

ANNEE 2018

N°

**Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle
prospective chez les consultants en soins premiers.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 septembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mélanie BARIOD

Née le 02/08/1988

à Dijon

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2018

N°

**Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle
prospective chez les consultants en soins premiers.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 septembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mélanie BARIOD

Née le 02/08/1988

à Dijon

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Septembre 2018

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme. Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
(Retraite au 31 Décembre 2018)			
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)			
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)	Neurologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le Professeur Jean Noel BEIS

Membres : Mme le Professeur Christine BINQUET

M. le Professeur associé François MORLON

Mme le Docteur Claire ZABAWA

REMERCIEMENTS

À mon Président de jury, Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS. Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie également d'avoir partagé avec moi votre expérience professionnelle lors de mon stage. Recevez ici toute ma reconnaissance.

À Madame le Professeur Christine Binquet. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur associé François Morlon. Vous m'avez transmis bien plus que des connaissances lors de ma formation. Aujourd'hui vous acceptez de juger ce travail. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

À Madame le Dr Claire Zabawa. Vous avez accepté la direction de ce travail et avez été un réel soutien au cours de cette dernière année. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure directrice. Merci pour votre investissement sans faille. C'est un réel plaisir d'avoir travaillé avec vous.

Au Dr Katia MAZALOVIC. Recevez toute ma gratitude pour avoir inspiré ce travail et m'avoir apporté votre soutien au cours de sa réalisation.

Au Docteurs Verdreau, au Docteur Philippe et au Dr Dautriche. Merci de m'avoir ouvert votre cabinet et confié votre patientèle. Vous m'avez beaucoup apporté.

Aux médecins qui ont veillé à ma formation, Je vous remercie d'avoir partagé vos connaissances en toute bienveillance.

Aux médecins qui ont accepté que j'interroge leur patientèle, Dr Lion, Dr Faure, Dr Noirot, Dr Landre, Dr Kohl, Dr Gaillot, Dr Lecuillier, Dr Roulin et Dr Eliad. Il n'est pas facile de s'exposer au jugement de ses patients et de ses pairs. Je vous remercie d'avoir accepté de jouer le jeu et de m'avoir si bien accueillie parmi vous.

À ma famille,

À ma mère, mon soutien de toujours. Ce travail tourne la page d'années d'inquiétudes, pour toi comme pour moi. Merci, pour le soutien logistique comme moral, et pour tout le reste.

À mon père, Qui n'a pas toujours osé y croire mais qui a toujours été fier.

À mon frère, Aurélien, pour les disputes et les chamailleries, pour les nuits de taxi... J'espère que ta vie professionnelle sera aussi belle que celle qui s'ouvre à moi aujourd'hui.

À mes grands-parents, à ma famille, ceux qui sont encore là comme ceux qui nous ont quitté. Vous avez soutenu ce rêve, j'espère que vous êtes fiers de moi.

À ma belle-famille, Vous m'avez accueilli à bras ouverts et je vous en remercie. Michèle, un grand merci pour avoir toujours été disponible pour me libérer du temps et m'offrir un soutien permanent.

À Alexandre et Aria, Vous êtes toute ma vie. Ce travail marque le début d'une nouvelle vie, mais vous serez toujours ma priorité. je vous aime plus que tout.

À mes amis,

D'abord à mes camarades du Club Moutarde. Nous avons suivi ce chemin ensemble et vous avez tous et toutes participé à réduire mon niveau de stress, ce qui ne fut pas une tâche facile ! Sans vous, ces années d'études auraient été bien plus difficiles et bien moins drôles. Je vous adore.

À Aurélie, Philippon, Ludo et Chloé, ma seconde famille, merci d'être là pour partager ce moment solennel et pour avoir été d'abord mon échappatoire du mardi soir, puis, au fil des années, mes amis, mes frères. Chacun de vous me voit autrement que comme un médecin, et j'espère que ça ne changera jamais.

À Julie et Raphaël, Bien qu'éloignés géographiquement, vous êtes toujours dans mes pensées.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Table des matières

ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
METHODES.....	14
Type d'étude	14
Population d'étude	14
Recueil des données.....	14
Critère de jugement principal.....	15
Analyses statistiques.....	15
Aspects éthiques et réglementaires	16
RESULTATS	17
Description de l'échantillon.....	17
Analyses bivariées.....	18
Analyses multivariées	20
DISCUSSION.....	22
Principaux résultats.....	22
Forces et limites de l'étude	22
Confrontation à la littérature	23
Implications futures	25
CONCLUSIONS.....	26
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXES	29
1. Questionnaire de l'étude	29
2. Score EPICES.....	31
3. Échelle « Wake Forest Physician Trust Scale ».....	31
4. Matrice de corrélation	32

Abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

MT : Médecin Traitant

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

WFPTS : Wake Forest Physician Trust Scale

Introduction

La confiance est l'un des fondements de la relation médecin-patient. Plusieurs études ont mis en évidence son rôle déterminant dans l'efficacité des soins (1–6). La confiance des patients en leur médecin augmenterait l'adhésion aux traitements et aux recommandations du médecin (1–4), le consentement au dépistage et la détection plus précoce de cancers (5,6). Les patients ayant une confiance élevée en leur médecin feraient plus souvent appel à un professionnel de santé qu'à l'automédication et laisseraient plus facilement le pouvoir décisionnel au médecin (2,7,8). De nombreuses études ont également mis en évidence un lien entre confiance et satisfaction globale des patients (4,9–11).

Différents outils américains existent pour mesurer la confiance en la profession médicale, en un médecin en particulier ou en l'assureur de santé (1,3,9,10). Ces différentes échelles s'appuient sur des définitions et des modèles conceptuels variés de la confiance (1,3). La plus récente des échelles de confiance est l'échelle Wake Forest Physician Trust Scale (WFPTS). Cette échelle a été validée pour mesurer la confiance des patients dans les acteurs de soins premiers. Elle offre une variabilité, une cohérence interne et un pouvoir de discrimination supérieurs à ceux des échelles préexistantes (9). La WFPTS a été largement utilisée, particulièrement aux États-Unis, et traduite dans diverses langues (12,13). Elle a été traduite et adaptée en français en 2014, validée en 2016, puis récemment mise à disposition (14,15). Depuis 2015, trois thèses d'exercice portant sur la confiance en médecine générale ont utilisé cette échelle (16–18). Néanmoins, peu de travaux à notre connaissance se sont intéressés au niveau de confiance des patients en leur médecin traitant en France.

