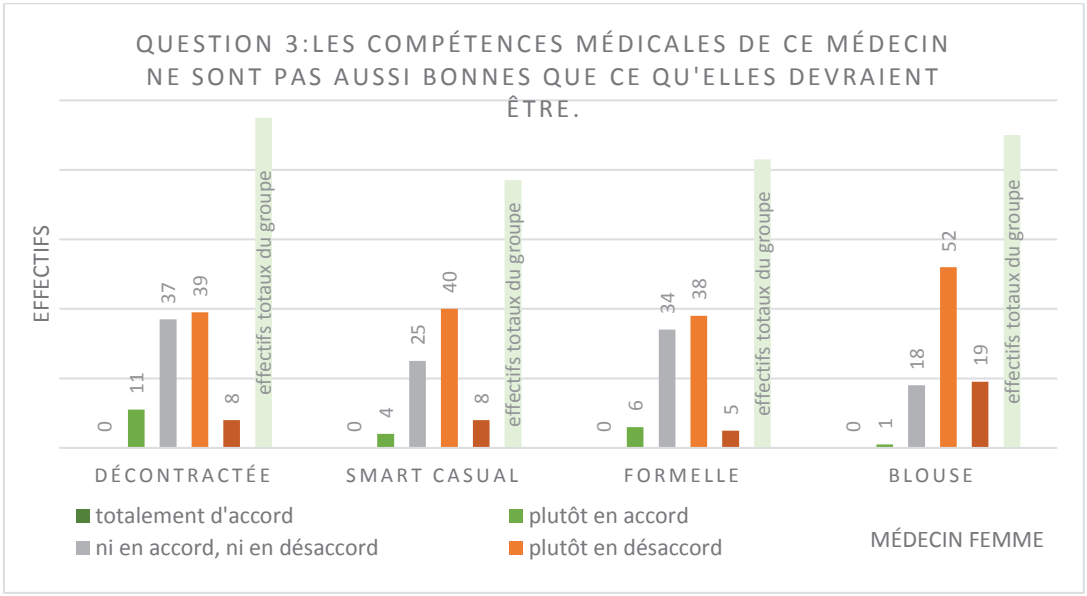
VI. Annexes

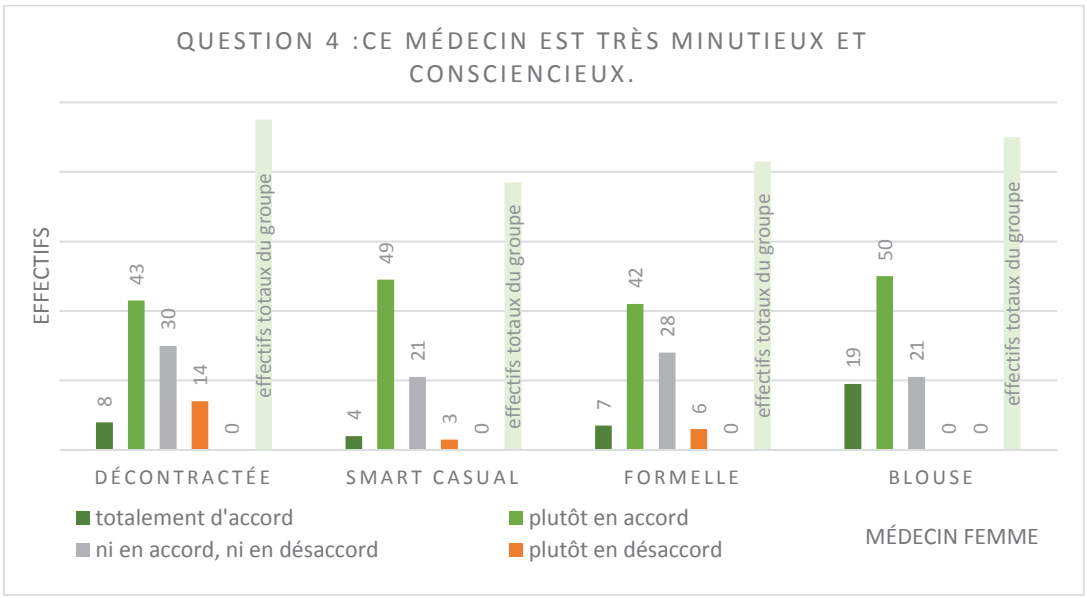
Annexe 1 : résultats bruts aux questions

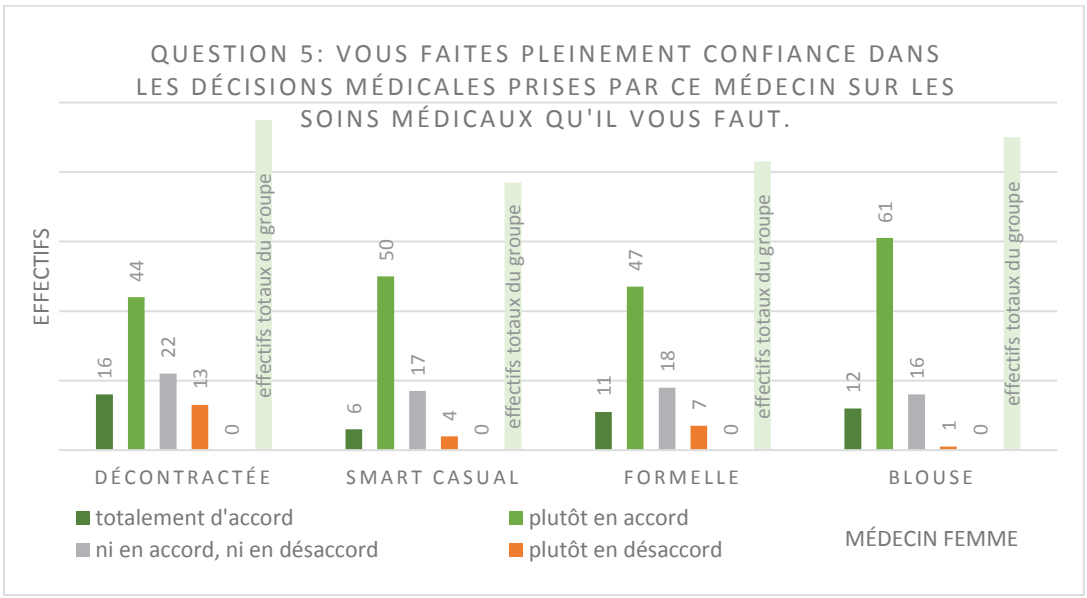
Résultats bruts : médecin femme

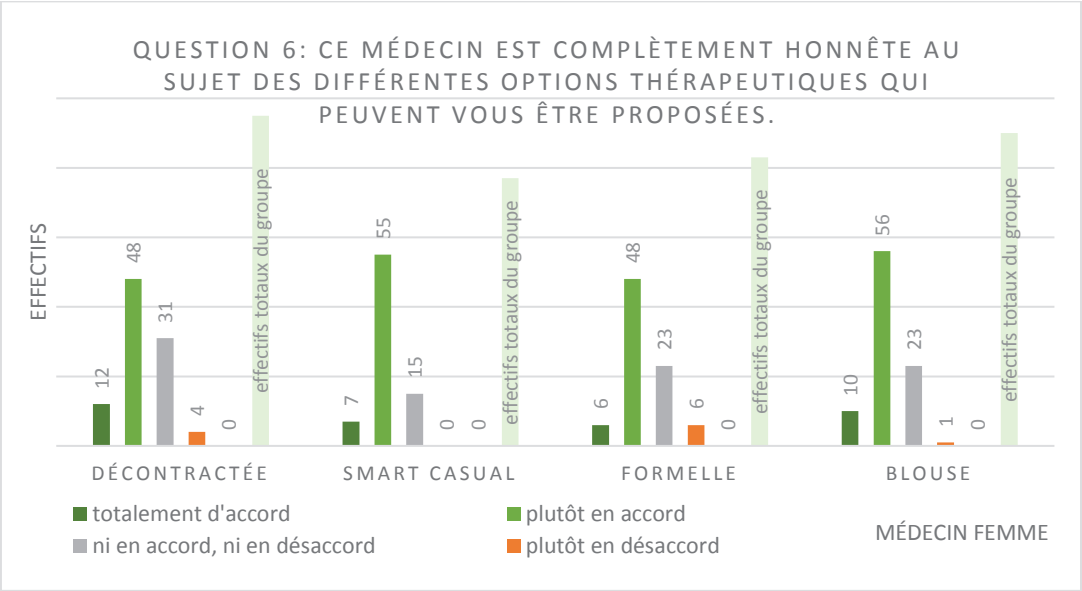


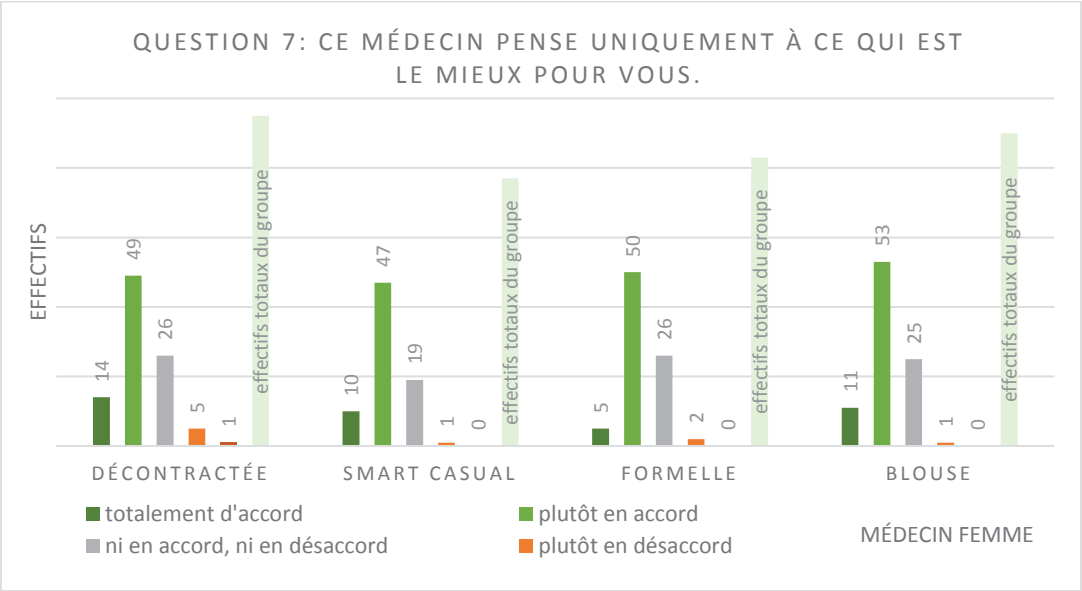


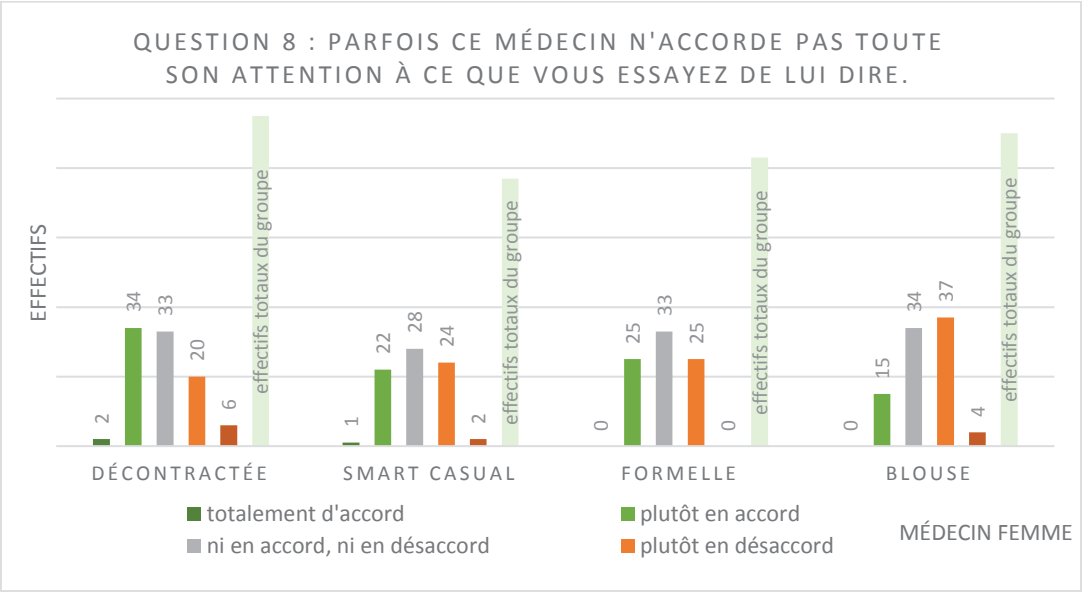

QUESTION 3:LES COMPÉTENCES MÉDICALES DE CE MÉDECIN NE SONT PAS AUSSI BONNES QUE CE QU'ELLES DEVRAIENT ÊTRE.
EFFECTIFS
0
11
37
39
8
effectifs totaux du groupe
0
4
25
40
8
effectifs totaux du groupe
0
6
34
38
5
effectifs totaux du groupe
0
1
18
52
19
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

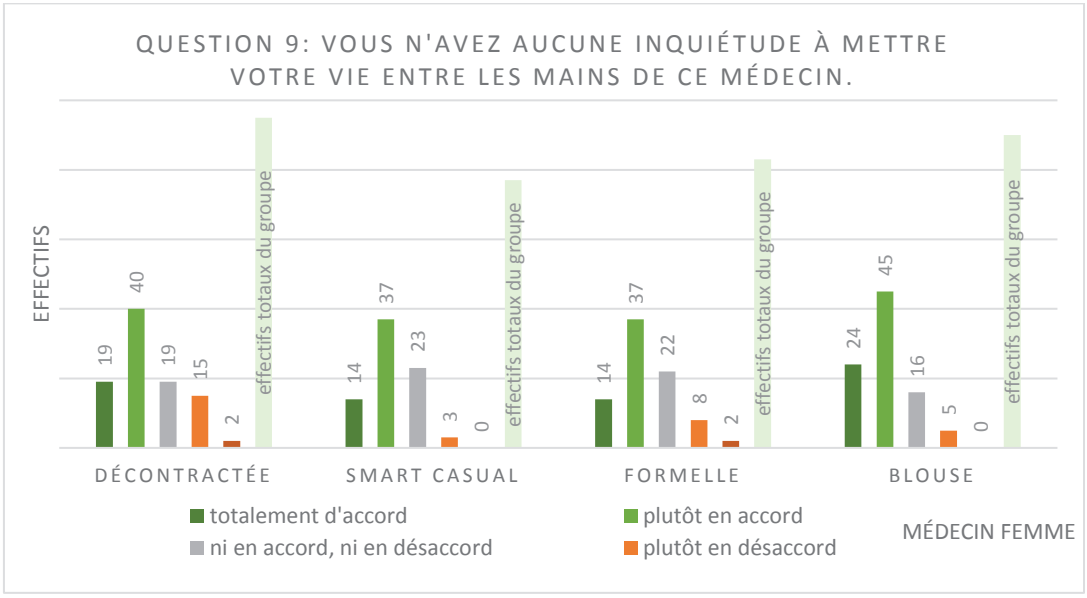

QUESTION 4 :CE MÉDECIN EST TRÈS MINUTIEUX ET CONSCIENCIEUX.