De nombreuses études américaines ont cherché à identifier les caractéristiques sociodémographiques associées à un bas niveau de confiance en son médecin. L'âge jeune, le sexe féminin, le mauvais état de santé, l'appartenance à une minorité ethnique, le faible niveau d'éducation et de revenus ont souvent été rapportés comme facteurs prédictifs d'une confiance moindre en son médecin (2,5,8,10,12,13,19–25). Cependant, les données de la littérature restent particulièrement contradictoires (2,3,5,8,11,12,19,22–27). Plusieurs de ces études se sont intéressées aux inégalités ethno-raciales dans l'accès et la qualité des soins aux États-Unis. Les minorités africaines-américaines et latino-américaines étaient identifiées comme socio-économiquement défavorisées comparées à la population caucasienne (5,19,20). Malheureusement, aucune de ces études n'incluait de mesure globale de la précarité permettant de conclure à une influence directe de celle-ci sur la confiance en son médecin.

Les inégalités sociales de santé sont actuellement très marquées en France (28). La réduction de ces inégalités est un enjeu majeur des politiques de santé. Il paraît donc important d'en identifier les différents mécanismes afin d'améliorer la prise en charge des patients. Les patients en situation de précarité consultent moins souvent leur médecin généraliste (29–31). Le coût des soins et l'accessibilité ne sont pas les seules causes de renoncement aux soins (28,30,32,33). Ce phénomène est multifactoriel et implique des déterminants susceptibles d'être améliorés par l'intervention du médecin traitant : non

compréhension du bénéfice des soins, peurs et représentations du patient, minimisation de la gravité, délai de rendez-vous trop long, manque de confiance dans les institutions (28,30,32). Une confiance élevée en son médecin réduirait la probabilité que le patient retarde volontairement ses soins et qu'il ne puisse pas avoir recours aux soins (33).

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer le niveau de confiance en leur médecin traitant des patients consultant en soins premiers. L'objectif secondaire était d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des patients associées à un bas niveau de confiance en son médecin traitant, en analysant notamment la relation entre précarité et confiance en son médecin traitant.

Méthodes

Type d'étude

Étude observationnelle, longitudinale, prospective, multicentrique menée dans deux maisons de santé de Côte d'Or (Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Pouilly-en-Auxois et Maison Universitaire de Santé et de Soins Primaires de Chenôve) et un cabinet médical de groupe de l'Yonne entre février et avril 2018.

Population d'étude

La population de l'étude était composée de toutes les personnes majeures présentes en salle d'attente lors des périodes d'inclusion, ayant déclaré un médecin traitant spécialiste en médecine générale et ayant accepté de participer à l'étude. Seules les personnes bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire, n'étant pas en état de comprendre les consignes et non francophones étaient exclues.

Une pré-étude de faisabilité a été réalisée sur une après-midi décembre 2017 dans la salle d'attente de 3 médecins généralistes de la Maison Universitaire de Santé et de Soins Primaires de Chenôve. Elle avait pour objectif de tester le questionnaire et d'estimer la durée d'inclusion. Au total, 15 patients ont été inclus sur cette demi-journée, soit un potentiel d'inclusion d'environ 30 patients par jour dans chaque centre.

Dans une étude française, la proportion de patients avec une confiance élevée en son médecin traitant a été estimée à 57 % (17). En considérant une différence de 10 % de niveau de confiance entre les patients précaires et non précaires, avec un risque α à 5 % et une puissance à 80 %, le nombre de sujets nécessaire était estimé à 780. Une période totale de recueil de 30 jours devait donc permettre d'atteindre ce nombre de sujets nécessaire estimé. En respectant une marge de sécurité, l'inclusion s'est donc déroulée sur trois périodes de 10 jours consécutifs, soit une période de 10 jours dans chaque centre investigateur.

Recueil des données

Les données étaient recueillies par un investigateur unique, au cours d'un entretien individuel avec chaque sujet inclus, au calme, pendant le temps d'attente avant la consultation médicale ou au décours de celle-ci.

Le questionnaire est disponible en annexe 1. Il a été réalisé selon une revue de la littérature, en regroupant notamment toutes les variables associées à la variation du niveau de confiance afin de limiter l'influence des facteurs de confusion potentiels (2,3,5,8,10–12,19–27).

Le questionnaire était divisé en quatre parties :

- Les informations recueillies dans la première partie comportaient des données sociodémographiques (sexe, année de naissance, niveau de formation, catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenus annuel classé par tranches d'imposition), et des données médicales (estimation de l'état de santé global, maladies chroniques, prise quotidienne de médicaments, prise en charge au titre d'une affection de longue durée, de la Couverture Maladie Universelle complémentaire ou de l'Aide Médicale d'État).
- La seconde partie était une estimation du niveau de précarité des patients par le score EPICES variant de 0 à 100 (annexe 2). L'utilisation du score EPICES permettait l'évaluation de la précarité en prenant en compte son caractère multidimensionnel. Les patients étaient considérés comme précaires lorsque le score EPICES était supérieur à 30/100 (34).
- La troisième partie collectait des caractéristiques relatives au médecin traitant (sexe, statut de médecin de famille, durée du suivi, fréquence des consultations, éloignement du cabinet, satisfaction et confiance déclarées, consultation d'autres médecins généralistes, statut de maître de stage).
- La dernière partie estimait le niveau de confiance en son médecin traitant par l'échelle WFPTS dans sa version française.

Les données ont été informatiquement saisies en e-crf lors de l'entretien à l'aide du logiciel libre WEPI.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le niveau de confiance des patients en leur médecin traitant, estimé *via* l'échelle WFPST dans sa version française (14). Celle-ci est composée de 10 questions avec une réponse de type échelle de Likert, cotées de 1 à 5 points, permettant d'établir un score total de confiance allant de 10 à 50 points (annexe 3).

Analyses statistiques

Les caractéristiques des patients inclus ont été décrites avec des effectifs absolus (pourcentages) pour les variables qualitatives et des moyennes (déviations standards) pour les variables continues. Les scores moyens de confiance en son médecin traitant ont été calculés et comparés en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patients en utilisant le test de Student.