EFFECTIFS
8
43
30
14
0
effectifs totaux du groupe
4
49
21
3
0
effectifs totaux du groupe
7
42
28
6
0
effectifs totaux du groupe
19
50
21
0
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

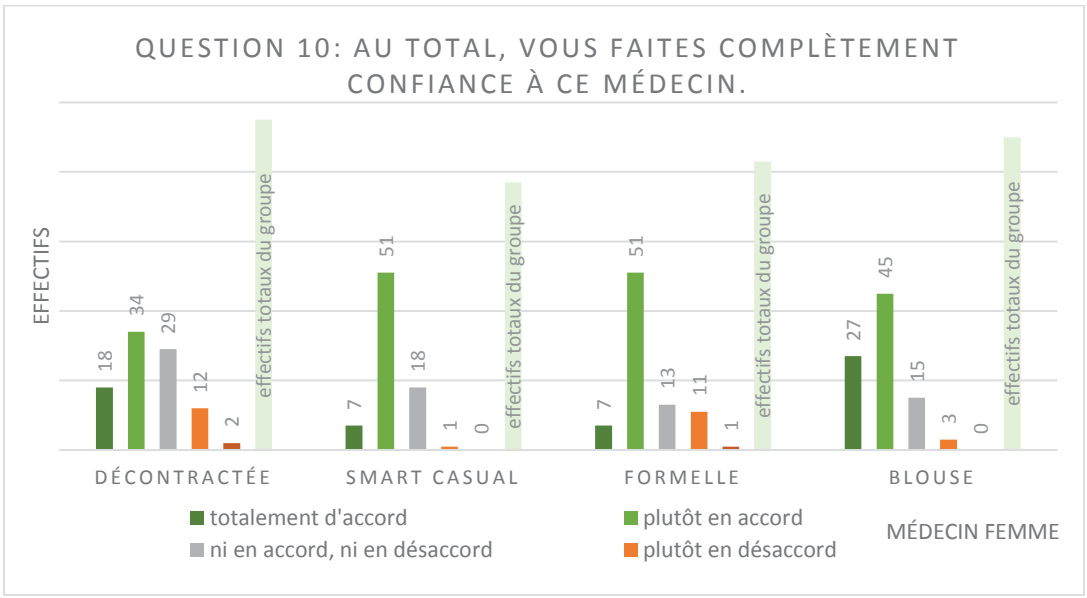

QUESTION 5: VOUS FAITES PLEINEMENT CONFIANCE DANS LES DÉCISIONS MÉDICALES PRISES PAR CE MÉDECIN SUR LES SOINS MÉDICAUX QU'IL VOUS FAUT.
EFFECTIFS
16
44
22
13
0
effectifs totaux du groupe
6
50
17
4
0
effectifs totaux du groupe
11
47
18
7
0
effectifs totaux du groupe
12
61
16
1
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME


QUESTION 6: CE MÉDECIN EST COMPLÈTEMENT HONNÊTE AU SUJET DES DIFFÉRENTES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES QUI PEUVENT VOUS ÊTRE PROPOSÉES.
EFFECTIFS
12
48
31
4
0
effectifs totaux du groupe
7
55
15
0
0
effectifs totaux du groupe
6
48
23
6
0
effectifs totaux du groupe
10
56
23
1
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

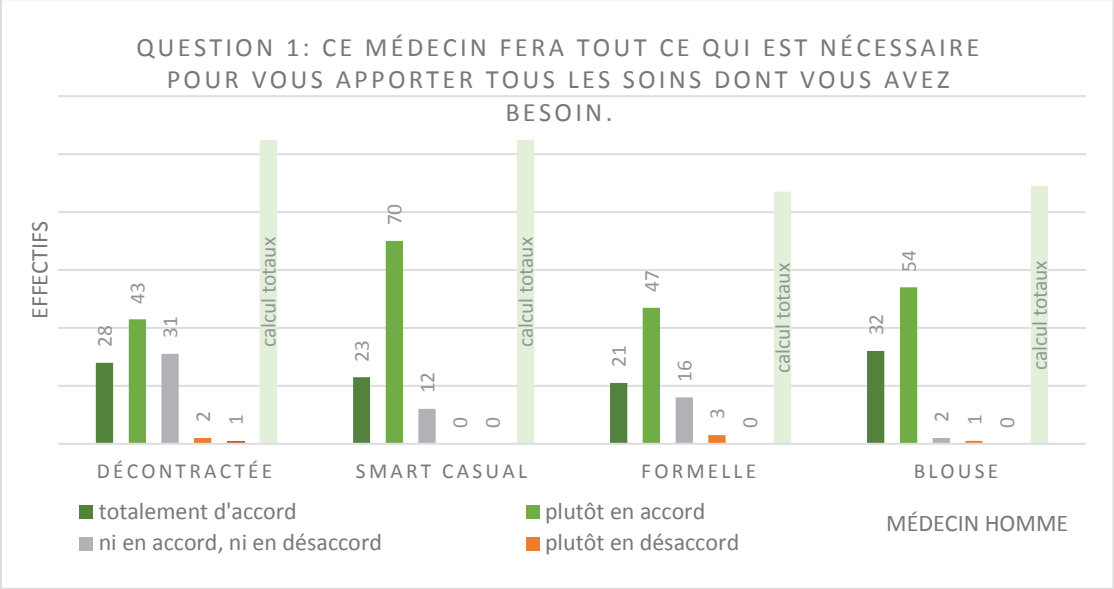

QUESTION 7: CE MÉDECIN PENSE UNIQUEMENT À CE QUI EST LE MIEUX POUR VOUS.
EFFECTIFS
14
49
26
5
1
effectifs totaux du groupe
10
47
19
1
0
effectifs totaux du groupe
5
50
26
2
0
effectifs totaux du groupe
11
53
25
1
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

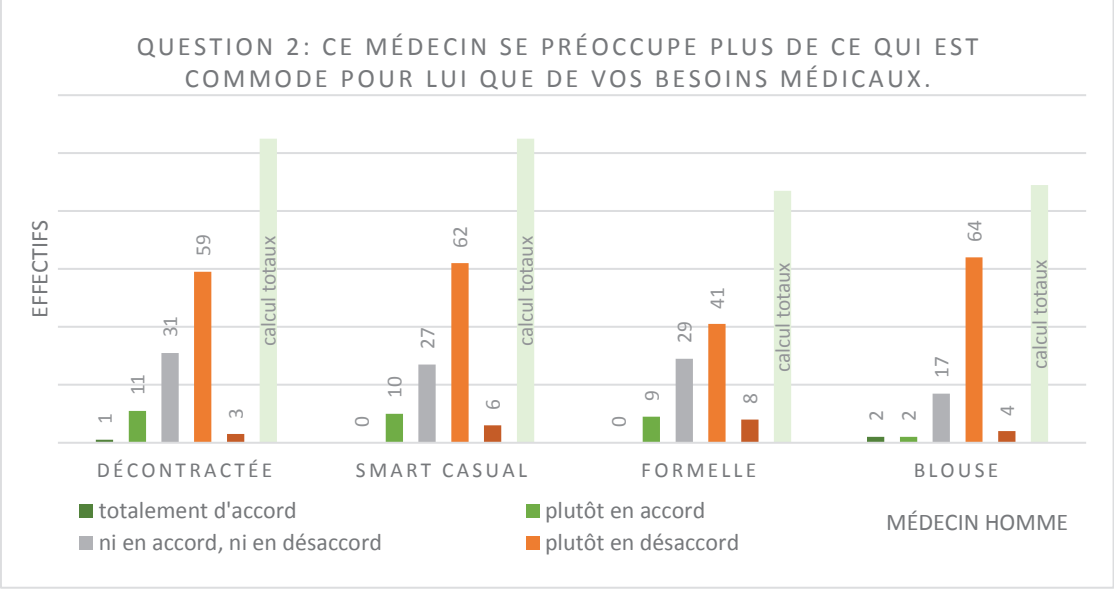

QUESTION 8 : PARFOIS CE MÉDECIN N'ACCORDE PAS TOUTE SON ATTENTION À CE QUE VOUS ESSAYEZ DE LUI DIRE.
EFFECTIFS
2
34
33
20
6
effectifs totaux du groupe
1
22
28
24
2
effectifs totaux du groupe
0
25
33
25
0
effectifs totaux du groupe
0
15
34
37
4
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

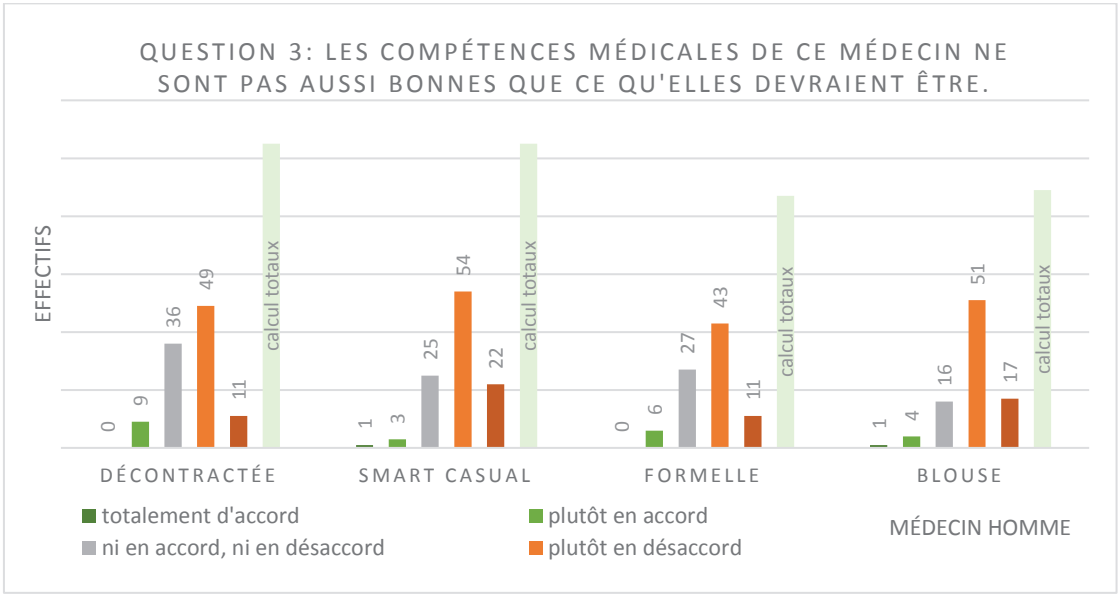

QUESTION 9: VOUS N'AVEZ AUCUNE INQUIÉTUDE À METTRE VOTRE VIE ENTRE LES MAINS DE CE MÉDECIN.
EFFECTIFS
19
40
19
15
2
effectifs totaux du groupe
14
37
23
3
0
effectifs totaux du groupe
14
37
22
8
2
effectifs totaux du groupe
24
45
16
5
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

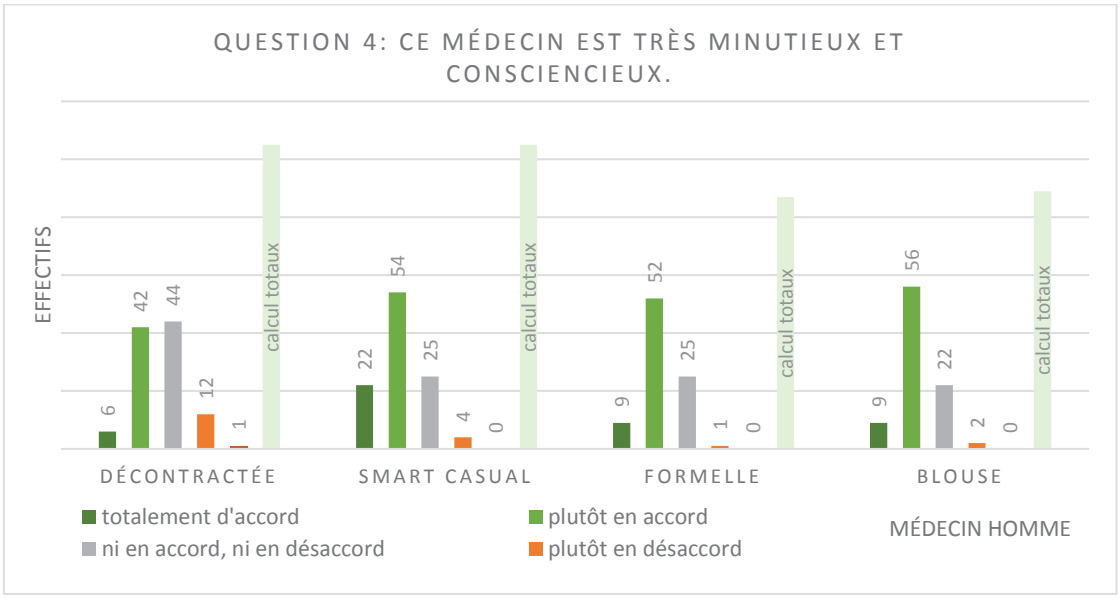

QUESTION 10: AU TOTAL, VOUS FAITES COMPLÈTEMENT CONFIANCE À CE MÉDECIN.
EFFECTIFS
18
34
29
12
2
effectifs totaux du groupe
7
51
18
1
0
effectifs totaux du groupe
7
51
13
11
1
effectifs totaux du groupe
27
45
15
3
0
effectifs totaux du groupe
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN FEMME