Des modèles de régression linéaires multiples ont été réalisés pour identifier les facteurs associés à la confiance en son médecin traitant. Toutes les variables considérées comme significatives en analyse bivariée ($p < 0,20$) ont été introduites dans les modèles multivariés, après des tests de corrélation, avec une sélection pas-à-pas ascendante. Les variables continues ont été introduites dans les modèles multivariés en classes cliniquement pertinentes : en quartiles pour l'âge, en classes d'imposition pour le niveau de revenus, en fonction des données d'accessibilité potentielle localisée pour la distance cabinet médical-domicile, ... Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Les résultats des analyses multivariées sont présentés avec les coefficients β , les déviations standards associées et le p correspondant.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS, version 9.3 (SAS Institute, Cary, USA).

Aspects éthiques et réglementaires

Les données étaient anonymisées dès leur recueil et le questionnaire ne comportait pas de données directement identifiantes. Les patients présents en salle d'attente lors de la période d'inclusion recevaient une information orale globale sur l'étude par l'investigateur. Les personnes acceptant de participer obtenaient préalablement à l'entretien individuel une nouvelle information orale avec réponse aux questions éventuelles ainsi qu'une notice d'information écrite. Enfin, le consentement éclairé de chaque participant était obtenu par écrit.

Cette étude a été enregistrée sous le numéro RCB 2018-A00128-47 à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Elle a reçu l'autorisation du Comité de Protection des Personnes Ile-de-France VII après déclaration de conformité à une méthodologie de référence auprès de la CNIL.

Résultats

Description de l'échantillon

Au total, 785 questionnaires ont été recueillis entre février et avril 2018 : 280 questionnaires à la Maison de Santé de Chenôve, 180 questionnaires sur le site de Tonnerre et 325 questionnaires à la Maison de Santé de Pouilly-en-Auxois.

L'échantillon était composé de 477 femmes pour 308 hommes, soit une nette prédominance féminine. L'âge moyen des participants était de 52,8 (18,5) ans et 35,8 % étaient considérés comme précaires. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables N=785	n	%
Sexe		
homme	308	39,2%
femme	477	60,8%
Age		
< 38 ans	191	24,3%
38-52 ans	191	24,3%
53-67 ans	203	25,9%
≥ 68 ans	200	25,5%
Formation		
non diplômé, DNB, BEPC	219	27,9%
CAP, BEP	225	28,7%
baccalauréat	124	15,8%
bac + 2	113	14,4%
licence, master	91	11,6%
troisième cycle	13	1,7%
Profession et catégorie sociale INSEE		
agriculteur	15	1,9%
artisan, commerçant, chef d'entreprise	37	4,7%
cadre et profession intellectuelle supérieure	40	5,1%
profession intermédiaire	37	4,7%
employé	223	28,4%
ouvrier	30	3,8%
sans activité professionnelle	125	15,9%
retraités	278	35,4%
Activité manuelle en cours		
oui	268	34,1%
non	392	49,9%
sans activité professionnelle	125	15,9%
Revenus		
< 9 807 €	178	22,7%
9 807 € - 27 085 €	320	40,8%
27 086 € - 72 616 €	267	34,0%
72 617 € - 153 782 €	17	2,2%
≥ 153 783 €	3	0,4%
Etat de santé		
très bon	129	16,4%
bon	348	44,3%
moyen	235	29,9%
mauvais	54	6,9%
très mauvais	19	2,4%

Maladie chronique		
oui	395	50,3%
- cardiovasculaire	181	
- diabète	67	
- respiratoire	48	
- neurologique	24	
- psychiatrique	31	
- cancer	34	
- autre	141	
- ne sait pas	9	
non	374	47,6%
ne sait pas	16	2,0%
Traitements quotidiens		
oui	433	55,2%
non	352	44,8%
ALD		
oui	252	32,1%
non	525	66,9%
ne sait pas	8	1,0%
CMU-c		
oui	39	5,0%
non	741	94,4%
ne sait pas	5	0,6%
Précarité (EPICES > 30)		
oui	281	35,8%
non	504	64,2%

Le niveau de confiance moyen des patients en leur médecin traitant était de 46,6 (5,0)/50, avec un niveau médian de confiance à 49/50 (tableau 2).

Tableau 2 : Relation médecin-patient et niveau de confiance de l'échantillon

Variables	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Q1-Q3
Ancienneté du suivi MT ** (n=763)	9,6	10,6	5,0	02 - 12
Fréquence de consultation au cours des 12 derniers mois ** (n=784)	5,1	5,0	4,0	02 - 06
Score de Wake Forest	46,6	5,0	49,0	45-50
** données manquantes				

Analyses bivariées

En analyse bivariée, le niveau de confiance des sujets inclus était significativement plus faible chez les patients précaires ($p = 0,048$), les hommes ($p = 0,01$), et chez ceux avec un niveau de formation élevé ($p = 0,02$). Une confiance élevée était associée à la satisfaction du patient ($p < 0,01$) et à un haut niveau de confiance déclaré ($p < 0,01$).

Le niveau de confiance était plus élevé si le médecin traitant (MT) était le médecin d'un autre membre de la famille ($p < 0,01$) ou maître de stage ($p = 0,04$) et variait en fonction de la fréquence des consultations ($p < 0,01$) et de l'ancienneté du suivi ($p < 0,01$). Les personnes consultant 4 à 6 fois par an (WFPTS = 47,4) avaient le plus confiance en leur médecin

traitant. La confiance diminuait chez les patients consultant 2 à 4 fois par an (WFPTS = 46,3) et était la plus basse chez les patients consultant moins de 2 fois par an (WFPTS = 46,1). Les patients fréquentant leur médecin traitant depuis moins de 2 ans (WFPTS = 47,3) ou plus de 12 ans (WFPTS = 46,8) avaient une confiance plus élevée que les patients suivis depuis 3 à 5 ans (WFPTS = 46,1) ou 5 à 11 ans (WFPTS = 46,3).

L'ensemble des résultats des analyses bivariées est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Analyse bivariée : facteurs associés à la confiance au médecin traitant

	Score de confiance en son MT		p
	moyenne	écart-type	
Sexe			
homme	46,5	4,9	0,67
femme	46,7	5,1	
Age			
< 38 ans	46,4	5,9	0,26
38-52 ans	46,4	5,1	
53-67 ans	47,0	4,5	
≥ 68 ans	46,7	4,3	
Formation			
< bac	46,9	4,9	0,02
bac	46,5	5,0	
> bac	46,2	5,1	
Activité manuelle en cours			
oui	46,7	5,4	0,38
non	46,6	4,8	
sans activité professionnelle	46,7	4,8	
Revenus			
< 9 807 €	46,0	6,2	0,71
9 807 € - 27 085 €	46,8	4,8	
≥ 27 086 €	46,8	4,3	
Etat de santé			
très bon/bon	46,7	5,0	0,31
moyen	46,3	5,3	
mauvais/très mauvais	46,9	4,2	
Maladie chronique			
oui	46,8	4,8	0,45
non	46,4	5,2	
ne sait pas	47	5,0	
Traitements quotidiens			
oui	46,9	4,6	0,10
non	46,3	5,5	
ALD			
oui	46,8	4,4	0,08
non	46,5	5,3	
ne sait pas	49,1	2,1	
CMU-c ou AME			
oui	45,7	8,0	0,73
non	46,7	4,8	
ne sait pas	46,0	6,8	
Précarité (EPICES > 30)			
oui	46,1	5,5	0,048
non	46,9	4,7	
Sexe médecin traitant			

homme	46,4	5,2	0,01
femme	47,3	4,3	
Médecin traitant d'autres membres de la famille			
oui	46,9	4,9	< 0,01
non	45,9	5,1	
ne sait pas	43,8	6,5	
Médecin traitant maître de stage des universités			
oui	47,3	4,0	0,04
non	46,2	5,5	
ne sait pas	46,3	5,6	
Fréquence de consultation au cours des 12 derniers mois **			
< 2	46,1	5,8	< 0,01
2-4	46,3	5,1	
4-6	47,4	4,0	
≥ 6	46,5	5,1	
Ancienneté du suivi MT **			
≤ 2 ans	47,3	4,8	< 0,01
3-5 ans	46,1	5,4	
5-11 ans	46,3	4,8	
> 12 ans	46,8	5,0	
Temps de trajet domicile-cabinet médical			
< 5 minutes	46,0	6,1	0,42
5-10 minutes	46,7	5,0	
10-15 minutes	46,5	4,5	
> 15 minutes	46,9	4,6	
Consultation d'autres médecins généralistes que le médecin traitant			
oui	46,3	5,1	0,07
non	46,9	4,9	
Satisfaction déclarée par rapport à son médecin traitant			
pas satisfait	31,9	10,1	< 0,01
satisfait	47,0	4,2	
Confiance déclarée en son médecin traitant			
pas confiance	25,9	9,5	< 0,01
confiance	46,9	4,2	
** données manquantes			

Analyses multivariées

En analyse multivariée, l'absence de précarité (-0,85, $p = 0,02$), une formation inférieure au baccalauréat (-0,51, $p < 0,01$), un médecin traitant de sexe féminin (0,86, $p = 0,02$), le suivi d'un autre membre de la famille (0,99, $p < 0,01$) et la satisfaction déclarée (15,03, $p < 0,01$) étaient associés à une confiance plus élevée en son médecin traitant (tableau 4).

La matrice de corrélation est disponible en annexe 4.

Tableau 4 : corrélation entre les variables étudiées et le score de confiance au MT

	Confiance en son MT(n=744)		
	coefficients β	déviations standards	<i>p</i>
Intercept	30,74	1,32	< 0,01
Niveau de formation initiale	-0,51	0,19	< 0,01
Précarité (EPICES)	-0,85	0,35	0,02
Sexe du médecin traitant	0,86	0,38	0,02
MT d'autres membres de la famille	0,99	0,38	< 0,01
MT maitre de stage	0,12	0,22	0,58
Fréquence annuelle de consultation	0,02	0,17	0,91
Ancienneté du suivi	-0,04	0,15	0,79
Satisfaction déclarée	15,03	1,05	< 0,01
Traitement chronique	0,3	0,42	0,47
ALD	0,22	0,43	0,61
Consultation d'un autre généraliste	-0,47	0,33	0,16

Discussion

Principaux résultats

Le niveau de confiance en leur médecin traitant des participants à l'étude était élevé, avec un score de confiance moyen de 46,6/50 et un score médian de 49/50.

En analyse multivariée, l'absence de précarité (-0,85, $p = 0,02$), une formation inférieure au baccalauréat (-0,51, $p < 0,01$), un médecin traitant femme (0,86, $p = 0,02$), le suivi d'un autre membre de la famille (0,99, $p < 0,01$) et la satisfaction du patient (15,03, $p < 0,01$) étaient indépendamment associés à un niveau de confiance élevée.

Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité. À notre connaissance, aucune étude française n'a estimé le niveau de confiance des patients de soins premiers en leur médecin traitant. Cette donnée paraît primordiale dans le contexte de soins actuel, où le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient et occupe une place centrale dans le dispositif de parcours de soins. Ce travail est également le premier en France à s'intéresser aux caractères sociodémographiques des patients qui influencent la confiance en leur médecin traitant. De plus, aucun des travaux internationaux réalisés sur ce sujet n'incluait de mesure globale de la précarité comme le permet le score EPICES.

Sur le plan méthodologique, le recueil des données par un investigateur unique, de manière prospective, dans différentes structures de soins apporte de la robustesse aux résultats. La taille importante de l'échantillon, qui satisfait l'objectif du nombre de sujets nécessaire, assure aux analyses statistiques une puissance satisfaisante. Les études précédemment menées en France disposaient toutes d'échantillons plus modestes, variant de 100 à 541 participants (14–18). L'hétéro-administration du questionnaire a également eu pour bénéfice de n'avoir que très peu de données manquantes. Les questions posant des difficultés de compréhension étaient répétées et explicitées par l'investigateur en cas de besoin. L'entretien individuel motivait les participants à répondre à l'intégralité du questionnaire.

Le recrutement des patients au sein des cabinets de médecins généralistes facilite les inclusions et permet d'assurer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible des consultants en médecine générale. Le recrutement dans trois centres différents, parmi la patientèle de 12 médecins généralistes, assure une plus large diversité des caractéristiques des patients et des médecins, et donc une meilleure diversité de la population étudiée. La prédominance féminine de l'échantillon étudié était attendue. L'étude ECOGEN menée de 2011 à 2012 sur 20613 consultants en médecine générale retrouvait une prédominance féminine chez les consultants en soins premiers avec 58,3 % (35). Dans cette même étude, 4,41 % des patients bénéficiaient de la CMU ou de l'AME, contre 5,0 % dans notre étude (35). Les proportions d'individus en précarité financière étaient donc similaires.

Le choix de l'hétéro-passation du questionnaire a permis de ne pas exclure les patients analphabètes, malvoyants ou ayant des difficultés à écrire. Le biais de sélection a ainsi été limité, les critères d'exclusions étant restreints. Le biais de classement était réduit puisque le même investigateur interrogeait tous les participants.

Néanmoins, l'hétéro-administration du questionnaire a pu majorer le risque de biais de déclaration. Les réponses du patient concernant sa satisfaction, sa confiance déclarée et les items de la WFPTS pouvaient être faussées par son désir de ne pas nuire à son médecin ou d'être bien considéré par l'investigateur. Ce biais était renforcé par la présentation de l'investigateur comme étudiant en médecine générale sur la notice d'information et le consentement écrit, présentés aux participants avant le recueil des données. Le niveau de confiance a donc pu être surestimé lors de cette étude. L'utilisation conjointe d'un auto-questionnaire aurait pu limiter cet effet.

Enfin, la population étudiée présentait un pourcentage important de sujets précaires de 35,8 %. Cette proportion est plus élevée que celle retrouvée dans la population des consultants en médecine générale. Dans une étude précédemment menée en Bourgogne en 2015, la proportion de patients précaires selon le score EPICES était de 28,9 % (36). Les auteurs du score EPICES trouvaient une proportion de personnes précaires de 27,9 % à l'élaboration du score parmi les consultants en Centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie (34). Néanmoins, celle-ci date de 2002 et l'évolution socio-économique défavorable de la France peut expliquer que la proportion actuelle soit à la hausse.

Confrontation à la littérature

Cette étude montre que le niveau de confiance des consultants envers leur médecin généraliste est élevée. Le score de confiance moyen de 46,6 est bien supérieur à ceux des études antérieures menées en France. La thèse du Docteur Stavila Amarandei retrouvait un score de confiance moyen de 42,3, celle du Docteur Sixou de 42,15, celle du Docteur Depoisier de 41,4 et celle du Docteur Hiot-Leveque de 45 (14–16,18). Ces études souffrent néanmoins d'un biais de sélection, causé par un nombre élevé de refus de participation sur un effectif plus restreint (14–16). Dans son étude, le Docteur Depoisier a privilégié le recueil par entretiens téléphoniques, ce qui nécessitait la possession d'une ligne téléphonique fonctionnelle et une bonne acuité auditive et ne sélectionnait pas la population spécifique des consultants en médecine générale (16).

Certaines variables associées à la confiance dans notre étude sont similaires à ceux des études françaises utilisant l'échelle WFPTS. Une corrélation forte entre la durée de la relation médecin-patient et niveau de confiance a été observée dans deux des études françaises (15,16). Ces deux études trouvaient également une association significative entre âge élevé et niveau de confiance élevé (15,16). Néanmoins l'âge était fortement corrélé à l'ancienneté du suivi dans l'étude du Docteur Sixou (15,16). Le Docteur Sixou a également conclu à une corrélation significative entre la satisfaction du patient et la confiance en son médecin traitant (15). Le Docteur Depoisier a retrouvé une confiance plus élevée chez les patients dont le

niveau d'étude était inférieur au BAC et chez les patients consultant régulièrement leur médecin traitant, sans que ces associations persistent en analyse multivariée (16). Aucune de ces études n'a retrouvé de lien statistiquement significatif entre la confiance et les autres caractéristiques sociodémographiques étudiées (sexe, état de santé déclaré, maladies chroniques, catégorie socioprofessionnelle, bénéfice de la CMU ou de l'AME) et aucune n'incluait de mesure de la précarité (15–17).

Les nombreux écrits Américains utilisant la WFPTS retrouvaient généralement une confiance élevée envers le médecin consulté, bien que la notion de médecin traitant soit inconnue aux Etats-Unis. Un niveau de confiance élevé a même été défini par un score strictement supérieur à 40/50 (25). Les valeurs moyennes de la WFPTS se rapprochaient des valeurs observées par les autres études françaises : 40,8 en 2002 à la création de la WFPTS (9), 40,7 en 2003 pour l'équipe du Dr Balkrishnan (7), 42,7 pour le Dr Bonds en 2004 (25). Après traduction de la WFPTS, une étude Néerlandaise réalisée en 2008 retrouvait un niveau de confiance moyen légèrement supérieur, de 43 (7.1) (13). En Chine, le niveau de confiance observé en 2014 était plus élevé, avec une confiance moyenne de 53,83/55 (19,62), après adaptation culturelle de cette même échelle, qui comprenait un item de type Likert supplémentaire (12). Cependant les systèmes de santé Chinois et Néerlandais sont hospitalo-centrés, et l'inclusion des patients s'est faite au sein de centres hospitaliers pour les deux études.

Dans la littérature anglo-saxonne, plusieurs études ont observé une relation inverse à celle retrouvée ici entre le niveau de formation et la confiance, le faible niveau d'éducation étant associé à une confiance basse (2,8,19,25). Le sexe féminin des patients a également été identifié comme facteur prédictif de mauvaise confiance dans plusieurs travaux (2,13). La population Française et Américaine ne sont pas comparables, puisque le mode d'éducation, le modèle socio-économique, les disparités ethniques et les difficultés d'accès et de financement des soins ne sont pas les mêmes. Le système de soins français est très différent de celui des USA, notamment vis-à-vis des contraintes de choix du médecin et du coût des soins. La mise en place du Managed Care Organization, imposant au patient un médecin dans un objectif de réduction des coûts, a d'ailleurs été le point de départ de l'élaboration des échelles de mesure de la confiance. L'échelle de confiance de Kao a été créée dans ce contexte, afin d'évaluer l'impact sur la confiance des patients de cette politique d'économie de la Santé (37).

La satisfaction était généralement fortement associée à la confiance dans la littérature Américaine. Elle a systématiquement été utilisée comme facteur prédictif positif lors de l'élaboration des échelles d'évaluation de la confiance (4,9–11). L'observation de résultats similaires au cours de ce travail était attendue. Le faible niveau de revenu et l'appartenance aux ethnies Latino-américaines et Afro-américaines, considérées comme défavorisées, ont été associés à un niveau de confiance bas dans de nombreuses études (5,19,20,23,24). Bien que la précarité des patients n'ait pas été évaluée dans sa globalité par un outil standardisé lors de ces travaux, on peut présumer que ces variables soient corrélées à un niveau de précarité supérieur à la population générale Américaine.

Implications futures

Cette étude apporte des données originales et intéressantes en soins premiers. L'identification des caractéristiques sociodémographiques associées à une confiance moindre en son médecin traitant permettra de cibler les patients nécessitant une attention particulière. Le renforcement de la relation de confiance entre les patients en situation de précarité et leur médecin traitant pourrait limiter le phénomène de renoncement aux soins (33). Alors que l'isolement social est l'une des facettes de la précarité, le suivi de plusieurs membres de la famille par le même médecin apparaît également ici comme facteur protecteur de la confiance.

Au cours des entretiens individuels, des profils récurrents de patients ayant une confiance basse ont été observés par l'investigateur principal. La confiance était souvent altérée après un conflit avec le médecin ou une prise en charge médicale du patient ou d'un membre de son entourage jugée inadaptée. Certains participants déclaraient aussi spontanément ne pas accorder leur confiance au corps médical en général. Ce phénomène plus général d'érosion de la confiance des patients en leur médecin traitant a été observé au cours de ces dernières décennies (17,38,39). Des études qualitatives ultérieures sont donc nécessaires pour appréhender les différents déterminants du niveau de confiance en son médecin traitant.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mme Mélanie BARIOD

CONCLUSIONS

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer le niveau de confiance au médecin traitant des consultant en soins premiers et d'identifier les facteurs associés à un bas niveau de confiance.

Au total, 785 patients ont été inclus dont 35,8 % étaient considérés comme précaires (EPICES > 30). Le niveau de confiance moyen des patient était de 46,6/50, considéré comme élevé. Seuls 10,3 % des patients présentaient un niveau de confiance bas (WFPST ≤ 40). En analyse multivariée, la satisfaction déclarée ($p < 0,01$), une formation inférieure au baccalauréat ($p < 0,01$), un médecin femme ($p = 0,02$), le suivi d'un membre de la famille ($p < 0,01$) et l'absence de précarité ($p = 0,02$) étaient associés à une confiance plus élevée.

La principale force de cette étude est la taille importante de l'échantillon. L'hétéro-administration du questionnaire par un investigateur unique a permis la diminution du biais de mesure et des données manquantes, mais a renforcé le biais de déclaration. La population étudiée présentait également un pourcentage de sujets précaires plus important que la population générale.

Cette étude apporte des données originales et intéressantes en soins premiers. Les caractéristiques associées à une moindre confiance permettront de cibler les patients nécessitant une attention particulière. Des études qualitatives ultérieures sont néanmoins nécessaires pour appréhender les différents aspects de cette problématique.

Le Président du jury,



Pr. Jean-Noël Beis

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 20/07/18
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

Bibliographie

1. Pearson SD, Raeke LH. Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. *J Gen Intern Med.* juill 2000;15(7):509-13.
2. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients' trust relates to their involvement in medical care. *J Fam Pract.* avr 2005;54(4):344-52.
3. 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;79(4):613-39.
4. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* sept 1998;47(3):213-20.
5. O'Malley AS, Sheppard VB, Schwartz M, Mandelblatt J. The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Prev Med.* juin 2004;38(6):777-85.
6. Mainous AG, Kern D, Hainer B, Kneuper-Hall R, Stephens J, Geesey ME. The relationship between continuity of care and trust with stage of cancer at diagnosis. *Fam Med.* janv 2004;36(1):35-9.
7. Balkrishnan R, Dugan E, Camacho FT, Hall MA. Trust and satisfaction with physicians, insurers, and the medical profession. *Med Care.* sept 2003;41(9):1058-64.
8. Freburger JK, Callahan LF, Currey SS, Anderson LA. Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Rheum.* 15 févr 2003;49(1):51-8.
9. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring Patients' Trust in their Primary Care Providers. *Med Care Res Rev.* 1 sept 2002;59(3):293-318.
10. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. *Health Serv Res.* oct 2002;37(5):1419-39.
11. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract.* oct 2002;19(5):476-83.
12. Dong E, Liang Y, Liu W, Du X, Bao Y, Du Z, et al. Construction and validation of a preliminary Chinese version of the Wake Forest Physician Trust Scale. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 5 juill 2014;20:1142-50.
13. Bachinger SM, Kolk AM, Smets EMA. Patients' trust in their physician—Psychometric properties of the Dutch version of the "Wake Forest Physician Trust Scale". *Patient Educ Couns.* 1 juill 2009;76(1):126-31.
14. Stavila Amarandei R. Le patient, le médecin et la confiance: traduction et adaptation culturelle française de l'échelle de confiance de Wake Forest. 101 f. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
15. Sixou P. Vers un outil de mesure de la confiance du patient envers son médecin généraliste: Validation de l'adaptation culturelle française de l'échelle de confiance de Wake Forest. 64 f. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
16. Depoisier T. L'utilisation d'outils techniques en pratique de médecine générale a-t-elle un impact sur la relation de confiance médecin-patient? 49 f. Thèse d'exercice : Médecine : Faculté de Médecine Aix-Marseille.; 2015.
17. Rossignon J. Le choix du médecin généraliste et la confiance. 38 f. Thèse d'exercice : Médecine : Université du droit et de la santé de Lille; 2017.
18. Hiot-Lévêque S. La confiance varie t'elle entre le médecin traitant et le médecin remplaçant?: Etude quantitative : Utilisation de l'échelle de Wake Forest version française. 48 f. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2017.
19. Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med.* déc 2000;9(10):1156-63.

20. Boulware LE, Cooper LA, Ratner LE, LaVeist TA, Powe NR. Race and trust in the health care system. *Public Health Rep Wash DC* 1974. août 2003;118(4):358-65.
21. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*. nov 2004;42(11):1049-55.
22. Meyer SB, Ward PR, Jiwa M. Does prognosis and socioeconomic status impact on trust in physicians? Interviews with patients with coronary disease in South Australia. *BMJ Open*. 1 janv 2012;2(5):e001389.
23. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 10 mai 2004;164(9):1015-20.
24. Berrios-rivera JP, Street RL, Garcia Popa-lisseanu MG, Kallen MA, Richardson MN, Janssen NM, et al. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*. 15 juin 2006;55(3):385-93.
25. Bonds DE, Foley KL, Dugan E, Hall MA, Extrom P. An exploration of patients' trust in physicians in training. *J Health Care Poor Underserved*. mai 2004;15(2):294-306.
26. Junewicz A, Kleinert KJ, Dubler NN, Caplan A. Victimization and Vulnerability: A Study of Incarceration, Interpersonal Trauma, and Patient-Physician Trust. *Psychiatr Q*. sept 2017;88(3):459-72.
27. Halbert CH, Armstrong K, Gandy OH, Shaker L. Racial Differences in Trust in Health Care Providers. *Arch Intern Med*. 24 avr 2006;166(8):896-901.
28. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). Réduire les inégalités sociales en santé. [Internet]. Saint-Denis: INPES; 2010 [cité 23 nov 2017] p. 380. (Santé en action). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
29. Jaffiol C., Fontbonne A., Vannereau D., Olive J.-P., Passeron S. Diabète et Précarité. Résultats d'une enquête en Languedoc [Internet]. PRESPODIA; 2012 [cité 25 juin 2018] p. 98. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/diabete-et-precarite-enquete-en-languedoc/>
30. Petitclerc-Roche S., Vanessa Capron V. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale. *Exercer*. 2014;25(114):196-7.
31. ODENORE/CETAF. Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP) [Internet]. Agence Nationale de la Recherche Programme Sant Environnement –Sant Travail; 2008 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: <https://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>
32. Sébastien Mabon, Thibaut Raginel. Le renoncement aux soins médicaux dans le secteur de la CPAM Roubaix-Tourcoing. *Exercer*. 2014;25(112(suppl 1)):S26-7.
33. Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter? *Health Serv Res*. déc 2005;40(6 Pt 1):1898-917.
34. Cetaf. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Saint Etienne; 2005 janv p. 16.
35. Laurent Letrilliant, Irène Supper, Matthieu Schuers, David Darmon, Pascal Boulet, Madeleine Favre, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;25(114):148-57.
36. Cam-Anh Khau, Anne Simondon. Étude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes. *Exercer*. 2015;26(118(suppl 1)):S12-3.
37. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' Trust in Their Physicians. *J Gen Intern Med*. oct 1998;13(10):681-6.
38. Dr Sisira Edirippulig. What do people think about their general practitioners? Survey results comparing public opinion over 40 years from a community in Sydney, Australia - UQ eSpace. *Health Prim Care*. 2017;1(1):2-8.
39. Kane S, Calnan M. Erosion of Trust in the Medical Profession in India: Time for Doctors to Act. *Int J Health Policy Manag*. 2 nov 2016;6(1):5-8.

Annexes

1. Questionnaire de l'étude

Caractéristiques générales

Année de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Niveau de formation :

- Non diplômé, DNB ou BEPC CAP, BEP Baccalauréat
 Bac +2 (DUT, BTS, DEUG...) Licence, master Troisième cycle (doctorat, grandes écoles)

Catégorie socioprofessionnelle :

- Agriculteur et exploitant Employé
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise Ouvrier
 Cadre, profession intellectuelle supérieure Retraité
 Profession intermédiaire Sans activité professionnelle

⇒ Profession en clair et détaillée : _____

Niveau de revenus annuel du foyer :

- Moins de 9 807 € de 9 807 € à 27 086 € de 27 086 € à 72 617 €
 72 617 € à 153 783 € plus de 153 783 €

Comment est votre état de santé en général ?

- Très bon bon moyen mauvais très mauvais

Avez-vous une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ? OUI NON Ne sait pas

Si oui, quel(s) type(s) de maladie(s) chronique(s) ?

- Cardiovasculaire Neurologique Autre
 Diabète Psychiatrique Ne sait pas
 Respiratoire Cancer

⇒ Pathologie(s) en clair : _____

Prenez-vous des médicaments tous les jours ? OUI NON

Êtes-vous pris en charge à 100% du fait d'une Affection de Longue Durée ? OUI NON Ne sait pas

Bénéficiez-vous de la CMU-c ou de l'Aide Médicale d'État ? OUI NON Ne sait pas

Score EPICES

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? OUI NON

2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? OUI NON

3. Vivez-vous en couple ? OUI NON

4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ? OUI NON

5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)? OUI NON

6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

7. Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

8. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? OUI NON

10. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? OUI NON

11. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? OUI NON

Votre médecin traitant et vous

Sexe du médecin traitant ? Masculin Féminin

Ce médecin est-il également le médecin traitant d'autres membres de votre famille ?

OUI NON Ne sait pas

Depuis combien d'années ce médecin est-il votre médecin traitant ? _____ ans

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté votre médecin traitant? _____ fois

Combien de temps de trajet mettez-vous entre votre domicile et le cabinet médical avec votre moyen de locomotion habituel?

Moins de 5 minutes Entre 5 et 10 minutes Entre 10 et 15 minutes Plus de 15 minutes

D'une manière générale, êtes-vous satisfait de votre médecin traitant ?

Tout à fait satisfait Plutôt satisfait Plutôt pas satisfait Pas du tout satisfait

Avez-vous confiance en ce médecin ?

Tout à fait confiance Plutôt confiance Plutôt pas confiance Pas du tout confiance

Avez-vous déjà consulté d'autres médecins généralistes que votre médecin traitant ? OUI NON

Votre médecin traitant est-il maître de stage? OUI NON Ne sait pas

Échelle de confiance de Wake Forest

1. Votre médecin mettra tout en œuvre pour vous soigner.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

2. Votre médecin semble parfois se préoccuper davantage de ses besoins que de votre prise en charge.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

3. Votre médecin n'est pas aussi compétent qu'il devrait l'être.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

4. Votre médecin est particulièrement consciencieux et attentif.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

5. Vous faites confiance à votre médecin concernant les traitements médicaux les plus adaptés pour vous.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

6. Votre médecin vous présente l'ensemble des possibilités justifiées par votre état.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

7. Votre médecin ne pense qu'à votre bien.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

8. Parfois, votre médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

9. Vous n'avez aucune inquiétude à remettre votre vie entre les mains de votre médecin.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

10. Globalement, vous avez une confiance totale en votre médecin.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Neutre Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

2. Score EPICES

	OUI	NON
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10.06	0
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11.83	0
Vivez-vous en couple ?	-8.28	0
Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8.28	0
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	14.80	0
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6.51	0
Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7.10	0
Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7.10	0
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9.47	0
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9.47	0
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7.10	0
Constante	75.14	

La somme des points et de la constante permet de calculer un score de précarité variant de 0 à 100.

3. Échelle « Wake Forest Physician Trust Scale »

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Votre médecin mettra tout en œuvre pour vous soigner.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Votre médecin semble parfois se préoccuper davantage de ses besoins que de votre prise en charge.	1 pts	2 pts	3 pts	4 pts	5 pts
Votre médecin n'est pas aussi compétent qu'il devrait l'être.	1 pts	2 pts	3 pts	4 pts	5 pts
Votre médecin est particulièrement consciencieux et attentif.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Vous faites confiance à votre médecin concernant les traitements médicaux les plus adaptés pour vous.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Votre médecin vous présente l'ensemble des possibilités justifiées par votre état.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Votre médecin ne pense qu'à votre bien.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Parfois, votre médecin n'accorde pas toute son attention à ce que vous essayez de lui dire.	1 pts	2 pts	3 pts	4 pts	5 pts
Vous n'avez aucune inquiétude à remettre votre vie entre les mains de votre médecin.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts
Globalement, vous avez une confiance totale en votre médecin.	5 pts	4 pts	3 pts	2 pts	1 pts

La somme des points de chaque question permet d'obtenir un score sur 50 points.

4. Matrice de corrélation

Corrélation												
Variable	bac	ttt	ALD	precarite	sexem	mfam	mtmsu	freqcs_class	dureemt_class	autremt	satisf	wf
bac	1.0000	-0.1585	-0.2167	-0.2286	0.0701	0.0359	0.1038	-0.1834	-0.0302	0.0209	0.0092	-0.0666
ttt	-0.1585	1.0000	0.5612	0.0844	-0.1023	-0.1667	-0.1267	0.5005	0.0205	-0.0805	0.0689	0.0618
ALD	-0.2167	0.5612	1.0000	0.1809	-0.0758	-0.1908	-0.0547	0.3833	0.0222	-0.0827	0.0342	0.0398
precarite	-0.2286	0.0844	0.1809	1.0000	0.0359	-0.1017	-0.0216	0.1420	-0.0092	-0.0543	-0.0656	-0.0878
sexem	0.0701	-0.1023	-0.0758	0.0359	1.0000	-0.0417	0.1680	-0.0699	-0.2623	0.0212	0.0375	0.0806
mfam	0.0359	-0.1667	-0.1908	-0.1017	-0.0417	1.0000	0.0256	-0.0777	0.1359	0.0752	0.0260	0.0871
mtmsu	0.1038	-0.1267	-0.0547	-0.0216	0.1680	0.0256	1.0000	-0.1464	-0.0481	0.0883	0.0155	0.0236
freqcs_class	-0.1834	0.5005	0.3833	0.1420	-0.0699	-0.0777	-0.1464	1.0000	0.0548	0.0034	0.0476	0.0385
dureemt_class	-0.0302	0.0205	0.0222	-0.0092	-0.2623	0.1359	-0.0481	0.0548	1.0000	0.2285	-0.0094	-0.0285
autremt	0.0209	-0.0805	-0.0827	-0.0543	0.0212	0.0752	0.0883	0.0034	0.2285	1.0000	-0.0444	-0.0612
satisf	0.0092	0.0689	0.0342	-0.0656	0.0375	0.0260	0.0155	0.0476	-0.0094	-0.0444	1.0000	0.4750
wf	-0.0666	0.0618	0.0398	-0.0878	0.0806	0.0871	0.0236	0.0385	-0.0285	-0.0612	0.4750	1.0000

TITRE DE LA THESE : Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle prospective chez les consultants en soins premiers.

AUTEUR : MELANIE BARIOD

RESUME :

Introduction : La confiance en son médecin augmente l'observance, le consentement au dépistage et la satisfaction des patients. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer le niveau de confiance au médecin traitant des consultant en soins premiers et d'identifier les facteurs associés à un bas niveau de confiance.

Méthodes : Étude observationnelle, longitudinale, prospective, multicentrique menée dans deux maisons de santé et un cabinet médical de Bourgogne entre février et avril 2018. Les personnes majeures présentes en salle d'attente ayant déclaré un médecin généraliste traitant étaient recrutées. Le questionnaire, hétéro-administré, recueillait des données sociodémographiques, médicales, le niveau de précarité du patient (score EPICES) et des caractéristiques du médecin traitant. Le critère de jugement principal était le niveau de confiance des patients en leur médecin traitant estimé *via* l'échelle Wake Forest Physician Trust Scale. Une régression linéaire multiple en pas-à-pas ascendant a été réalisée pour analyser les variables associées à cette confiance.

Résultats : 785 patients ont été inclus dont 35,8% considérés précaires (EPICES>30). Le score de confiance moyen était de 46,6/50. En analyse multivariée, la satisfaction déclarée ($p<0,01$), une formation inférieure au bac ($p<0,01$), un médecin femme ($p=0,02$), le suivi de la famille ($p<0,01$) et l'absence de précarité ($p=0,02$) étaient associés à une confiance plus élevée.

Discussion : Les caractéristiques associées à une confiance basse permettront de cibler les patients nécessitant une attention particulière. Des études ultérieures sont nécessaires pour appréhender chaque aspect de cette problématique.

MOTS-CLES : « soins de santé primaires » ; « relations médecin-patient » ; « confiance » ; « déterminants sociaux de la santé » ; « médecine générale ».