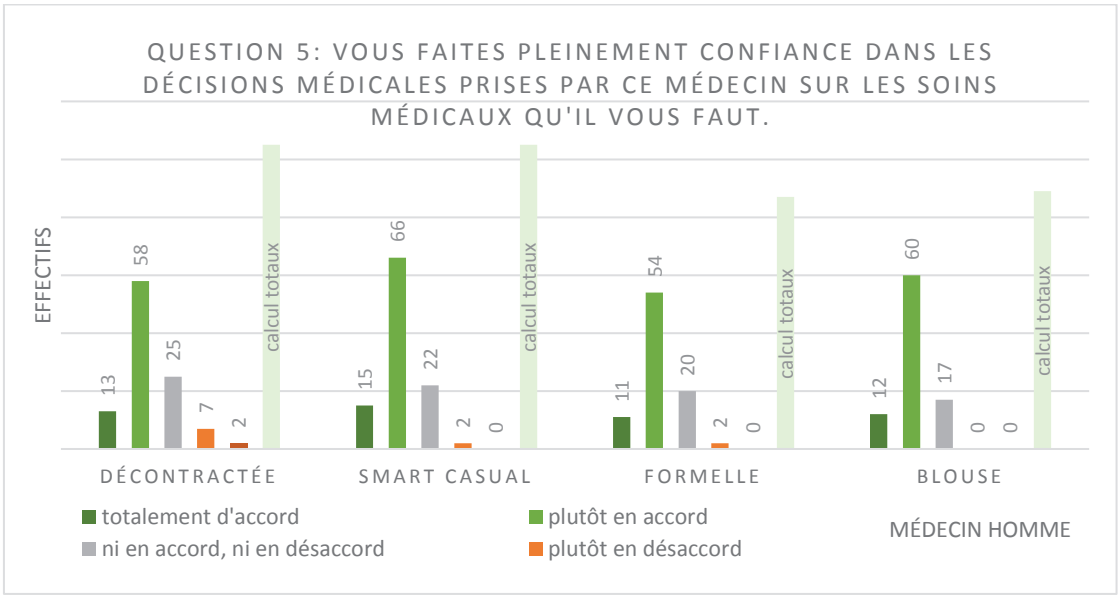
Résultats bruts : médecin homme

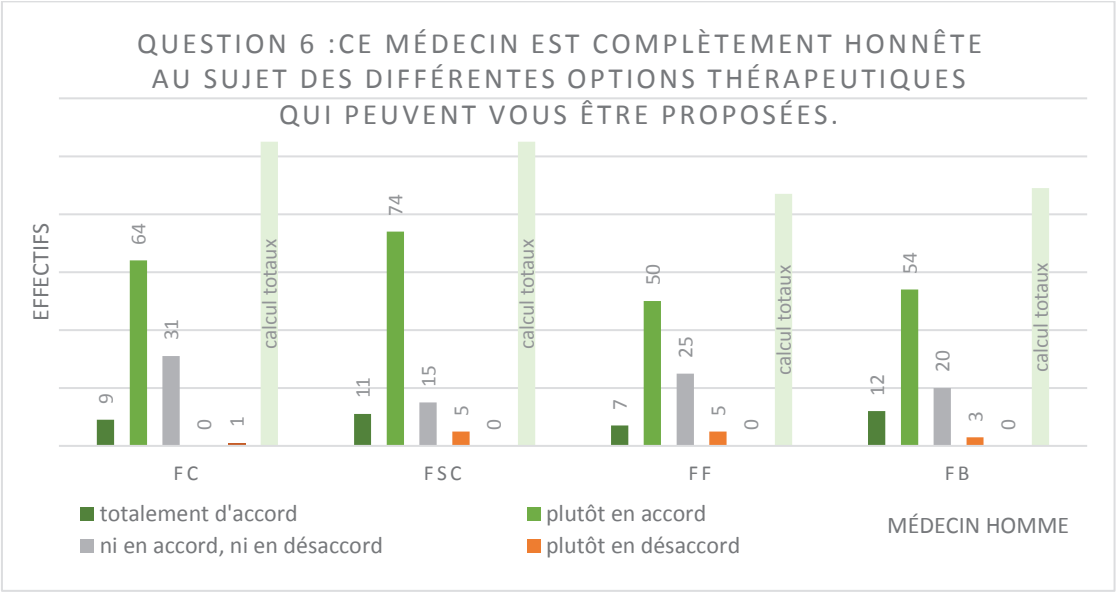


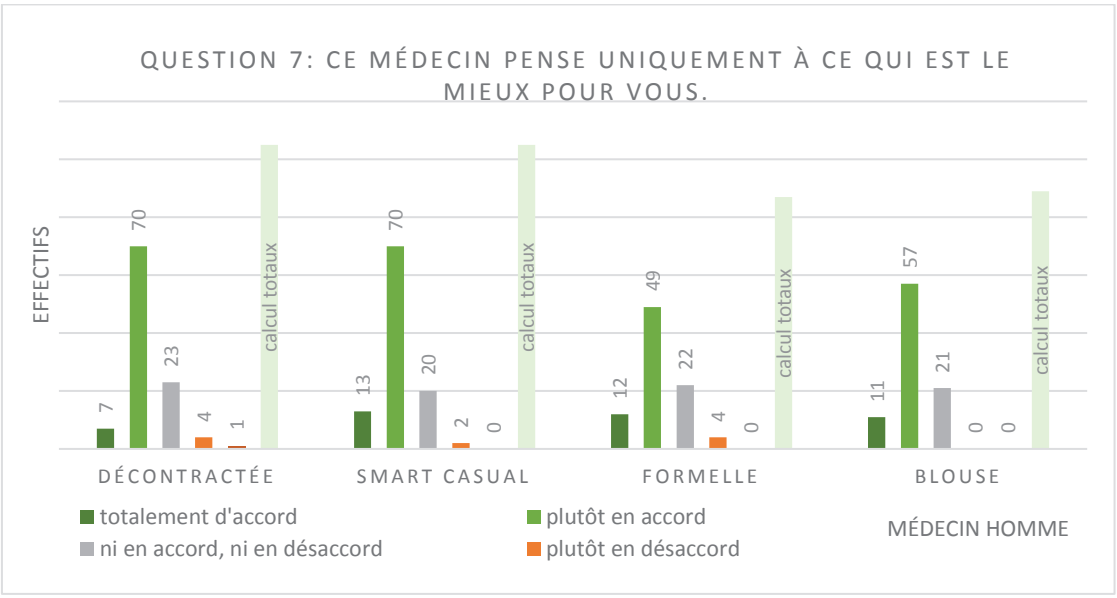


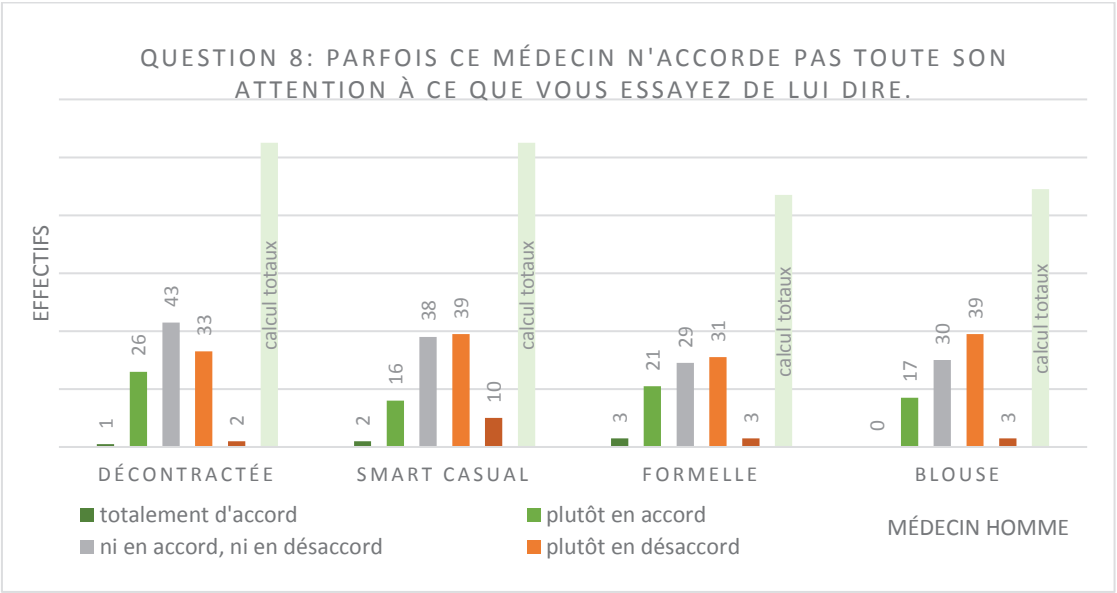

QUESTION 3: LES COMPÉTENCES MÉDICALES DE CE MÉDECIN NE SONT PAS AUSSI BONNES QUE CE QU'ELLES DEVRAIENT ÊTRE.
EFFECTIFS
0
9
36
49
11
calcul totaux
1
3
25
54
22
calcul totaux
0
6
27
43
11
calcul totaux
1
4
16
51
17
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME

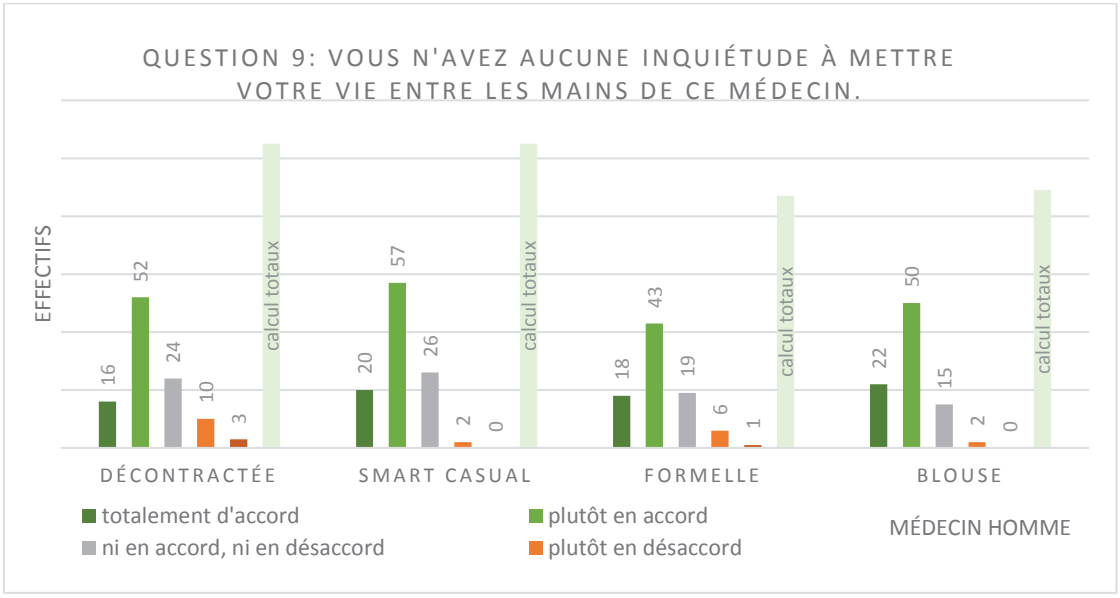

QUESTION 4: CE MÉDECIN EST TRÈS MINUTIEUX ET CONSCIENCIEUX.
EFFECTIFS
6
42
44
12
1
calcul totaux
22
54
25
4
0
calcul totaux
9
52
25
1
0
calcul totaux
9
56
22
2
0
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME

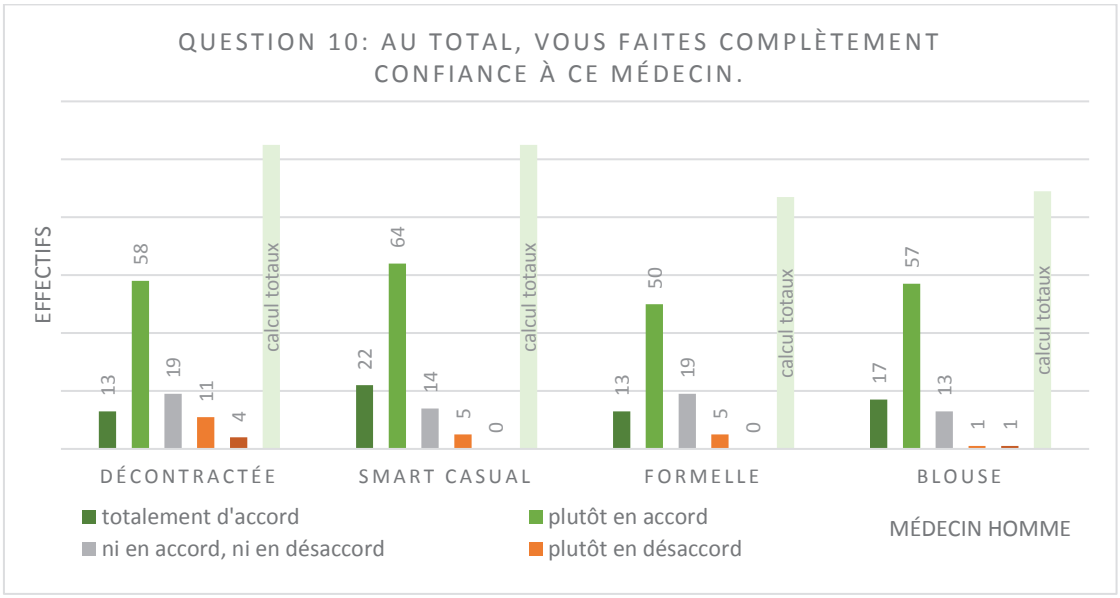

QUESTION 5: VOUS FAITES PLEINEMENT CONFIANCE DANS LES DÉCISIONS MÉDICALES PRISES PAR CE MÉDECIN SUR LES SOINS MÉDICAUX QU'IL VOUS FAUT.
EFFECTIFS
13
58
25
7
2
calcul totaux
15
66
22
2
0
calcul totaux
11
54
20
2
0
calcul totaux
12
60
17
0
0
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME


QUESTION 6 :CE MÉDECIN EST COMPLÈTEMENT HONNÊTE AU SUJET DES DIFFÉRENTES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES QUI PEUVENT VOUS ÊTRE PROPOSÉES.
EFFECTIFS
9
64
31
0
1
calcul totaux
11
74
15
5
0
calcul totaux
7
50
25
5
0
calcul totaux
12
54
20
3
0
calcul totaux
FC
FSC
FF
FB
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME


QUESTION 7: CE MÉDECIN PENSE UNIQUEMENT À CE QUI EST LE MIEUX POUR VOUS.
EFFECTIFS
7
70
23
4
1
calcul totaux
13
70
20
2
0
calcul totaux
12
49
22
4
0
calcul totaux
11
57
21
0
0
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME


QUESTION 8: PARFOIS CE MÉDECIN N'ACCORDE PAS TOUTE SON ATTENTION À CE QUE VOUS ESSAYEZ DE LUI DIRE.
EFFECTIFS
1
26
43
33
2
calcul totaux
2
16
38
39
10
calcul totaux
3
21
29
31
3
calcul totaux
0
17
30
39
3
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME


QUESTION 9: VOUS N'AVEZ AUCUNE INQUIÉTUDE À METTRE VOTRE VIE ENTRE LES MAINS DE CE MÉDECIN.
EFFECTIFS
16
52
24
10
3
calcul totaux
20
57
26
2
0
calcul totaux
18
43
19
6
1
calcul totaux
22
50
15
2
0
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME


QUESTION 10: AU TOTAL, VOUS FAITES COMPLÈTEMENT CONFIANCE À CE MÉDECIN.
EFFECTIFS
13
58
19
11
4
calcul totaux
22
64
14
5
0
calcul totaux
13
50
19
5
0
calcul totaux
17
57
13
1
1
calcul totaux
DÉCONTRACTÉE
SMART CASUAL
FORMELLE
BLOUSE
totalement d'accord
plutôt en accord
ni en accord, ni en désaccord
plutôt en désaccord
MÉDECIN HOMME

Annexe 2 : exemple de visuel du questionnaire

étude dans le cadre d'un travail de thèse de médecine

*Required

Lorsque vous regardez le médecin généraliste sur la photo, est ce que vous pensez que



Ce médecin fera tout ce qui est nécessaire pour vous apporter tous les soins dont vous avez besoin. *

- ◯ Totalement d'accord
- ◯ plutôt d'accord
- ◯ ni en accord, ni en désaccord
- ◯ plutôt en désaccord
- ◯ totalement en désaccord

BACK NEXT Page 2 of 16

IMPACT DE LA TENUE VESTIMENTAIRE DU MEDECIN GENERALISTE SUR LA CONFIANCE DU PATIENT

Résumé de la thèse

Objectif l'apparence et la tenue du médecin généraliste semblent avoir un rôle dans la relation médecin-patient. La confiance est un élément clef de cette relation, et est associée à des effets de santé. L'objectif de ce travail est de déterminer l'impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance que lui porte le patient ainsi que de rechercher si une tenue semble optimiser cette confiance. **Matériel et méthode** Une étude prospective multicentrique sur la région du Var a été conduite de novembre 2016 à février 2017 au sein de différentes pharmacies, utilisant un questionnaire d'évaluation de confiance couplé à des photographies de médecins de styles vestimentaires différents. **Résultats** 731 sujets ont été inclus durant ces quatre mois. Il existait, pour la plupart des questions, une différence significative ou une tendance statistique entre les types de tenue. **Discussion** L'impact de la tenue vestimentaire sur la confiance du patient en France est confirmé. Les tenues « blouse » et « smart casual » semblent optimiser la confiance dans le cas du médecin homme. Pour le médecin femme, la tenue blouse semble associée au meilleur niveau de confiance. L'âge ou le sexe du répondant ne semblent pas avoir d'impact majeur sur le niveau de confiance (analyses secondaires).

Université Nice Sophia Antipolis

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR