



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient, étude transversale auprès de patients du Nord-Pas-de-Calais atteints de maladie chronique.

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2020, à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Marie-Anne Rouhier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
BEP	Brevet d'Études Professionnelles
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CARE	Consultation and Relational Empathy
CDJ	Critère de Jugement (principal)
CEMGL	Collège des Enseignants de Médecine Générale Lillois
CEP	Certificat d'Études Primaires
CF.	Confer
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DPO	Data Protection Officer
EMPATHIES	Empathie des médecins et des pharmaciens, adhérence thérapeutique et indicateurs d'état de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
JAMA	Journal of the American Medical Association
LDL	Low Density Lipoprotein
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage des Universités
NPdC	Nord-Pas-de-Calais
PEC	Profile of Emotional Competence
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
S-PEC	Short Profile of Emotional Competence

Table des matières

Résumé	8
Introduction	9
I. Le médecin généraliste.....	9
A. Histoire Européenne de la tenue vestimentaire du médecin	9
B. Enjeux actuels de la tenue vestimentaire du médecin généraliste au cours de la consultation	10
II. L'empathie	11
A. Concept.....	11
B. L'empathie et ses enjeux au cours d'une consultation médicale	12
III. Le projet EMPATHIES.....	13
IV. Objectifs.....	13
Matériels et méthodes.....	15
I. Conception	15
II. Populations étudiées	15
A. Médecins généralistes.....	15
B. Patients	16
III. Contexte	16
A. Lieux.....	16
B. Temporalité.....	16
C. Recrutement des médecins.....	16
D. Recrutement des patients	17
IV. Sources des mesures	17
A. Le questionnaire médecin	17
B. Le questionnaire patient	17
V. Gestion des données manquantes	18
VI. Taille de l'étude	18
VII. Analyses statistiques.....	18
VIII. Gestion des données	19
IX. Aspects réglementaires et éthiques.....	19
A. Déclaration réglementaire	19
B. Information et consentement.....	19
Résultats	21
I. Données analysées	21
II. Statistiques descriptives	21
A. Caractéristiques MG.....	22
B. Caractéristiques Patients	23
III. Facteurs prédictifs du score CARE.....	25
A. CARE total	25
B. CARE écoute.....	26
C. CARE action.....	27
IV. Autres résultats.....	28
A. Importance de la tenue selon les patients	28
B. Tenue du MG et avis des patients concernant la perception de l'empathie selon la tenue du médecin	29

Discussion	31
I. Discussion du résultat principal	31
A. Représentativité des populations (Validité externe).....	31
1. Médecins.....	31
a) A l'échelle du Nord-Pas-de-Calais (NPdC)	31
b) A l'échelle Nationale	31
2. Patients	32
a) A l'échelle du Nord-Pas-de-Calais.....	32
b) A l'échelle Nationale	32
B. Résultat principal et comparaison avec la littérature (Validité externe)	33
1. Hypothèse d'un lien entre la tenue vestimentaire du médecin et l'empathie perçue par le patient.....	33
2. Résultats du score CARE.....	33
II. Discussion des résultats secondaires.....	34
A. Impact de la tenue vestimentaire sur le sous-score CARE écoute.....	34
B. Impact de la tenue vestimentaire sur le sous-score CARE action.....	35
C. Variables influençant l'évaluation du résultat principal	35
1. Variables patients	35
2. Variables médecins	36
III. Autres résultats.....	37
A. Importance accordée par les patients à la tenue du médecin	37
B. Tenue via laquelle le patient percevrait davantage le médecin comme empathique	37
IV. Discussion de la Méthode (Validité interne).....	38
A. Choix des outils de mesure	38
B. Discussion du score CARE	38
C. Gestion des biais.....	39
1. Biais de sélection	39
2. Biais de mesure.....	40
3. Biais de confusion	41
D. Critères de Bradford-Hill.....	41
V. Forces et limites de l'étude	42
VI. Conflits d'intérêt.....	43
VII. Perspectives.....	43
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	52
Annexe 1 : Protocole de l'étude EMPATHIES	52
Annexe 2 : Guide de recrutement téléphonique des médecins.....	65
Annexe 3 : Guide de recrutement présentiel des médecins	66
Annexe 4 : Formulaire de consentement écrit du médecin	67
Annexe 5 : Questionnaire Médecin	69
Annexe 6 : Guide de recrutement des patients et feuille de compte	71
Annexe 7 : Questionnaire patients	73
Annexe 8 : Densité de médecins dans le NPdC et médecins recrutés pour l'étude.....	82

RESUME

Contexte : De nombreuses études se sont intéressées à l'impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste au cours de la consultation : préférence des patients, confiance accordée au médecin ou à sa prescription. Une seule étude s'est intéressée au lien entre la tenue vestimentaire du médecin et son impact sur l'empathie perçue par le patient : coréenne, elle n'est pas extrapolable à notre population.

Méthode : Étude transversale, descriptive, non interventionnelle, menée dans la région Nord-Pas-de-Calais. La population comportait 50 clusters : chaque cluster était composé de 20 patients atteints de maladie chronique ayant déclaré comme médecin traitant un même médecin généraliste. La tenue du médecin était évaluée par l'investigateur, selon 4 catégories. L'empathie perçue par le patient était évaluée par le questionnaire CARE.

Résultats : On ne retrouve pas de résultat significatif concernant le lien entre une des tenues vestimentaires et le score CARE total. Cependant, le port d'une tenue semi-formelle est corrélé à une baisse de l'empathie d'écoute (sous-score CARE écoute), par rapport au port d'une blouse blanche ou d'une tenue formelle (pente -1.3, IC95% [-2.5 ; -0.1], p=0.03). Un autre élément de la tenue, le port de lunettes, est associé de façon significative à une baisse de l'empathie perçue par le CARE total (pente -1.7, IC95% [-3.1 ; -0.2], p=0.02).

INTRODUCTION

I. Le médecin généraliste

A. Histoire Européenne de la tenue vestimentaire du médecin

Au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate de Cos écrit : « Il est de règle pour un médecin de conserver, autant que sa nature le lui permet, le teint frais et de l'embonpoint ; car le vulgaire s'imagine qu'un médecin qui n'a pas ainsi une bonne apparence ne doit pas bien soigner les autres. Il faut qu'il soit propre sur sa personne, qu'il ait un vêtement décent » (1) .

L'importance de l'aspect extérieur du médecin et l'influence qu'il peut avoir sur la perception de la qualité des soins, étaient ainsi déjà identifiés.

Vers la fin du Moyen-Âge, le médecin formé à la Faculté se voit remettre lors d'une cérémonie marquant la fin de ses études, une longue robe noire, un épitoge et un bonnet rouge (2). Ce vêtement permettra au médecin d'être distingué des autres professions : barbiers, chirurgiens, apothicaires, mais surtout des autres exercices de soin sans formation facultaire (charlatans), et affirmera ainsi sa légitimité et son savoir (3).

Au XIX^{ème} siècle, la tenue noire adoptée par les médecins apparaît comme signe d'une « haute tenue morale » (4). Elle vise en effet à leur faciliter un statut de respectabilité et de moralité, alors que leurs compétences sont encore remises en question par leurs concitoyens. Le Docteur Labruno aurait ainsi déclaré que le médecin n'était pour eux, qu'un « homme habillé de noir, qui met des drogues qu'il ne connaît pas dans une organisation qu'il ne connaît guère » (5).

Notons que cette tenue a également comme avantage de rendre d'éventuelles salissures moins visibles (6). Mais vers 1860, suite aux découvertes de Pasteur sur les bactéries, de nouvelles règles d'hygiène apparaissent à l'hôpital et avec elles, la blouse blanche (4).

Dans les années 1990, avec l'apparition de nouveaux textiles, ces blouses pourront se parer de coloris différents, et ainsi prendre fonction d'information quant à la profession ou le service auquel appartient le professionnel de santé. Les blouses blanches vont toutefois rester l'apanage des médecins (4).

Mais qu'en est-il de la tenue du médecin généraliste, en-dehors de l'hôpital ? On peut dire qu'actuellement, les médecins généralistes portent des tenues pouvant être classées selon 4 catégories : la blouse, la tenue formelle (ensemble complet de costume), la tenue semi-formelle (un élément au moins de costume), ou la tenue *casual* («décontractée ») (7–11). Cette évolution de la tenue pourrait être sociétale, mais ne semble pas avoir été explorée par des études sociologiques.

B. Enjeux actuels de la tenue vestimentaire du médecin généraliste au cours de la consultation

Au cours du XX^{ème} siècle, nous sommes passés d'un modèle médical paternaliste à un modèle délibératif, dans lequel le patient devient acteur de sa santé, et participe aux décisions le concernant (12).

La médecine devient donc « centrée sur le patient » (13). Le médecin, qui autrefois imposait ses décisions, va devoir apprendre à communiquer différemment, et « créer un climat d'écoute active et bienveillante » (14).

La communication, dont l'importance est aujourd'hui décuplée au cours de la consultation, peut être scindée en 2 catégories : la communication verbale, et la communication non verbale. Dans cette dernière catégorie contenant notamment les expressions faciales ou la gestuelle, on retrouve la tenue vestimentaire (15).

Cette notion a été bien étudiée depuis plusieurs années, et nous retrouvons ainsi plusieurs impacts de la tenue vestimentaire du médecin au cours la consultation, notamment sur :

- **La préférence des patients** : une étude Ecossaise retrouve une préférence des patients en faveur du port d'un costume et d'une cravate pour les médecins de sexe masculin, et d'une blouse blanche pour les médecins de sexe féminin (8). Une autre étude publiée dans le JAMA (7) retrouve des avis favorables quant au port d'éléments tels que robes, chemises, cravates, ou blouses ; ce qui coïncide avec les résultats d'autres études (9,16–18). On note une vision plutôt négative du port d'une tenue *casual*, d'une tenue féminine trop prononcée, et du port de boucles d'oreilles chez un homme (7).
- **La confiance accordée au médecin** : des études montrent un plus haut degré de confiance envers le médecin lorsque celui-ci porte une tenue

formelle (11,19). Une étude américaine réalisée en clinique, montre quant à elle une association entre un plus haut degré de confiance et le port d'une tenue professionnelle (blouse) (20), de même qu'une étude asiatique (21). Il est intéressant de noter que les patients déclaraient se sentir plus disposés à discuter de problèmes d'ordre sociaux, psychologiques ou sexuels avec les médecins habillés ainsi (20).

- **La confiance accordée au traitement prescrit et l'observance** : une thèse française de médecine générale a retrouvé que chez 12.3% des patients, une vision négative de la tenue du médecin pouvait les conduire à ne pas suivre la prescription par perte de confiance. La blouse blanche et la tenue formelle seraient pour les patients celles les incitant à une meilleure observance (11).
- **La compétence estimée du médecin** : une étude américaine retrouve que les médecins portant la blouse blanche sont vus comme étant plus dignes de confiance, ayant de meilleures connaissances, et une plus grande autorité (22).
- **L'empathie** : une étude Coréenne s'intéressant à l'empathie perçue par les patients, retrouve de plus hauts scores d'empathie attribués aux médecins porteurs d'une blouse blanche ou d'une tenue traditionnelle ; comparativement à ceux porteurs d'un costume ou d'une tenue décontractée (18).

Ainsi, la tenue vestimentaire du médecin apparaît comme un des facteurs influençant le déroulé d'une consultation médicale et la prise en charge globale du patient.

II. L'empathie

A. Concept

Sur le plan étymologique, le terme empathie est composé des mots grecs «en » signifiant « à l'intérieur », et de « pathos » qui fait référence initialement à la souffrance, puis qui a pu être traduit par « passion » ou « affect » (23,24).

Historiquement, au IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Aristote utilise le mot « pathos » pour désigner une technique rhétorique utilisant les émotions (23).

Mais le terme « empathie » et sa définition actuelle vont provenir de la traduction du terme « Einfühlung » de Robert Vischer. Ce psychologue allemand du

XIX^{ème} siècle décrit la compréhension des œuvres d'art par une sorte de projection de soi dans l'objet (24).

Cette notion va ensuite être reprise et développée par plusieurs philosophes, psychologues ou psychanalystes du XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle (25,26).

Actuellement en neurosciences, l'empathie est définie comme une compétence sociale, comprenant une composante affective qui permet de ressentir les émotions d'autrui, et une composante cognitive qui permet de les comprendre (27).

B. L'empathie et ses enjeux au cours d'une consultation médicale

Le psychologue Carl Rogers a développé l'Approche Centrée sur la Personne dans les années 1940, définie comme « une manière d'être qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements, créateurs d'un climat propice à l'épanouissement » (28). Il insiste notamment sur la nécessité de l'empathie dans la relation de soins, la décrivant comme un « élément extrêmement important pour la compréhension de la dynamique de la personne et pour produire des changements dans la personnalité et le comportement » (29).

On comprend ainsi le développement de cette vision dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. En effet, pour ceux-ci, l'arrivée de la maladie va impacter les domaines physique, psychique mais également professionnel et familial. Elle provoque une rupture avec l'état antérieur de « non malade », et va engendrer des changements, ou en nécessiter. Prendre en compte ces aspects particuliers du patient est ainsi nécessaire à l'élaboration de son projet de soin et son suivi (13,14).

Des études tendent ainsi à confirmer l'importance de l'empathie dans la prise en charge de pathologies chroniques : une meilleure empathie permettrait notamment une plus importante réduction des taux d'hémoglobine glyquée et du LDL-cholestérol (30), une diminution des complications métaboliques aiguës chez les patients diabétiques (31), un meilleur équilibre de la pression artérielle chez les patients hypertendus (32), mais également une amélioration des épisodes douloureux chez les patients migraineux chroniques (33).

Ceci pourrait être lié au fait qu'un médecin empathique pourrait mener le patient vers une meilleure observance (33–35).

L'empathie du médecin pourrait également avoir un impact sur des pathologies aiguës telles qu'un rhume : effets retrouvés sur la durée, l'intensité du rhume, mais également biologiques (interleukines et polynucléaires neutrophiles) (36).

Des études réalisées en médecine générale retrouvent que l'empathie du médecin est une qualité particulièrement attendue par les patients, qui rapportent se sentir plus à l'aise, soutenus par leur médecin (37). Ce résultat peut être mis en lien avec le fait que les patients qui perçoivent leur médecin comme empathique, présentent des taux moindres d'anxiété au décours de la consultation (38,39).

L'intérêt d'une attitude empathique au cours de la consultation médicale est ainsi de mieux en mieux connu, et son enseignement est entré au programme du DES de médecine générale (40–42).

III. Le projet EMPATHIES

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre du projet EMPATHIES (Empathie des médecins et des Pharmaciens, Adhérence Thérapeutique et Indicateurs d'État de Santé)

Il s'agit d'un projet interprofessionnel, rassemblant des enseignants chercheurs en biostatistiques, psychologie, et médecine générale, ainsi que des étudiants des facultés de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille.

IV. Objectifs

Comme vu précédemment, de nombreuses études se sont intéressées à la tenue vestimentaire du médecin généraliste, retrouvant notamment que la blouse blanche et la tenue formelle étaient celles inspirant le plus confiance aux patients, et permettant une meilleure observance.

Nous ne retrouvons pour l'instant qu'une seule étude s'intéressant au lien éventuel entre l'empathie perçue et la tenue vestimentaire du médecin généraliste. Coréenne, elle est peu extrapolable à notre population.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer l'impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient atteint d'une pathologie chronique consultant en soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'importance qu'accordent les patients à la tenue vestimentaire du médecin généraliste, et de déterminer si l'une des tenues leur semblait plus à même de générer une perception d'empathie.

MATERIELS ET METHODES

I. Conception

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, non interventionnelle, comportant 50 clusters : chaque cluster était composé de 20 patients atteints de maladie chronique ayant déclaré comme médecin traitant un même médecin généraliste.

Le protocole est disponible en Annexe 1.

II. Populations étudiées

A. Médecins généralistes

Une liste de médecins généralistes a été obtenue après tirage au sort, à partir d'une base de données recensant l'ensemble des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Cette liste a été fournie par la Maison de Recherche Clinique de Lille.

Leurs critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé et en exercice dans le Nord-Pas-de-Calais durant la durée prévisionnelle de l'étude
- Être déclaré comme « médecin traitant » d'au moins un patient présentant une pathologie chronique

Leurs critères d'exclusion étaient :

- Être maître de stage universitaire pour externe
- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.

B. Patients

Le recrutement des patients était effectué par le médecin généraliste.

Leurs critères d'inclusion étaient :

- Être le patient d'un médecin généraliste recruté pour l'étude et l'avoir déclaré comme « médecin traitant »
- Être affilié à un régime de sécurité sociale
- Être affecté d'une pathologie chronique évoluant depuis plus de 6 mois, et nécessitant la prise régulière d'un traitement

Leurs critères d'exclusion étaient :

- L'incapacité à remplir le questionnaire seul
- Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique

III. Contexte

A. Lieux

Les lieux de l'étude étaient les cabinets de consultation et les salles d'attente des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais participant à l'étude.

B. Temporalité

Les temps des différentes phases de l'étude sont détaillés dans le protocole (page 11, annexe 1).

Les phases de recrutement des médecins et patients ont eu lieu du 1er février 2019 au 30 octobre 2019.

C. Recrutement des médecins

Dans un premier temps, les investigateurs ont recruté les médecins généralistes (Population 1) par appel téléphonique en leur présentant l'étude selon le guide de recrutement des médecins (annexe 2). Ce recrutement était effectué de façon consécutive.

S'ils l'acceptaient, une rencontre de mise en place présentielle était organisée avec l'investigateur, selon le guide de recrutement présentiel du médecin (annexe 3).

Lors de la rencontre présentielle, le médecin acceptant de participer à l'étude signait un formulaire de consentement (annexe 4), recevait l'urne, les questionnaires

patients à distribuer, et remplissait avec l'investigateur le questionnaire le concernant (annexe 5).

En l'absence d'obtention d'un contact téléphonique après 3 essais espacés de 3 jours ouvrés, une relance par courrier postal était effectuée. En l'absence de réponse 15 jours après l'envoi du courrier, le médecin était considéré comme non inclus.

D. Recrutement des patients

Les patients étaient recrutés par les médecins au décours d'une consultation de médecine générale, de façon consécutive, selon le guide de recrutement patient (annexe 6). Le médecin remplissait en présence du patient la page 7 du questionnaire patient (page 7, annexe 7).

Le patient complétait ensuite le reste du questionnaire (pages 1 à 6, annexe 7) en salle d'attente. Il déposait enfin le questionnaire dans une urne scellée présente sur place.

IV. Sources des mesures

A. Le questionnaire médecin

Le questionnaire médecin est disponible en Annexe 4. Il était nominatif, afin de permettre la mise en relation entre les données de ce questionnaire, et celles des questionnaires patient de sa patientèle. Il a ensuite été pseudonymisé.

4 catégories de tenue vestimentaire ont été identifiées : *casual*, semi-formel, formel, et blouse. C'est l'investigateur qui effectuait ce classement (7–11).

B. Le questionnaire patient

Il est disponible en Annexe 7.

L'empathie du médecin était évaluée selon le questionnaire CARE (Page 5, annexe 7) Il s'agit d'une échelle validée d'évaluation de l'empathie du médecin généraliste par le patient. Plus le score est élevé, plus le médecin est perçu par le patient comme empathique (43,44).

Les capacités émotionnelles du patient étaient évaluées par 5 items issus du questionnaire S-PEC (page 1, annexe 7) (45).

La qualité de vie du patient était évaluée par le score de DUKE (page 3, annexe 7) (46–48). Un score de Duke élevé correspond à un meilleur état de santé.

L'importance de la tenue vestimentaire du médecin généraliste, et son éventuel impact sur l'empathie perçue étaient évalués par le patient (page 6, annexe 7).

Les pathologies chroniques présentées par le patient étaient identifiées par le médecin selon un tableau issu de la classification CIRS (49).

V. Gestion des données manquantes

Les questionnaires patients dont la dernière page était vierge, ou dont les pathologies n'étaient pas renseignées, étaient exclus : le critère d'inclusion « être atteint d'une pathologie chronique » ne pouvant être vérifié.

Le score CARE était calculé par addition des 10 items, les valeurs allant de 1 à 5. Si une valeur était manquante, elle était remplacée par la moyenne des 9 items remplis. Si deux valeurs manquaient, elles étaient remplacées par la moyenne des 8 items remplis. Si plus de deux valeurs manquaient, le score total était manquant (50).

Les questionnaires avec score de Duke manquant étaient exclus, car nécessaire pour l'ajustement (si un item était manquant, le sous-score correspondant était manquant).

VI. Taille de l'étude

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé pour une étude ancillaire du projet EMPATHIES, soit 50 médecins recrutant chacun 20 patients, pour un total de 1000 patients.

VII. Analyses statistiques

Les analyses ont été prises en charge par la plate-forme PROSERPINE de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille, et ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Les données sont présentées sous forme de moyenne \pm écart-type estimé ou médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en fonction du caractère gaussien de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles.

L'étude des liaisons entre variables qualitatives a été effectuée avec des tests du khi-deux.

La recherche de facteurs prédictifs des scores d'empathie du médecin généraliste perçue par le patient a été effectuée avec des modèles de régression linéaire hiérarchique, le premier niveau correspondant aux patients, et le deuxième niveau correspondant aux médecins généralistes. L'hypothèse de linéarité pour les covariables continues était vérifiée graphiquement et par un test de rapport de vraisemblances en comparant le modèle incluant la covariable par rapport au modèle ajoutant une composante quadratique. Si cette hypothèse n'était pas vérifiée, la covariable était recodée, afin d'obtenir un modèle log-linéaire par morceau. Le modèle multivarié était construit en incluant toutes les covariables, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariées. La validité du modèle multivarié a été établie par une étude des résidus. Aucun ajustement n'a été fait pour les tests de comparaisons multiples étant donné la nature exploratoire de l'étude. Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%.

VIII. Gestion des données

La gestion des données est détaillée dans le protocole (page 9, annexe 1). Elle a été effectuée selon les préconisations du DPO (Data Protection Officer).

IX. Aspects réglementaires et éthiques

A. Déclaration réglementaire

L'étude a été déclarée auprès de la CNIL par le DPO de l'Université de Lille, le 26 octobre 2018.

Un avis favorable a été obtenu auprès du Comité d'Éthique en Sciences comportementales de l'Université de Lille, le 28 janvier 2019.

B. Information et consentement

Les médecins sont informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par des entretiens présentsiels, et signent ensuite un formulaire de consentement nominatif (précédé d'une lettre d'information) (annexe 3).

Les patients sont informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par leur médecin traitant en fin de consultation, puis dans une lettre d'information placée en première page du questionnaire patient (annexe 7).

Il a été décidé avec le DPO que les patients ne signeraient pas de consentement afin de préserver leur anonymat. Le consentement était acquis dans la mesure où le patient acceptait de remplir le questionnaire.

RESULTATS

I. Données analysées

Le fichier initial contient les données des questionnaires de 788 patients. Après exclusion des questionnaires dont le CARE n'était pas rempli, le nombre de questionnaires utilisés était de 762.

Il n'y avait pas de donnée manquante concernant la tenue du médecin généraliste observée par les investigateurs.

II. Statistiques descriptives

Les variables qualitatives sont rédigées sous la forme : effectif (proportion).

Les variables quantitatives sont rédigées sous la forme moyenne \pm écart-type, ou médiane [Q1 ; Q3] selon la distribution.

A. Caractéristiques MG

Tableau 1 : Caractéristique des MG

		Effectif total de MG (n=50)
Caractéristiques socio-démographiques		
MSU		25 (50%)
Genre féminin		11 (22%)
Âge (années)		56 [38 ; 62]
Délai depuis la fin d'études (années)		25 [10 ; 36]
Délai depuis l'installation (années)		20 [7 ; 34]
Participation à des groupes de pairs		12 (24%)
Modalités d'exercice		
Zonage	Zone non déficitaire ZAC ZIP	35 (70%) 12 (24%) 3 (6%)
Zone d'exercice (urbaine)		38 (79%)
Type d'activité	Libérale Salariée Mixte	42 (84%) 0 (0%) 8 (16%)
Type de cabinet	Cabinet seul Cabinet de groupe MSP Autre	17 (34%) 25 (50%) 7 (14%) 1 (2%)
Nombre d'acte annuel selon le RIAP		5772 ± 2169
Temps moyen en minutes prévu de consultation		15 [15 ; 20]
Nombre de refus pour la participation à l'étude		1 [0 ; 2]
Tenue vestimentaire et autres éléments extérieurs		
Tenue	Blouse Formel Semi formel <i>Casual</i>	3 (6%) 3 (6%) 27 (54%) 17 (34%)
Tatouage		0 (0%)
Piercing		1 (2%)
Lunettes		31 (62%)
Moustaches et/ou barbe		19 (38%)

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

B. Caractéristiques Patients

Tableau 2 : Caractéristiques patients

		Effectif patients (n=762)	
Caractéristiques socio-démographiques			
Âge (années)		62 ± 14	
Genre	Masculin	349 (47%)	
	Féminin	400 (53%)	
	Autre	1 (<1%)	
Le patient habite seul		169 (23%)	
Niveau de diplôme	Aucun diplôme	68 (9%)	
	Brevet des collèges	32 (4%)	
	Certificat d'études	119 (16%)	
	BEP/CAP	239 (32%)	
	Baccalauréat	134 (18%)	
	Licence	41 (6%)	
	Master	39 (5%)	
	Doctorat	13 (2%)	
Situation professionnelle	Autre	59 (8%)	
	En activité	204 (27%)	
	Étudiant(e)	8 (1%)	
	Sans emploi	100 (13%)	
	Retraité(e)	430 (58%)	
Compétences émotionnelles			
Score compétences émotionnelles (points)		18 ± 3	
Consommation de toxiques			
Consommation régulière d'alcool		222 (30%)	
Consommation régulière de tabac		111 (15%)	
Consommation régulière de cannabis		6 (<1%)	
Score de Duke			
Score Duke santé physique (points)		51 ± 25	
Score Duke santé mentale (points)		65 ± 24	
Score Duke santé sociale (points)		68 ± 20	
Score Duke santé générale (points)		61 ± 18	
Score Duke santé perçue (points)	0	140 (19%)	
	50	382 (52%)	
	100	215 (29%)	
Score Duke estime de soi (points)		72 ± 21	
Score Duke anxiété (points)		38 ± 21	
Score Duke dépression (points)		39 ± 25	
Score Duke douleur (points)	0	115 (15%)	
	50	416 (56%)	
	100	216 (29%)	
Score Duke incapacité (points)	0	659 (88%)	
	50	61 (8%)	
	100	27 (4%)	
Avis du patient concernant la tenue d'un médecin			
La tenue du MG est importante	Pas du tout d'accord	94 (13%)	30 questionnaires manquants
	Plutôt pas d'accord	58 (8%)	
	Ni d'accord ni pas d'accord	178 (25%)	
	Plutôt d'accord	203 (28%)	
	Tout à fait d'accord	189 (26%)	

Le patient se sentirait plus écouté et compris par la tenue	Blouse (Tenue A) Formelle (Tenue B) Semi formelle (Tenue C) Casual (Tenue D)	42 (13%) 72 (23%) 170 (53%) 35 (11%)	73 questionnaires manquants (on ne retient que les 392 patients accordant de l'importance à la tenue)
Caractéristiques médicales des patients			
Nombre de consultations chez le MG par an	1 fois 2 à 3 fois 4 à 6 fois 7 à 12 fois > 12 fois	5 (2%) 91 (12%) 349 (47%) 198 (27%) 91 (12%)	
Temps de la dernière consultation (minutes)		20 [15 ; 20]	
Nombre de pathologies chroniques		2 [1 ; 3]	
Appareils concernés	Cardiaque Hypertension Artérielle Vasculo-hématopoïétique Respiratoire Ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique Gastro-intestinal supérieur Gastro-intestinal inférieur Hépatique Rénal Génito-urinaire Téguments musculo-squelettiques Nerveux central et périphérique Endocrino-métabolique Troubles psychiatriques/comportementaux	198 (26%) 381 (51%) 69 (9%) 112 (15%) 43 (6%) 50 (7%) 60 (8%) 25 (3%) 31 (4%) 55 (7%) 148 (20%) 63 (8%) 316 (42%) 104 (14%)	
Délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (années)		12 [7 ; 20]	
Nombre de traitements pris au long cours		4 [2 ; 6]	
Consultation liée aux pathologies chroniques du patient		612 (82%)	

La majorité des patients consulte le médecin traitant à une fréquence supérieure à 1 fois par trimestre. 12% déclarent le consulter plus d'une fois par mois.

Ils ne sont que 2% à ne le voir qu'une fois par an.

Les patients s'estiment globalement bien portant : 52% pensent que c'est à peu près leur cas, et 29% pensent que c'est tout à fait leur cas.

Une majorité des patients (54%) pense que la tenue vestimentaire du médecin généraliste est importante. 21% pensent le contraire, et 25% n'ont pas d'opinion à ce sujet.

Tableau 3 : score CARE

Score CARE et sous-score	Effectif patients (n=762)
Score CARE MG écoute (points)	27 [24 ; 30]
Score CARE MG action (points)	18 [16 ; 20]
Score CARE MG total (points)	45 [39 ; 50]

III. Facteurs prédictifs du score CARE

Les données ont été recodées avec un regroupement des tenues blouses et formelles, en raison des faibles effectifs de ces catégories.

Dans les tableaux ci-dessous, la « pente » correspond à la variation en nombre de points, du score CARE total ou de ses sous-scores, en fonction des variables étudiées. « IC95% » correspond à l'intervalle de confiance à 95% ; et « p » correspond à la p-valeur, ou probabilité de l'hypothèse nulle. « Ref. » désigne la variable utilisée comme référence.

A. CARE total

96 patients étaient exclus en raison de données manquantes, soit une utilisation des données de 656 patients.

Tableau 3 : Analyse multivariée des variables patient influençant le score

CARE total

Variable	Pente	IC95%	p
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	+1.7	[0.9 ; 2.6]	0.0001
Nombre de consultations chez le MG cette année :			
1 fois	Réf.		0.0005
2 à 3 fois	+1.9	[-1.8 ; 5.6]	
4 à 6 fois	+2.9	[-0.7 ; 6.4]	
7 à 12 fois	+4.4	[0.8 ; 8.0]	
> 12 fois	+5.3	[1.6 ; 9.0]	
Score Duke santé mentale (pour 10 points)	+0.3	[0.1 ; 0.5]	0.009
Score Duke estime de soi (pour 10 points), pour un score ≤ 40 points	-1.7	[-2.9 ; -0.6]	0.003
Temps de la dernière consultation (pour 5 minutes) :			
Pour un temps ≤ 20 minutes	+2.0	[1.2 ; 2.8]	<0.0001
Pour un temps > 20 minutes	+0.5	[0.1 ; 1.0]	0.02
Appareil concerné : gastro-intestinal supérieur	-2.5	[-4.5 ; -0.5]	0.02
Appareil concerné : génito-urinaire	-3.5	[-5.4 ; -1.5]	0.0004
Délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (pour 5 ans), pour un délai ≤ 20 ans	-0.4	[-0.8 ; -0.0]	0.04

Il existe une corrélation positive entre le CARE total et les compétences émotionnelles des patients, la fréquence des consultations chez le médecin lorsque celle-ci est supérieure à 7 fois par an, et la durée de la consultation, avec un effet seuil au-delà de 20 minutes.

Il existe une corrélation négative entre le CARE total et les pathologies chroniques affectant l'appareil digestif supérieur et l'appareil génito-urinaire.

Tableau 4 : Analyse multivariée des variables MG influençant le score CARE total

Variable	Pente	IC95%	p
Type de cabinet :			
Cabinet seul	Réf.		0.03
Cabinet de groupe	+2.1	[0.5 ; 3.7]	
MSP ou autre	+1.6	[-0.4 ; 3.6]	
Port de lunettes	-1.7	[-3.1 ; -0.2]	0.02
Tenue :			
Blouse ou formel	+Réf.		0.17
Semi formel	-1.8	[-4.0 ; 0.4]	
Casual	-0.9	[-3.3 ; 1.4]	

B. CARE écoute

81 sujets ont été exclus en raison de données manquantes, soit une utilisation des données de 671 patients.

Tableau 5 : Analyse multivariée des facteurs patients influençant le score CARE écoute

Variable	Pente	IC95%	p
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	+1.1	[0.6 ; 1.6]	<0.0001
Nombre de consultations chez le MG cette année :			0.0006
1 fois	Réf.		
2 à 3 fois	+1.4	[-0.8 ; 3.7]	
4 à 6 fois	+2.0	[-0.1 ; 4.2]	
7 à 12 fois	+3.0	[0.8 ; 5.1]	
> 12 fois	+3.3	[1.0 ; 5.5]	
Temps de la dernière consultation (pour 5 minutes) :			
Pour un temps ≤ 20 minutes	+1.3	[0.8 ; 1.8]	<0.0001
Pour un temps > 20 minutes	+0.3	[0.0 ; 0.5]	0.04
Appareil concerné : génito-urinaire	-2.3	[-3.4 ; -1.1]	<0.0001
Délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (pour 5 ans), pour un délai ≤ 20 ans	-0.3	[-0.5 ; -0.0]	0.02

On retrouve une augmentation du CARE écoute avec le nombre de consultations annuelles chez le MG ou la durée de consultation, ainsi qu'une diminution du CARE écoute lorsqu'il est évalué par des patients atteints d'une pathologie chronique de l'appareil génito-urinaire.

Tableau 6 : Analyse multivariée des facteurs MG influençant le score CARE écoute

Variable	Pente	IC95%	p
Zonage :			
Zone non déficitaire	Réf.		0.01
ZAC	-1.1	[-2.0 ; -0.2]	
ZIP	+1.3	[-0.1 ; 2.7]	
Port de lunettes	-1.0	[-1.8 ; -0.2]	0.02
Tenue :			
Blouse ou formel	Réf.		0.03
Semi formel	-1.3	[-2.5 ; -0.1]	
Casual	-0.5	[-1.7 ; 0.8]	

Le port d'une tenue semi-formelle est corrélée de façon négative à l'empathie d'écoute évaluée par le score CARE écoute, par rapport à la tenue blouse ou formelle, avec une perte médiane de 1.3 points.

C. CARE action

88 sujets ont été exclus en raison de données manquantes, soit une utilisation des données de 664 patients.

Tableau 7 : Analyse multivariée des variables patients influençant le score CARE action

Variable	Pente	IC95%	p
Le patient habite seul	-0.7	[-1.2 ; -0.1]	0.01
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	+0.8	[0.4 ; 1.1]	<0.0001
Nombre de consultations chez le MG cette année :			0.003
1 fois	Réf.		
2 à 3 fois	+0.9	[-0.7 ; 2.5]	
4 à 6 fois	+1.3	[-0.3 ; 2.8]	
7 à 12 fois	+1.9	[0.3 ; 3.4]	
> 12 fois	+2.2	[0.6 ; 3.8]	
Temps de la dernière consultation (pour 5 minutes) :			
Pour un temps ≤ 20 minutes	+0.8	[0.4 ; 1.1]	<0.0001
Pour un temps > 20 minutes	+0.2	[0.0 ; 0.4]	0.02
Appareil concerné : génito-urinaire	-1.0	[-1.8 ; -0.2]	0.02

On retrouve de même une augmentation du score CARE action en fonction des compétences émotionnelles, de la durée de consultation, ou du nombre de consultations annuelles chez le MG.

Tableau 8 : Analyse multivariée des variables MG influençant le score CARE action

Variable	Pente	IC95%	p
Tenue : Blouse ou formel Semi formel Casual	Réf. +0.1 +0.6	[-0.8 ; 1.1] [-0.4 ; 1.6]	0.24

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les différentes tenues vestimentaire et le score CARE action.

IV. Autres résultats

A. Importance de la tenue selon les patients

Tableau 9 : Avis du patient concernant l'importance de la tenue du médecin, avec croisement selon la tenue de son MG

	La tenue du MG est importante									
	Pas du tout d'accord (n=94)		Plutôt pas d'accord (n=58)		Ni d'accord ni pas d'accord (n=178)		Plutôt d'accord (n=203)		Tout à fait d'accord (n=189)	
Tenue MG	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Blouse	1	1% 2%	1	2% 2%	9	5% 17%	16	8% 30%	26	14% 49%
Formel	4	4% 9%	1	2% 2%	10	6% 23%	12	6% 27%	17	9% 39%
Semi formel	39	41% 11%	30	52% 8%	93	52% 26%	104	51% 29%	95	50% 26%
Casual	50	53% 19%	26	45% 10%	66	37% 25%	71	35% 27%	51	27% 19%

« n » correspond au nombre de patient

Lecture du tableau, exemple de la 2^{ème} colonne, dernière ligne : parmi les patients estimant que la tenue du MG n'est pas du tout importante (« pas du tout d'accord »), 53% consultent un MG habillé de façon casual. Et 19% des patients consultant un MG habillé de façon casual considèrent que la tenue du MG n'est pas du tout importante.

Le lien entre ces deux variables est significatif ($p < 0.0001$).

Les patients déclarant ne pas du tout accorder d'importance à la tenue du médecin, consultent majoritairement des médecins habillés de façon *casual*. Inversement, les patients déclarant accorder beaucoup d'importance à la tenue du médecin sont majoritairement les patients consultant un MG habillé en blouse.

Les patients consultant des médecins habillés de façon formelle ou en blouse déclarent majoritairement accorder de l'importance à la tenue du médecin, de façon plus marquée que les patients consultant un médecin habillé de façon semi-formelle.

29% des patients consultant un médecin habillé de façon *casual* estiment que la tenue du médecin n'est pas importante ; 25% n'ont pas d'avis particulier ; 46% estiment que la tenue du médecin est importante.

B. Tenue du MG et avis des patients concernant la perception de l'empathie selon la tenue du médecin

Tableau 16 : Avis du patient concernant sa perception de l'empathie selon la tenue du médecin, croisé avec la tenue de son MG (sur l'échantillon total)

	Le patient se sentirait plus écouté et compris par			
	Blouse (n=47)	Formel (n=92)	Semi formel (n=237)	<i>Casual</i> (n=84)
Tenue du MG				
Blouse	22 (47%)	5 (5%)	10 (4%)	1 (1%)
Formel	3 (6%)	22 (24%)	3 (1%)	0 (0%)
Semi formel	14 (30%)	47 (51%)	124 (52%)	35 (42%)
<i>Casual</i>	8 (17%)	18 (20%)	100 (42%)	48 (57%)

Le lien entre les deux variables est significatif ($p < 0.0001$).

Tableau 17 : Avis du patient concernant sa perception de l'empathie selon la tenue du médecin, croisé avec la tenue de son MG (échantillon des patients déclarant accorder de l'importance à la tenue)

	Le patient se sentirait plus écouté et compris par			
	Blouse (n=42)	Formel (n=72)	Semi formel (n=170)	<i>Casual</i> (n=35)
Tenue du MG				
Blouse	20 (48%)	5 (7%)	9 (5%)	1 (3%)
Formel	3 (7%)	20 (28%)	3 (2%)	0 (0%)
Semi formel	12 (29%)	34 (47%)	93 (55%)	16 (46%)
<i>Casual</i>	7 (17%)	13 (18%)	65 (38%)	18 (51%)

Le lien entre les deux variables est significatif ($p < 0.0001$).

Les patients déclarent se sentir plus écoutés et compris lorsque la tenue proposée correspond à la tenue portée par leur médecin, à l'exception des patients consultant un MG habillé de façon formelle, qui choisissent la tenue semi-formelle.

DISCUSSION

I. Discussion du résultat principal

A. Représentativité des populations (Validité externe)

1. Médecins

a) A l'échelle du Nord-Pas-de-Calais (NPdC)

Les médecins recrutés ont un âge moyen de 56 ans, semblable à l'âge moyen des médecins de la région NPdC, qui est de 53 ans. On retrouve 22% de médecins de sexe féminin dans notre étude, pour 28% en moyenne à l'échelle régionale (51).

Le recrutement des médecins semble également représentatif des médecins généralistes installés dans le NPdC, en terme de densité de médecins par bassin de vie (Annexe 8).

b) A l'échelle Nationale

L'âge moyen des médecins français est de 57 ans, ce qui est proche de l'âge moyen des médecins de notre étude. Cependant cette moyenne varie selon les régions, avec un gradient Nord-Sud, et Est-Ouest (52).

On retrouve davantage de femmes parmi les médecins généralistes à l'échelle nationale, avec une moyenne de 47.5% (52).

La tenue vestimentaire des médecins généralistes ne semble pas avoir fait l'objet d'une étude descriptive en France.

La population des médecins de notre étude est donc comparable à la population des médecins généralistes de la région NPdC, mais n'est pas comparable à la population des médecins généralistes à l'échelle du territoire national du fait d'une moindre représentation féminine.

2. Patients

a) A l'échelle du Nord-Pas-de-Calais

Les patients recrutés ont un âge moyen de 62 ans, ce qui correspond à l'âge moyen des patients en ALD (du régime général) dans le NPdC en 2016, qui est de 61 ans. (53)

Nous retrouvons chez ces patients en moyenne 53% de femmes, ce qui correspond au pourcentage de femmes en ALD dans le NPdC en 2016 : 51% (53).

30% des patients recrutés n'ont aucun diplôme, ou sont titulaires du Brevet des Collèges ou du CEP, ce qui correspond à la moyenne régionale de 33%. 32% sont titulaires d'un CAP ou d'un BEP, soit un peu plus que la moyenne régionale de 26%. 17% sont titulaires d'un baccalauréat, correspondant à la moyenne régionale de 16.4%. 15% des patients sont diplômés de l'enseignement supérieur, contre 23% au niveau régional (54). On retrouve donc une petite sous-représentation des diplômés de l'enseignement supérieur, et une petite sur-représentation des titulaires d'un CAP ou BEP.

b) A l'échelle Nationale

Les patients de l'étude sont comparables par l'âge aux patients en ALD à l'échelle nationale dont l'âge moyen est de 63 ans (53).

Ils sont également comparables par le genre aux patients en ALD français, qui sont composés à 52% de femmes (53).

Concernant la polyopathie, 21% des patients en ALD en France avaient déclaré au moins 2 affections de longue durée (55). Ce chiffre sous-estime certainement le nombre de patients souffrant d'une polyopathie, ne permettant pas de conclure pour la comparabilité de notre population sur ce critère.

30% des patients recrutés n'ont aucun diplôme, ou sont titulaires du Brevet des Collèges ou du CEP, ce qui correspond à la moyenne nationale des 55-64 ans de 30.6%. 32% des patients sont titulaires d'un CAP ou d'un BEP, ce qui équivaut à la moyenne nationale de 33% pour les 55-64 ans. 17% sont titulaires d'un baccalauréat, ce qui est un peu supérieur à la moyenne nationale de 13.5% pour les

55-64 ans. 15% des patients sont diplômés de l'enseignement supérieur, ce qui correspond aux 13.2% des 55-64 ans à l'échelle nationale (56).

Les patients de l'étude sont donc comparables à la population du NPdC et à la population française en termes d'âge et sexe pour les ALD, et en termes de diplômes par rapport à la population générale.

B. Résultat principal et comparaison avec la littérature (Validité externe)

1. Hypothèse d'un lien entre la tenue vestimentaire du médecin et l'empathie perçue par le patient

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les tenues vestimentaires des médecins, et leur empathie évaluée par les patients via le score CARE total.

La tenue vestimentaire du médecin ne semble donc pas influencer l'empathie perçue par le patient dans notre étude.

Une seule autre étude s'intéresse au lien entre la tenue vestimentaire du médecin généraliste et l'empathie perçue par le patient. Cette étude, Coréenne, retrouve une meilleure empathie perçue, évaluée par le score CARE, lorsque les médecins portaient une blouse blanche ou une tenue traditionnelle de médecin Coréen (18).

2. Résultats du score CARE

Les médecins de l'étude obtiennent des scores d'empathie élevés, avec un score CARE total médian de 45 points sur 50 [39 ; 50].

Ce taux est plus haut que celui retrouvé dans la littérature, notamment une méta-analyse retrouvant des scores CARE moyens pour les professionnels de santé de 40 points sur 50 (57). Ce résultat est à nuancer car étaient évalués à la fois des infirmières, médecins de spécialités différentes, thérapeutes de médecines alternatives, et étudiants en médecine.

D'autres études, réalisées en médecine générale, retrouvent également des scores CARE moyens plus bas (40 points en moyenne, la plus haute étant de 44 points sur 50) (18,58–60)

Ce résultat pourrait être expliqué par un biais de sélection lors du recrutement des patients par les médecins, ou par un biais de désirabilité sociale de la part des patients.

De plus, l'étude avait comme population des patients atteints de pathologie chronique, donc nécessitant un suivi prévisible au long cours par le même médecin traitant. Évaluer son médecin traitant comme empathique pourrait être rassurant pour le patient. Cette hypothèse pourrait de plus expliquer en partie le fait que les patients aient majoritairement choisi la tenue portée par leur médecin lorsqu'ils choisissaient la tenue « leur permettant de se sentir plus écouté(e) et compris(e) ».

II. Discussion des résultats secondaires

A. Impact de la tenue vestimentaire sur le sous-score CARE écoute

Le port d'une tenue semi-formelle diminue de plus d'un point le résultat du sous-score CARE écoute par rapport au port d'une blouse ou tenue formelle.

Les patients percevraient donc les médecins habillés en blouse ou tenue formelle comme ayant une meilleure empathie d'écoute.

On peut se demander s'il s'agit d'une corrélation avec la projection de l'image du médecin : idéalisé comme dévoué et à l'écoute de ses patients, et dont la représentation première serait la blouse (médecin en général) ou la tenue formelle (« médecin de famille ») ?

Une autre hypothèse proviendrait de la vision de la blouse comme tenue neutre, ne portant pas de marqueur autre d'appartenance à une classe sociale. Le patient pourrait ainsi percevoir davantage le médecin non pas comme un homme ou une femme appartenant à la société avec ses codes, son fonctionnement social et ses jugements, mais davantage par sa fonction même de médecin. Il serait alors perçu comme neutre, ne portant pas de jugement, disposé à accueillir la demande ou la plainte de son patient. La blouse blanche pourrait ainsi faciliter la perception de l'empathie d'écoute.

Ce résultat fait écho à celui d'autres études dont les patients déclaraient être plus disposés à confier leurs problèmes d'ordres sexuels, psychologiques ou sociaux à des médecins habillés en blouse (20,22).

De plus, ce résultat va dans le sens de l'étude coréenne retrouvant une meilleure empathie lors du port de la blouse ou de la tenue traditionnelle de médecin

coréen (18). Ainsi, dans 2 cultures différentes, on retrouve une meilleure empathie ou empathie d'écoute perçue lorsque les médecins portent les tenues « traditionnelles de médecin » dans l'imaginaire collectif.

Bien qu'il s'agisse d'une association de faible taille (1.3 points), elle semble cliniquement pertinente : une étude retrouve en effet que chaque augmentation d'un point du sous-score CARE écoute, lors de consultations d'annonce de cancer du poumon, était associée de façon significative à un décès plus précoce du patient (61).

B. Impact de la tenue vestimentaire sur le sous-score CARE action

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sous-score CARE action et les tenues vestimentaires.

C. Variables influençant l'évaluation du résultat principal

1. Variables patients

Plusieurs facteurs propres au patient influencent de façon significative l'empathie qu'il perçoit du médecin.

Les patients avec de bonnes compétences émotionnelles attribuent de meilleurs scores d'empathie globale, d'écoute et d'action. Cette corrélation est retrouvée dans la littérature (62,63).

Les patients avec de meilleurs scores de Duke santé mentale notent également mieux l'empathie perçue. Les personnes souffrant d'une altération de leur santé mentale pourraient présenter de moins bonnes compétences émotionnelles, engendrant de moins bonnes perceptions de l'empathie ; comme retrouvé dans une étude s'intéressant aux troubles du comportement alimentaire (64).

Pour les patients ayant de faibles scores de Duke d'estime de soi (inférieurs ou égaux à 40/100 points), chaque augmentation de 10 points de l'estime de soi est associée à une chute de l'empathie perçue. D'autres études seraient nécessaires pour confirmer et expliquer cette association.

L'empathie globale, d'écoute et d'action diminue avec la durée d'évolution de la maladie, lorsque celle-ci a une durée d'évolution inférieure ou égale à 20 ans. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette corrélation. Par exemple on pourrait penser à un effet d'habitude, de la part du médecin qui pourrait moins manifester d'empathie, ou de la part du patient qui pourrait moins y prêter attention. On peut

également se demander si ce résultat pourrait être biaisé par la durée d'exercice du médecin traitant : leur empathie moyenne étant retrouvée en diminution vers l'âge de 50 ans (65).

L'existence de pathologies chroniques concernant l'appareil gastro-intestinal supérieur ou l'appareil génito-urinaire est lié à une diminution de l'empathie perçue selon le score CARE total. Seules les pathologies génito-urinaires diminuent l'empathie évaluée par les sous-scores écoute et action. Une étude ayant mis en évidence que les capacités empathiques des médecins étaient corrélées à la perception d'une issue favorable à la consultation (66), il aurait été intéressant d'identifier précisément ces pathologies afin de discuter ce point. Ce résultat n'est pas retrouvé dans la littérature. S'agit-il par exemple de troubles des fonctions sexuelles ou d'incontinence urinaire dont l'évocation peuvent rendre le patient ou le médecin moins à l'aise et donc diminuer l'empathie émise ou perçue ? Les médecins pourraient également éviter d'aborder ces troubles, ce qui pourrait diminuer l'empathie perçue par le patient qui en souffre. Ce résultat n'étant pas retrouvé dans la littérature, d'autres études seraient nécessaire pour confirmer et expliquer pourquoi seuls ces appareils seraient concernés.

La perception de l'empathie augmente avec la durée de consultation, avec cependant une limitation de cet effet au-delà de 20 minutes. Cette corrélation est retrouvée dans la littérature (67,68).

La fréquence des consultations chez le médecin, au-delà de 7 consultations par an, augmente significativement l'empathie perçue. Cet effet ne semble pas avoir été étudié dans la littérature. Il peut être expliqué par un effet mécanique similaire à celui du temps de consultation.

L'empathie d'action est perçue de façon plus faible chez les patients vivant seuls. Cela pourrait être expliqué par leur habitude à prendre des décisions seuls, les rendant moins réceptifs à cette forme d'empathie.

2. Variables médecins

Plusieurs facteurs propres au médecin influencent de façon significative l'empathie perçue par le patient.

Les médecins exerçant en cabinet de groupe ont une meilleure empathie globale perçue par rapports aux médecins exerçant seuls, pouvant être expliquée par le fait d'avoir davantage d'interaction avec les confrères (65).

Le port de lunettes est associé à une baisse de l'empathie globale perçue, ainsi que de l'empathie d'écoute. Les lunettes pourraient créer un « effet barrière » expliquant cette corrélation négative, qui ne semble pas avoir été retrouvée dans d'autres études.

III. Autres résultats

A. Importance accordée par les patients à la tenue du médecin

54% des patients recrutés pensent que la tenue vestimentaire du médecin généraliste est importante.

On retrouve des moyennes relativement similaires à la nôtre dans d'autres études : 53% (9) à 64% (8) des patients déclarent y accorder de l'importance dans des études anglaises ; et 56.4% dans une thèse de médecine générale française (11).

En croisant la tenue observée et l'avis du patient, on remarque que les patients consultant un médecin habillé de façon *casual* déclarent majoritairement ne pas accorder d'importance à la tenue. Est-ce que consulter un médecin habillé de façon *casual* amène le patient à relativiser l'importance de la tenue, ou bien est-ce que les médecins habillés ainsi auront plus de chances d'avoir des patients n'y accordant pas d'importance ?

B. Tenue via laquelle le patient percevrait davantage le médecin comme empathique

En croisant la tenue via laquelle le patient déclare percevoir le médecin comme plus empathique avec la tenue observée de son médecin généraliste, on constate que les patients déclarent choisir la tenue qui est celle de leur médecin traitant. A l'exception de ceux consultant un médecin en tenue formelle, qui eux choisissent la tenue semi-formelle.

On ne retrouve pas d'étude évaluant la vision des patients sur l'empathie perçue en fonction des différentes tenues.

Il pourrait s'agir d'un biais de désirabilité sociale. Ou, les patients ayant en moyenne perçu leur médecin comme très empathiques, superposeraient-ils l'image du médecin empathique avec l'image de leur propre médecin ?

IV. Discussion de la Méthode (Validité interne)

A. Choix des outils de mesure

Les catégories de tenues ont été définies selon les données de la littérature (7–11).

Les questionnaires utilisés étaient des questionnaires validés : score CARE (69), échelle de Duke (46).

L'évaluation des capacités émotionnelles n'a utilisé que 5 items sur 20 du questionnaire S-PEC (45), afin de limiter la durée de passation du questionnaire tout en restant pertinents. 3 items ont été retenus car représentant chacune des sous-dimensions des compétences émotionnelles (identification, compréhension, expression). Et les 2 autres items retenus concernent la régulation des émotions, qui serait la dimension la plus cliniquement significative sur le devenir des patients (45).

B. Discussion du score CARE

Le questionnaire CARE est un score validé pour l'évaluation de l'empathie du médecin généraliste par les patients (44,70).

Il possède une bonne validité interne (valeur alpha de Cronbach de 0.92 dans sa version originale (69)), qui ne semble pas impactée par sa traduction (43,71,72). Il est notamment largement utilisé en français pour la recherche sur l'empathie (61,62,73)

15 à 20 remplissages du score par des patients seraient suffisants pour refléter l'empathie réelle du médecin évalué (72).

Il varie de 10 points (empathie perçue comme faible), à 50 points (empathie perçue comme haute) (69).

Ce score CARE global peut être divisé en 2 sous-scores :

- CARE « écoute » : somme des items 1 à 6, correspondant à l'empathie émotionnelle
- CARE « action » : somme des items 7 à 10, correspondant à l'empathie cognitive

L'utilisation de ces sous-scores peut se justifier par la complexité du concept d'empathie.

Une étude s'est intéressée à la validité de ces sous-scores. On pourrait ainsi utiliser le score CARE global, ou sa division en 3 sous-scores (distinction était faite entre les items 1 à 3 identifiés comme l'établissement d'un contact ; et les items 4 à 6 identifiés comme empathie émotionnelle). Cette dernière utilisation serait cependant moins pertinente (74).

C. Gestion des biais

1. Biais de sélection

Plusieurs moyens ont été mis en œuvre lors de la rédaction du protocole afin de limiter les biais de sélection.

La liste des médecins généralistes était obtenue par tirage au sort. Le recrutement était ensuite effectué de façon consécutive suivant cette liste.

Les procédures de recrutements des patients et des médecins étaient standardisées (Annexes 2, 3, 6), de même que les procédures de relance des médecins. Les 2 critères d'exclusion (patients mineurs, ou patients jugés par le médecin dans l'incapacité physique ou mentale de remplir le questionnaire), sont à l'origine d'un biais de sélection, conséquence de contraintes éthiques.

Il était demandé aux médecins de recruter les patients de façon consécutive, en 3 jours ouvrés maximum afin de limiter le biais de sélection des patients. Cependant la durée de ce recrutement a été dans la majorité des cas supérieure à 3 jours, signe indirect d'un biais de sélection.

Le questionnaire patient a été conçu de façon à ne pas excéder 15 minutes de passation, et un encart en première page rappelait au patient la nécessité de répondre à toutes les questions (page 1, annexe 7). Cependant, cette durée de passation reste longue, et peut être à l'origine d'un biais de sélection du fait des données manquantes qu'elle peut engendrer (75).

125 médecins généralistes ont refusé de participer à l'étude, soit un taux de refus de 71%. Ce taux de refus est similaire avec celui retrouvé dans plusieurs études en médecine générale (76–78). Il est cependant à l'origine d'un important biais de sélection.

En moyenne, par médecin, 1 patient refusait de participer à l'étude, soit 5% de refus. Ce chiffre, déclaré par les médecins, a pu être sous-estimé, et peut avoir été l'objet d'un biais de désirabilité sociale, ou de mémorisation.

Nous avons récupéré 813 questionnaires, sur 1000 distribués aux médecins, soit à minima 81% de patients répondants (tous les questionnaires patients n'ont pas été distribués par les médecins). 656 questionnaires étaient retenus après exclusion des données manquantes, soit 20% de données manquantes concernant les données nécessaires à l'évaluation du critère de jugement principal, à l'origine d'un biais de sélection.

2. Biais de mesure

Le biais de mesure était limité par l'utilisation de questionnaires validés. Cependant, le temps de passation, estimé à 15 minutes, a pu être à l'origine d'un biais de mesure par diminution de l'attention portée en fin de questionnaire.

Il était demandé aux médecins généralistes d'exclure les patients dans l'incapacité physique ou mentale de remplir le questionnaire seul (page 1, annexe 6).

De plus, afin de prévenir un biais de désirabilité sociale, le patient était prévenu que le médecin n'aurait pas accès aux réponses des questionnaires de sa patientèle.

Le classement de la tenue portée par le médecin généraliste était effectué par les investigateurs. Cependant la distinction entre les catégories « semi-formelles » et « *casual* » pouvait rester sujette à interprétation de la part de l'investigateur, source d'un biais de classement. Pour le limiter, des critères avaient été établis selon un consensus afin de limiter la variabilité inter-observateur.

Un effet Hawthorne, correspondant à une modification du comportement lorsque la personne se sait observée, ne pouvait être évité concernant le médecin.

Afin de limiter le biais de mémorisation au sujet du recrutement des patients, une feuille de compte était remise à chaque médecin afin qu'il puisse consigner au fur et à mesure les acceptations ou refus (page 2, annexe 6).

Les patients devaient remplir le questionnaire en salle d'attente dès la consultation terminée, seuls (annexe 7). Ceci peut être à l'origine d'un important biais de classement, le questionnaire CARE ne devant pas être le reflet de la dernière consultation, mais d'une moyenne de toutes les consultations avec le même médecin. Cela visait à limiter le biais de sélection par non-retour des questionnaires.

La tenue vestimentaire était hétéro-évaluée par l'investigateur lors de la rencontre présenteielle pour limiter le biais de mémorisation (annexe 5).

3. Biais de confusion

Afin de limiter les biais de confusion, plusieurs ajustements ont été prévus lors de l'analyse statistique multivariée.

Les compétences émotionnelles du patient ont été évaluées via le questionnaire S-PEC car l'empathie peut être perçue de façon positive pour les patients avec de hautes compétences émotionnelles, et a contrario pourrait être mal perçue par ceux avec de moins bonnes compétences émotionnelles (62,63).

La durée de la consultation a été évaluée par le patient, car plusieurs études retrouvent un lien entre le temps de consultation et l'empathie perçue (67,79).

Le mode d'exercice était relevé, les interactions avec des collègues étant associées à de meilleurs scores d'empathie (65)

La durée d'exercice et l'âge du médecins étaient demandés car l'empathie pourrait en effet diminuer au cours des études médicales, et en milieu de carrière (65,80).

Le zonage était relevé, des études retrouvant des taux d'empathies plus faibles dans les zones défavorisées (60,81).

La multiplicité des ajustements peut en elle-même être source d'un biais de confusion (82).

D. Critères de Bradford-Hill

La plausibilité de résultats en épidémiologie peut être évaluée par les 9 critères de Bradford-Hill (83)

Le 1^{er} critère est la force de l'association. Dans notre étude, au niveau du résultat secondaire du score CARE écoute, la taille de l'effet est faible (variation de - 1.3 points, sur un score CARE écoute variant de 6 à 30 points).

Le 2^{ème} critère est la constance de l'association. Une autre étude retrouve de meilleurs scores d'empathie globale via le score CARE, lorsque le médecin porte une blouse blanche (18).

Le 3^{ème} critère est la spécificité de l'association. Dans l'étude, l'association n'est pas spécifique. Entre autres, le port de lunettes, le nombre de consultations chez le médecin généraliste, le temps moyen de consultation, la consultation pour

une pathologie chronique touchant les appareils gastro-intestinal supérieur ou génito-urinaire, influencent de façon significative le score CARE.

Le 4^{ème} critère est la relation temporelle. La consultation avec le médecin, donc exposition au facteur tenue vestimentaire, avait lieu avant remplissage du score CARE.

Le 6^{ème} critère est la plausibilité. De nombreuses études retrouvent une préférence des patients pour la blouse blanche (7–9,16–18). Ils déclarent majoritairement se sentir en confiance, et à même de parler de questions personnelles (psychologiques, sociales, ou sexuelles) avec un médecin habillé en blouse (20,22). On peut donc supposer qu'ils perçoivent le médecin habillé en blouse comme empathique.

4 critères (5, 7, 8 et 9) ne sont pas évaluables dans notre étude (gradient biologique, cohérence, expérimentation, analogie).

Notre étude remplit donc 4 critères, sur 5 évaluables. Parmi les 5 critères de Bradford-Hill considérés comme « forts » (force de l'association, existence d'une relation dose-effet, reproductibilité de l'association, plausibilité et cohérence biologiques), nous en évaluons 3. La force de l'association est faible. L'association est reproductible mais dans la seule autre étude évaluant la tenue du médecin et l'empathie perçue par le patient. La plausibilité semble bonne.

On pourrait donc noter la plausibilité des résultats de l'étude comme moyenne au mieux selon ces critères.

V. Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'une question de recherche innovante, puisqu'on ne retrouve pas d'autre étude Européenne s'intéressant au lien entre la tenue vestimentaire du médecin généraliste et l'empathie perçue par le patient, et une seule au niveau mondial.

L'étude possède un échantillon de taille relativement grande, avec 656 questionnaires patients valides pour l'évaluation du résultat principal.

De plus, celui-ci était évalué par le score CARE, qui est un score avec une bonne validité interne, et validé en médecine générale. La validité externe de l'étude semble également bonne.

Le tirage au sort des médecins recrutés est une force de l'étude, et explique l'important taux de refus, comparé à un recrutement « en boule de neige ».

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les tenues vestimentaires des médecins et leur empathie évaluée par le CARE total. Cependant, en analysant le sous-score CARE écoute, on retrouve une corrélation en faveur du port d'une blouse blanche ou d'une tenue formelle ; similaire au résultat de la littérature. Sur 50 médecins recrutés, seuls 6 portaient une blouse ou une tenue formelle. L'absence de mise en évidence d'une corrélation entre ces tenues et le CARE total pourrait être liée à cet échantillon trop faible.

Les limites de l'étude sont principalement la sous-représentation des tenues blouses et formelles, le biais de sélection des médecins par taux de refus élevé, et le biais de sélection potentiel des patients par les médecins.

L'étude comporte plusieurs analyses secondaires. Celles-ci étaient prévues lors de la rédaction du protocole, du fait de leur sens clinique.

VI. Conflits d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec cette question de recherche.

VII. Perspectives

D'autres études seraient nécessaires pour confirmer cette corrélation entre le sous-score CARE écoute et le port d'une blouse ou tenue formelle, déterminer si elle dépend davantage de l'une des tenues, et si elle peut être retrouvée au niveau du score CARE total.

Continuer à identifier les divers déterminants impactant la perception de l'empathie au cours d'une consultation de médecine générale, pourrait également être intéressant. La réalisation d'une étude transversale s'intéressant à la prévalence des différentes tenues en médecine générale, à visée descriptive, pourrait permettre d'en évaluer la représentativité chez les médecins généralistes français.

Pour étudier la corrélation entre l'empathie perçue et la tenue vestimentaire du médecin, la méthode interventionnelle de l'étude de Chung et al (18) – un même médecin consultant avec 4 styles de tenues différentes selon les sous-groupes de patients – pourrait être un moyen de limiter de nombreux biais de confusion, et d'avoir une représentativité équivalente de chaque tenue.

CONCLUSION

L'empathie est une compétence du médecin particulièrement attendue par les patients au cours d'une consultation médicale. Ses impacts positifs concernant la prise en charge et le devenir de patients atteints de maladie chronique ont notamment pu être identifiés.

Cependant, elle reste un concept complexe dont les différents aspects, comme par exemple l'empathie d'écoute, l'empathie d'action, sont toujours en cours d'étude.

La perception ou l'expression de cette empathie apparaissent impactés par de multiples facteurs. Ainsi, le port d'une blouse blanche ou d'une tenue formelle, en médecine générale, est corrélé dans notre étude à la perception d'une meilleure empathie d'écoute par le patient, par rapport à la tenue semi-formelle. Pourtant, la blouse blanche et la tenue formelle semblent moins portées en médecine générale.

D'autres études seraient intéressantes pour confirmer ces résultats et identifier les déterminants de l'empathie en médecine générale. On pourrait également s'intéresser à l'évolution et à la perception de la tenue vestimentaire du médecin généraliste d'un point de vue sociologique.

La rédaction de la thèse a eu lieu pendant l'épidémie de SARS-Cov-2 (Covid 19), au cours de laquelle de nombreux médecins généralistes ont de nouveau porté une blouse blanche, à visée hygiénique et protectrice. Une étude rétrospective, portant sur la tenue adoptée en médecine de ville avant, pendant, puis après cette épidémie pourrait être pertinente.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hippocrates, Daremberg C. Hippocrate: le serment , fragments de plusieurs autres traités. Lefèvre; 1843. 622 p.
2. Gatti M. La querelle des barbiers, chirurgiens et médecins (XIII^e -XVIII^e siècles). Actual Odonto-Stomatol. mars 2016;(274):3.
3. Irissou L. Le costume des apothicaires de Montpellier. Revue d'Histoire de la Pharmacie. 1930;18(70):173-9.
4. Salaün-Ramalho F, Nardin A, Prévost A. Sous toutes les coutures, histoire du vêtement à l'hôpital (19^e-21^e siècles). Exposition du Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. <https://www.aphp.fr/contenu/sous-toutes-les-coutures-lhistoire-du-vetement-lhopital-xixe-xxie-siecles>. 2012.
5. Guillemain H. Devenir médecin au xix^e siècle. Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque. Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine. 30 oct 2009;(116-3):109-23.
6. Bassée M. La tenue vestimentaire du chirurgien-dentiste, thèse pour le diplôme d'état de chirurgien-dentiste. 22 janv 2016;106.
7. 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. nov 2005;118(11):1279-86.
8. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. Br J Gen Pract. juill 1991;41(348):270-8.
9. Petrilli CM, Saint S, Jennings JJ, Caruso A, Kuhn L, Snyder A, et al. Understanding patient preference for physician attire: a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. BMJ Open. 29 mai 2018;8(5):e021239.
10. Nair BR, Attia JR, Mears SR, Hitchcock KI. Evidence-based physicians' dressing: a crossover trial. Med J Aust. 2 déc 2002;177(11-12):681-2.
11. Chennoufi M. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur les patients : Etude quantitative menée auprès de la population générale en France [Internet]. Université de Lorraine; 2016 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_CHENNOUFI_MYRIAM.pdf
12. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition

- épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01721998>
13. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Sante Publique*. 7 nov 2018;Vol. 30(4):517-26.
 14. HAS. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. *demarche_centree_patient_web.pdf*. 2015 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
 15. Terral S. Les pratiques vestimentaires des jeunes, l'apparence au service de la sociabilité adolescente. *Education* [Internet]. 2013 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00875300>
 16. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ*. 24 déc 2005;331(7531):1524-7.
 17. Keenum AJ, Wallace LS, Stevens ARB. Patients' attitudes regarding physical characteristics of family practice physicians. *South Med J*. déc 2003;96(12):1190-4.
 18. 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*. déc 2012;89(3):387-91.
 19. Kocks JWH, Lisman-van Leeuwen Y, Berkelmans PGJL. [Clothing make the doctor--patients have more confidence in a smartly dressed GP]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154(51-52):A2898.
 20. Traeger AC, Skinner IW, Hübscher M, Henschke N, Moseley GL, McAuley JH. What you wear does not affect the credibility of your treatment: A blinded randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*. 1 janv 2017;100(1):104-11.
 21. 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*. 8 janv 2014;13(1):2.
 22. Tiang KW, Razack AHA, Ng KL. The 'auxiliary' white coat effect in hospitals: perceptions of patients and doctors. *Singapore Med J*. oct 2017;58(10):574-5.
 23. Plaire et persuader : les fonctions de la rhétorique : Résumé et révision - Humanités | SchoolMouv [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.schoolmouv.fr/cours/plaire-et-persuader-les-fonctions-de-la-rhetorique/fiche-de-revision>
 24. Elie M. De l'Einfühlung à l'empathie, par Maurice Elie [Internet]. 2012 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://temporel.fr/De-l-Einfuehlung-a-l-empathie-par>
 25. Urtubey L de. Freud et l'empathie. *Revue française de psychanalyse*. 2004;Vol. 68(3):863-75.

26. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*. 2009;N° 98(3):28-31.
27. Kraft-Todd GT, Reiner DA, Kelley JM, Heberlein AS, Baer L, Riess H. Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS One* [Internet]. 15 mai 2017 [cité 28 nov 2018];12(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432110/>
28. Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ? [Internet]. ACP-France. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/>
29. Devonshire CM, Stora N, Suhner N. L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche*. 16 août 2011;n° 13(1):23-55.
30. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Academic Medicine*. mars 2011;86(3):359-64.
31. Canale SD, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*. sept 2012;87(9):1243-9.
32. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 12 mai 2017;18(1):63.
33. Attar HS, Chandramani S. Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals of Indian Academy of Neurology*. août 2012;S89-94.
34. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A Meta-Analysis. *Medical Care*. 1998;36(8):1138-61.
35. Ahmad Mahmoudian, Ahmadrza Zamani, Neda Tavakoli, Ziba Farajzadegan, Fariba Fathollahi-Dehkordi. Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work? *Journal of Research in Medical Sciences*, Vol 22, Iss 1, Pp 48-48 (2017). 1 janv 2017;22(1):48-48-48.
36. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. déc 2011;85(3):390-7.
37. Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Educ Couns*. mai 2017;100(5):987-93.
38. Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions A study on communication sequences in primary care medical visit. *Patient Education and Counseling*. 1 oct 2004;55(1):149-52.

39. Verheul W, Sanders A, Bensing J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Educ Couns*. sept 2010;80(3):300-6.
40. D.E.S de médecine générale. Enseignements [Internet]. Collège Santé de l'Université de Bordeaux. 2020 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>
41. DMG Lille. Programme de D.E.S de médecine générale [Internet]. 2013 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: http://medecine.univ-lille.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/formations/dmg/des/des_programme.pdf&t=1587890076&hash=dd1bbd10e8547be006528ec8f806958e5c5551a1
42. D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France : Le programme d'enseignement théorique [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://desmgidf.fr/page/le-programme-d-enseignement-theorique>
43. van Dijk I, Scholten Meilink Lenferink N, Lucassen PLBJ, Mercer SW, van Weel C, olde Hartman TC, et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Family Practice*. févr 2017;34(1):119-24.
44. Chen JY, Chin WY, Fung CSC, Wong CKH, Tsang JPY. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ Online* [Internet]. 7 juill 2015 [cité 31 oct 2018];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495620/>
45. Mikolajczak M, Brasseur S, Fantini-Hauwel C. Measuring intrapersonal and interpersonal EQ: The Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). *Personality and Individual Differences*. juill 2014;65:42-6.
46. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*. nov 1990;28(11):1056-72.
47. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. [The DUKE health profile: a generic instrument to measure the quality of life tied to health]. *Sante Publique*. mars 1997;9(1):35-44.
48. Baumann C, Erpelding M-L, Perret-Guillaume C, Gautier A, Régat S, Collin J-F, et al. Health-related quality of life in French adolescents and adults: norms for the DUKE Health Profile. *BMC Public Health*. 27 mai 2011;11:401.
49. CIRS - Cumulative Illness Rating Scale [Internet]. ANQ. Plan de mesure national pour la réadaptation. 2013 [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: http://sofog.org/system/download_files/29/files/original/CIRS_V_201310c_FR.pdf?1469180069
50. Mercer SW. The CARE Measure [Internet]. 2004 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://www.gla.ac.uk/media/Media_65352_smxx.pdf
51. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G, Francione R, Bissonnier C, Boetsh D, Matuszewski C, et al. La démographie médicale en Région Nord-Pas-de-Calais. Situation en 2015 [Internet]. 2015 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil->

- national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uldddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf
52. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Ordre national des médecins, Conseil National de l'Ordre. 2018 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
 53. Prévalence des ALD en 2017 [Internet]. Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
 54. Evolution et structure de la population en 2016 - Région des Hauts-de-France (32) [Internet]. Institut National de la statistique et des études économiques. 2016 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32#consulter-sommaire>
 55. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [Internet]. 2018 sept [cité 17 mai 2020]. (Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques). Report No.: 1077. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>
 56. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe | Insee [Internet]. Institut National de la statistique et des études économiques. 2020 [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872>
 57. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Med Educ.* 21 août 2017;17(1):136.
 58. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 1 juin 2005;22(3):328-34.
 59. Hermans L, Olde Hartman T, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice.* sept 2018;68(674):e621-6.
 60. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med.* mars 2018;16(2):127-31.
 61. Lelorain S, Cortot A, Christophe V, Pinçon C, Gidron Y, Lelorain S, et al. Physician Empathy Interacts with Breaking Bad News in Predicting Lung Cancer and Pleural Mesothelioma Patient Survival: Timing May Be Crucial. *Journal of Clinical Medicine.* 17 oct 2018;7(10):364.
 62. Lelorain S, Cattan S, Lordick F, Mehnert A, Mariette C, Christophe V, et al. In which context is physician empathy associated with cancer patient quality of life? *Patient Educ Couns.* juill 2018;101(7):1216-22.

63. Yoo W, Namkoong K, Choi M, Shah DV, Tsang S, Hong Y, et al. Giving and Receiving Emotional Support Online: Communication Competence as a Moderator of Psychosocial Benefits for Women with Breast Cancer. *Comput Human Behav.* janv 2014;30:13-22.
64. Nalbant K, Kalaycı BM, Akdemir D, Akgül S, Kanbur N. Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* oct 2019;24(5):825-34.
65. Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. mars 2018 [cité 29 oct 2018];15(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5876978/>
66. May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness.* 1 mars 2004;26(2):135-58.
67. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *The European Journal Of General Practice.* mars 2013;19(1):23-8.
68. Derksen F, Bensing J, Kuiper S, van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Fam Pract.* 1 févr 2015;32(1):94-100.
69. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* déc 2004;21(6):699-705.
70. Kersten P, White PJ, Tennant A. The consultation and relational empathy measure: an investigation of its scaling structure. *Disabil Rehabil.* 2012;34(6):503-9.
71. Matsuhisa T, Takahashi N, Aomatsu M, Takahashi K, Nishino J, Ban N, et al. How many patients are required to provide a high level of reliability in the Japanese version of the CARE Measure? A secondary analysis. *BMC Fam Pract.* 16 2018;19(1):138.
72. Mercer SW, Fung CSC, Chan FWK, Wong FYY, Wong SYS, Murphy D. The Chinese-version of the CARE measure reliably differentiates between doctors in primary care: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Fam Pract.* 1 juin 2011;12:43.
73. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Cano A, Bonnaud-Antignac A, Cousson-Gélie F, et al. How does a physician's accurate understanding of a cancer patient's unmet needs contribute to patient perception of physician empathy? *Patient Educ Couns.* juin 2015;98(6):734-41.
74. Gehenne, L., Lelorain, S., Anot, A., Piessen, G. & Christophe, V. Testing two competitive models of empathic communication in cancer care encounters: a factorial analysis of the CARE measure. *Awaiting decision after revisions in European Journal of Cancer Care.*
75. Lafont F. Longueur optimale du questionnaire [Internet]. le blog de Questio. 2016 [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: <https://blog.questio.fr/longueur-optimale-du-questionnaire>
76. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Enquête de motivation sur la

- participation des médecins à une recherche en santé publique. *Sante Publique*. 2002;Vol. 14(2):191-9.
77. Droz-Perroteau C, Lignot-Maleyran S, Lamarque S, Balestra A, Girodet P-O, Molimard M, et al. Diminution de plus 80 % des taux de participation spontanée des médecins généralistes aux études observationnelles de pharmaco-épidémiologie en France entre 2002 et 2015 : un exemple frappant dans le domaine de la pneumologie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 oct 2016;64:S269.
 78. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Collège Rhones-Alpes d'Education pour la Ssanté, Centre Régional d'Information et de prévention du SIDA. Etude des mutations de la médecine générale : Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. IRDES. URML, Lyon. juill 2005;122.
 79. Brown T, Boyle M, Williams B, Molloy A, Palermo C, McKenna L, et al. Predictors of empathy in health science students. *J Allied Health*. 2011;40(3):143-9.
 80. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. août 2011;86(8):996-1009.
 81. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Annals of Family Medicine*. 3 avr 2016;14(2):117-24.
 82. Étude OpenSAFELY sur les facteurs de risque de mortalité dans la COVID-19 : résister à « l'erreur du Tableau 2 » [Internet]. VIDAL. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/24945/etude_opensafely_sur_les_facteurs_de_risque_de_mortalite_dans_la_covid_19_resister_a_l_erreur_du_tableau_2/
 83. Hill AB. The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med*. mai 1965;58(5):295-300.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de l'étude EMPATHIES

EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET

INDICATEURS D'ETAT DE SANTE

Acronyme de l'étude : EMPATHIES

Organisme responsable de la recherche (Promoteur) :

Université de Lille.

Financier cas échéant (Organisme demandeur) :

Sans objet.

Responsable scientifique :

Sophie Lelorain, Univ. Lille, CNRS, CHU Lille, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

Coordinateurs de la recherche :

Axel Descamps, CCU, Faculté de Médecine, Université de Lille

Sophie Lelorain, MCU, SCALab, Université de Lille

Claire Pinçon, MCU, Laboratoire de Biomathématiques, Faculté de Pharmacie de Lille ;

Univ. Lille, CHU Lille, EA 2694 - Santé publique : épidémiologie et qualité des soins, F59000 Lille, France.

Investigateurs :

Axel Descamps, CCU, Faculté de Médecine, Université de Lille

Sophie Lelorain, MCU, SCALab, Université de Lille

Claire Pinçon, MCU, Laboratoire de Biomathématiques, Faculté de Pharmacie de Lille ;
Univ. Lille, CHU Lille, EA 2694 - Santé publique : épidémiologie et qualité des soins,
F59000 Lille, France.

Antoine Dhelft, étudiant en thèse d'exercice de Pharmacie, Faculté de Pharmacie,
Université de Lille

Elise Lallemant, interne de médecine générale, étudiante en thèse d'exercice de
Médecine, Faculté de Médecine, Université de Lille

Walid Mekeddem, interne de médecine générale, étudiant en thèse d'exercice de
Médecine, Faculté de Médecine, Université de Lille

Thomas Pruvost, étudiant en thèse d'exercice de Pharmacie, Faculté de Pharmacie,
Université de Lille

Marie-Anne Rouhier, interne de médecine générale, étudiante en thèse d'exercice de
Médecine, Faculté de Médecine, Université de Lille

Alissa Sebbah, interne de médecine générale, étudiante en thèse d'exercice de
Médecine, Faculté de Médecine, Université de Lille

Version n°2.3 du 30/12/2018

Clause de confidentialité

Les informations contenues dans ce document sont la propriété du Promoteur. Les informations contenues dans ce document ne doivent pas être communiquées à des tiers sans l'autorisation écrite préalable du Promoteur.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION ET RATIONNEL	55
2. OBJECTIFS.....	55
2.1 Objectif principal.....	55
2.2 Objectifs secondaires	55
3. METHODE	55
3.1. Type d'étude.....	55
3.2. Population	56
3.3. Lieux d'étude.....	57
3.4. Procédure.....	57
3.5. Méthodologie utilisée	58
4. TRAITEMENT DES DONNEES	59
4.1. Gestion des données	59
4.2. Analyse des données	59
4.3. Finalité de l'étude	60
5. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES	60
5.1. Confidentialité	60
5.2. Déclaration(s) réglementaire(s).....	60
5.3. Information et consentement.....	61
5.4. Propriétés des données et publication	61
5.5. Archivage des données	61
6. DUREE DE L'ETUDE ET ECHEANCIER	61
RÉFÉRENCES	61
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.

APPROBATION ET SIGNATAIRES DU PROTOCOLE

Titre du protocole : *EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET INDICATEURS D'ETAT DE SANTE (EMPATHIES)*

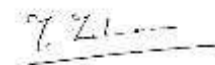
Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble du protocole **EMPATHIES** et je m'engage à conduire ce protocole conformément à ce qui est décrit dans ce document.

Nom du responsable scientifique de l'étude et titulaire d'un laboratoire de recherche	Fonction	Date	Signature
--	----------	------	-----------

Sophie LELORAIN

MCU

04/11/18



1. INTRODUCTION ET RATIONNEL

Il a été démontré que l'empathie des soignants tels que les médecins et les infirmiers entraîne chez les patients un impact psychologique positif (1–3), une amélioration de l'état de santé général (4,5), ainsi qu'une meilleure observance des traitements (6,7). Néanmoins, l'effet de l'empathie du pharmacien d'officine et de son équipe n'a pas encore été étudié (8–10), bien que des données suggèrent son importance (11). A titre d'exemple, 95 % de patients atteints de cancer déclaraient avoir recours à une seule et même pharmacie d'officine (12).

De plus, la tenue vestimentaire des médecins fait partie des éléments de communication nonverbale influençant la relation médecin-patient (13). Des études ont montré son impact sur la confiance qu'accorde le patient à son médecin (14) ainsi que sur la perception de la prescription médicamenteuse (15), mais nous n'avons pas retrouvé d'étude quantitative s'intéressant au lien entre la tenue vestimentaire du médecin et l'observance. Une seule étude s'intéresse au lien entre l'empathie perçue par le patient et la tenue vestimentaire du médecin mais a été réalisée en Corée du Sud, et n'est pas extrapolable à la population française puisque les patients préféraient la tenue traditionnelle coréenne et la bouse blanche (16).

Par ailleurs, des études ont montré l'effet de la qualité de maître de stage pour internes sur les pratiques des médecins généralistes (17–19). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a démontré un lien entre le fait d'être maître de stage des universités pour internes (MSU) et l'empathie ressentie par le patient, bien que des données le suggèrent (20).

2. OBJECTIFS

2.1 *Objectif principal*

L'objectif principal est double. Dans un premier temps, il s'agira d'étudier le lien entre l'empathie du soignant (pharmacien d'officine et médecin généraliste) perçue par le patient et son état de santé physique et psychologique. Dans un second temps, on étudiera le lien entre l'empathie ressentie et l'observance thérapeutique du patient.

2.2 *Objectifs secondaires*

Un second objectif s'attache à mettre en évidence les déterminants de l'empathie ressentie par le patient chronique. En ce qui concerne l'empathie du médecin traitant perçue par le patient, le premier facteur étudié concernera la tenue vestimentaire du médecin généraliste. Le second facteur d'intérêt portera sur l'investissement du médecin traitant dans la formation des étudiants, l'hypothèse de travail étant que les scores d'empathie des médecins traitants maîtres de stage universitaire (MSU) sont en moyenne plus élevés que ceux des médecins non MSU. Concernant l'empathie du pharmacien et de son équipe perçue par le patient, un facteur sera plus particulièrement étudié : le type de pathologie chronique qui affecte le patient. Un dernier objectif, complémentaire de l'objectif principal, porte sur le lien éventuel entre l'observance aux médicaments et la tenue vestimentaire du médecin traitant.

3. METHODE

3.1 *Type d'étude*

L'étude s'inscrit dans un projet interprofessionnel réunissant une enseignante-chercheuse en psychologie du SCALab (UMR CNRS 9193, Université de Lille), un médecin généraliste (Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de l'Université de Lille) et une biostatisticienne (Laboratoire de Biomathématiques de la Faculté de Pharmacie de Lille ; EA 2694 - Santé publique : épidémiologie et qualité des soins). Ce projet associe deux étudiants

de la Faculté de Pharmacie de Lille pour leur thèse d'exercice de pharmacie, et quatre internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Lille pour leur thèse d'exercice de médecine. L'étude sera transversale (non interventionnelle).

3.2 **Population**

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude est à deux niveaux.

Population 1 : médecins généralistes

La première population ciblée est l'ensemble des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les critères d'inclusion concernant les médecins de l'étude sont :

- Être médecin généraliste installé en exercice dans le Nord-Pas-de-Calais durant toute la durée prévisionnelle de l'étude
- Avoir dans sa patientèle de « médecin traitant » au moins un patient présentant une pathologie chronique.

Les critères d'exclusion sont :

- Être médecin remplaçant
- Être interne de médecine générale
- Être maître de stage universitaire pour des externes (car les étudiants en externat de médecine assistent aux consultations, et leur présence pourrait avoir un impact sur la perception par le patient de la relation soignant – soigné) □ Avoir un exercice exclusivement hospitalier.

Population 2 : patients

La seconde population ciblée est l'ensemble des patients du Nord et du Pas-de-Calais présentant au moins une pathologie chronique. Les critères d'inclusion de ces patients sont :

- Être le patient d'un médecin de la population 1
- Âge ≥ 18 ans
- Être affilié à un régime de sécurité sociale
- Avoir déclaré le médecin généraliste participant à l'étude comme « médecin traitant ».
- Être affecté, selon le médecin traitant, d'une pathologie chronique depuis plus de 6 mois et qui nécessite la prise régulière d'un traitement (c'est le médecin traitant qui s'assure de ce critère) Les critères d'exclusion sont :
- Incapacité à remplir le questionnaire seul (trouble cognitif ou émotionnel jugé trop important par le médecin traitant pour la participation à l'étude dans des conditions optimales, handicap...)
- Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

Concernant les pharmaciens :

Puisque les médecins recruteront les patients, l'étude n'inclura pas de pharmaciens d'officine, dont l'empathie sera uniquement évaluée par le patient.

Le recrutement des patients est dévolu aux médecins pour des raisons logistiques : le médecin connaît l'état de santé du patient et son traitement, et certains des objectifs de l'étude nécessitent une correspondance entre le patient et son médecin (tenue vestimentaire, statut MSU ou non).

3.2.2 Nombre de sujets à inclure

Le nombre de patients à inclure est fixé à 1000. Le nombre de médecins à inclure est fixé à 50 (25 médecins MSU et 25 médecins non MSU), chaque médecin recrutant 20 patients.

Ces effectifs sont justifiés par l'utilisation de modèles de régression mixtes, construits à partir des facteurs à effets fixes (les covariables d'intérêt présentées précédemment) et d'un facteur à effets aléatoires (la variable « médecin », chaque médecin pouvant être considéré comme un cluster incluant plusieurs patients). Les études actuelles (21) recommandent a minima 50 clusters (médecins) de taille 20 (patients pour chaque médecin) afin de pouvoir estimer les effets principaux et d'éventuelles interactions entre eux.

Par ailleurs, ces effectifs permettront de mettre en évidence une différence moyenne de 5 points cliniquement pertinente entre les scores d'empathie des médecins MSU et ceux des médecins non MSU, en supposant un écart-type égal à 10 points d'après des études antérieures (22,23), avec un risque de première espèce fixé à 2.5% unilatéral et une puissance de 80%. Le calcul tient compte de la présence des clusters (24), et différentes simulations ont été effectuées en fonction du coefficient intraclasse des scores d'empathies du questionnaire CARE, aucune valeur de référence n'ayant été trouvée dans la littérature.

3.3 **Lieux d'étude**

Les lieux d'étude seront les cabinets médicaux et les salles d'attente des cabinets médicaux des médecins généralistes traitants du Nord et du Pas-De-Calais.

3.4 **Procédure**

Les investigateurs (cf. liste donnée en Annexe 1) recruteront les médecins généralistes par tirage au sort à partir d'une liste fournie par la Maison de Recherche Clinique de Lille, établie selon les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus. Une seconde liste, contenant les noms et coordonnées des médecins généralistes Maîtres de Stage Universitaire pour internes, a été recueillie sur le site du Collège des Enseignants de Médecine Générale Lillois, après son accord, et un tirage au sort a été réalisé à partir de cette liste.

Les médecins généralistes seront contactés par téléphone par les investigateurs selon une procédure standardisée (cf. Annexe 2). Une fois l'accord de principe obtenu par téléphone, les médecins seront inclus dans l'étude après avoir signé le formulaire de consentement (cf. Annexe 5) lors de la rencontre de mise en place menée par les investigateurs et formalisée selon la procédure standardisée donnée en Annexe 3. Les investigateurs de l'étude rempliront alors avec eux le questionnaire les concernant (cf. Annexe 6).

Les patients seront ensuite recrutés par les médecins généralistes inclus dans l'étude lors d'une consultation de soins courants. Si le médecin estime que le patient respecte les critères d'inclusion de l'étude, il proposera à ce dernier, en fin de consultation, de participer à l'étude. La présentation de l'étude se fera selon le guide d'entretien auquel le médecin traitant aura été formé par un investigateur (cf. Annexe 4). Avant de recueillir le consentement du patient, le médecin expliquera qu'il fournira des informations concernant sa maladie chronique à l'équipe de recherche. Par ailleurs, toutes les maladies chroniques notifiées par le médecin dans le questionnaire devront être connues au préalable par le patient. Si le patient donne son consentement oral, le médecin remplira la partie du questionnaire appelée « Partie à remplir par le professionnel de santé » (cf. Annexe 7 page numérotée 7) avec le patient, et transmettra la suite du questionnaire au patient pour qu'il remplisse les parties restantes (cf. Annexe 7 pages numérotées de 1 à 6) après la consultation, dans la salle d'attente. Le questionnaire sera anonyme et sera à déposer dans une urne scellée mise à disposition dans la salle d'attente. Le questionnaire remis dans l'urne par le patient comprendra donc une partie remplie par le

médecin en présence du patient et une partie remplie par le patient ensuite seul dans la salle d'attente. Le médecin n'aura en aucun cas accès aux questionnaires des patients remis dans l'urne, ni à l'interprétation des résultats de sa patientèle.

Les patients répondant aux critères d'inclusion seront inclus consécutivement sur un ou plusieurs jours de consultations afin d'éviter des biais de sélection par le médecin. Le médecin consignera le nombre de patients à qui la participation à l'étude a été proposée, afin d'évaluer le taux de refus (cf. dernière page de l'Annexe 4).

Les investigateurs récupéreront les urnes à la fin de la période de recrutement des patients de chaque médecin généraliste.

Les investigateurs dépouilleront les questionnaires des médecins et des patients et saisiront les données correspondantes (cf. Partie 4).

3.5 **Méthodologie utilisée**

Le questionnaire concernant le médecin traitant sera nominatif et comportera des questions portant sur (cf. Annexe 6) :

- Ses caractéristiques socio-démographiques (âge, cursus universitaire)
- Son activité : lieu d'exercice, car il a été mis en évidence pour les patients avec plusieurs comorbidités une durée de consultation plus longue dans les zones favorisées que dans les zones défavorisées, avec un impact sur l'empathie perçue par le patient (25), nombre annuel d'actes car le temps moyen passé par consultation est lié à l'empathie ressentie par le patient
- La durée de consultation par patient (23)
- Sa tenue vestimentaire.

Ce questionnaire sera rempli par les investigateurs durant les entretiens de recrutement des médecins généralistes dans l'étude. La durée de passation de ce questionnaire est estimée à 5 minutes.

Le questionnaire doit être nominatif car les médecins participant potentiellement à l'étude seront tirés au sort à partir d'une liste (cf. paragraphe 3.4) permettant l'obtention d'un échantillon représentatif. L'état civil des médecins sera par ailleurs nécessaire afin de faire le lien entre les caractéristiques du médecin et les questionnaires patients contenus dans l'urne. Comme expliqué ci-après (cf. Partie 4), une procédure de pseudonymisation sera effectuée.

Le questionnaire concernant le patient sera structuré en deux parties (cf. Annexe 7). La première partie, à remplir par le patient après lecture de la première page d'informations, sera anonyme et comportera des questions portant sur :

- Ses caractéristiques socio-démographiques (âge, genre, niveau d'études, situation professionnelle, le fait de vivre seul·e ou non) car l'empathie ressentie par le patient est en partie fonction de certaines variables socio-éducatives du patient. (22)
- Ses compétences émotionnelles, au moyen des items les plus pertinents d'un point de vue statistique et théorique issus du questionnaire S-PEC (26). L'empathie ressentie par le patient est en partie fonction des compétences émotionnelles du patient. (22)
- Sa consommation d'alcool, tabac, cannabis et/ou autre substance
- La gestion de ses traitements
- Son profil de santé avec le score de Duke (27)
- Son observance thérapeutique avec le score de Girerd (28)
- L'empathie ressentie de la part du pharmacien d'officine et de son équipe, et de la part du médecin traitant (29). Il a été choisi d'évaluer l'empathie ressentie par le patient et non auto-évaluée par les professionnels de santé. En effet, l'influence de l'empathie

sur les issues du patient n'a été démontrée que lorsque l'empathie est rapportée par le patient et non par les professionnels. (30) Il n'y a pas de corrélation établie entre l'empathie ressentie par le patient et l'empathie auto-évaluée par le professionnel de santé. (31,32)

- Les tenues possibles d'un médecin généraliste (les questions sont formulées de telle sorte que le patient prenne position pour l'une des tenues. Si cet aspect n'est pas important pour lui, il aura répondu en ce sens à la question 1 page 6).

La seconde partie sera à destination du médecin traitant, qui précisera ses nom et prénom, et qui renseignera la ou les pathologies dont le patient est affecté, la durée de la pathologie chronique la plus ancienne, ainsi que le nombre de traitements pris au long cours par le patient. La durée de passation de ce questionnaire est estimée à 3 minutes pour les médecins, et à 15 minutes pour les patients.

Le questionnaire patient étant anonyme, aucune procédure d'anonymisation ne sera nécessaire. Concernant les données des médecins, une procédure de pseudonymisation sera effectuée : les nom et prénom des médecins seront mis en correspondance avec un code (nombre compris entre 1 et le nombre total de médecins, attribué aléatoirement).

4. TRAITEMENT DES DONNEES

4.1 *Gestion des données*

Les données sources seront recueillies sur des questionnaires papier (auto-administration par les médecins dans les cabinets médicaux, et par les patients dans les salles d'attente des cabinets médicaux), et les questionnaires seront déposés dans des urnes situées dans ces mêmes salles d'attente. Les questionnaires des urnes seront recueillis par les investigateurs de l'étude, et seront rassemblés dans le laboratoire de Biomathématiques de la Faculté de Pharmacie de Lille, où la pseudonymisation des données sera effectuée par la statisticienne du projet (le fichier de pseudonymisation sera stocké dans une zone chiffrée du disque dur de son ordinateur). Les questionnaires issus d'un même médecin pseudonymisé seront regroupés dans une enveloppe portant le code du médecin. Les réponses aux questionnaires seront ensuite saisies informatiquement par les investigateurs de l'étude sur leurs ordinateurs personnels, après chiffrement du disque dur pour raisons de sécurité et de confidentialité, dans ce même laboratoire (le logiciel utilisé sera Excel). Les données seront ensuite fusionnées en un seul fichier, et la base de données sera gelée. La base complète ne sera accessible qu'aux trois responsables scientifiques du projet, et sera là encore stockée sur une partie chiffrée du disque dur de leur ordinateur.

4.2 *Analyse des données*

Les critères d'évaluation principaux seront :

- Le score de santé générale du questionnaire Duke (variable continue, ayant des valeurs comprises entre 0 et 100 points, le score étant d'autant plus élevé que l'état de santé est perçu comme bon)
- L'observance thérapeutique, variable binaire définie à partir du score de Girerd.

Les critères d'évaluation secondaires seront les scores d'empathie du questionnaire CARE pour le pharmacien et pour le médecin traitant (variable continue, ayant des valeurs comprises entre

10 et 50 points, le score étant d'autant plus élevé que le soignant est perçu comme empathique).

Pour mettre en évidence les déterminants d'un critère d'évaluation quantitatif continue, on

construira des modèles de régression linéaires mixtes, avec ajustement sur les variables sociodémographiques, émotionnelles et médicales. Les covariables d'intérêt présentées précédemment seront des facteurs à effets fixes, et le modèle inclura une variable « médecin », définie comme un facteur à effets aléatoires, chaque médecin pouvant être considéré comme un cluster (car incluant plusieurs patients).

Pour mettre en évidence les déterminants d'un critère d'évaluation binaire, on construira des modèles de régression généralisés mixtes (logistique ou log-binomiale selon la proportion d'événements observée), avec une structure similaire à celle des modèles de régression linéaires présentés ci-dessus.

Pour tous les modèles de régression mis en œuvre, l'hypothèse de linéarité relative covariables quantitatives sera vérifiée graphiquement et par la comparaison d'un modèle avec composante quadratique vs. un modèle sans cette composante quadratique. Les modèles multivariés seront construits à partir de toutes les covariables candidates.

Les variables présentant plus de 15% de données manquantes seront exclues des covariables potentielles dans les modèles de régression.

Tous les tests seront bilatéraux, et le risque de première espèce sera fixé à 5%. Les analyses seront effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

1.1 **Finalité de l'étude**

Si les différentes hypothèses de travail étaient démontrées, la formation des soignants pourrait être complétée afin d'optimiser la prise en charge du patient. Les différents aspects de la communication verbale et non-verbale (empathie, tenue vestimentaire) et leurs effets sur le comportement du patient face à sa pathologie (état de santé, adhérence thérapeutique) pourraient être étudiés d'une part durant la formation initiale des études de santé, d'autre part par des formations continues pour les professionnels en activité.

2. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES

2.1 **Confidentialité**

Toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

2.2 **Déclaration(s) réglementaire(s)**

L'étude a été déclarée auprès de Jean-Luc Tessier, Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille, le 26 octobre 2018.

2.3 Information et consentement

Les médecins seront informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par des entretiens en face à face, et signeront une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de consentement nominatif (cf. Annexe 5).

Les patients seront informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités tout d'abord par leur médecin traitant durant la consultation, puis dans une lettre d'information placée en première page du questionnaire qu'ils auront reçu de leur médecin en fin de consultation (cf. Annexe 7). Comme vu avec le Délégué à la Protection des Données, les patients ne signeront pas de consentement de participation afin de conserver leur anonymat. Le consentement sera acquis dans la mesure où le patient accepte de remplir le questionnaire.

2.4 Propriétés des données et publication

Les données seront la propriété de l'Université de Lille.

Après analyse finale, les résultats feront l'objet de mémoires de thèses d'exercice (de médecine et de pharmacie) et seront soumis pour publications sous la forme d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture.

2.5 Archivage des données

Toutes les données (données sources, fichier de pseudonymisation, fichiers informatiques) seront conservées cinq ans et archivées dans le laboratoire de Biomathématiques de la Faculté de Pharmacie de Lille.

3. DUREE DE L'ETUDE ET ECHEANCIER

Le montage du projet a eu lieu du 15 juillet 2018 au 05 novembre 2018, date de la soumission du protocole au comité d'éthique.

La révision du protocole a eu lieu jusqu'au 30 décembre 18.

Les inclusions des médecins s'effectueront du 01 février 2019 au 01 juin 2019.

Le recrutement des patients par les médecins s'effectuera en partie en parallèle à celui des médecins, du 01 février 2019 au 01 septembre 2019.

La saisie informatique des données se fera du 07 mars 2019 au 15 septembre 2019 (il sera possible de saisir les données au fur et à mesure puisque les questionnaires seront recueillis régulièrement pendant la période d'inclusion).

Le data management sera effectué du 16 septembre 2019 au 30 septembre 2019.

L'analyse des données se fera du 01 novembre 2019 au 15 décembre 2019.

La valorisation scientifique sera effectuée jusqu'en février 2020.

RÉFÉRENCES

1. Steinhausen S, Ommen O, Thüm S, Lefering R, Koehler T, Neugebauer E, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*. avril 2014;95(1):53.60.

2. Weiss R, Vittinghoff E, Fang MC, Cimino JEW, Chasteen KA, Arnold RM, et al. Associations of Physician Empathy with Patient Anxiety and Ratings of Communication in Hospital Admission Encounters. *J Hosp Med.* 2017;12(10):805.10.
3. Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer.* 15 août 2017;123(16):3167-75.
4. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Annals of Family Medicine.* 3 avr 2016;14(2):117.24.
5. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract.* 12 mai 2017;18(1):63.
6. Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, et al. Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Educ Couns.* févr 2016;99(2):220.6.
7. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 10 mars 2001;357(9258):757.
8. Meyer-Junco L. Empathy and the new practitioner. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 1 déc 2015;72(23):2042.58.
9. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine.* mars 2011;86(3):359.64.
10. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns.* avr 2009;75(1):3.10.
11. Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie. Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie « Observance des traitements médicamenteux en France » - 2015. 2015.
12. Hébert G, Minvielle E, Di Palma M, Lemare F. Quelles sont les attentes de coordination et d'accompagnement des patients français atteints de cancer vis-à-vis de leur pharmacien de ville ? *Bulletin du Cancer.* mars 2018;105(3):245.55.
13. 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* [Internet]. [cité 27 oct 2018]. Disponible sur: <https://bmjopen-bmj.com.ressourceselectroniques.univ-lille.fr/content/5/1/e006578.long>
14. 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.* nov 2005;118(11):1279.86.

15. Traeger AC, Skinner IW, Hübscher M, Henschke N, Moseley GL, McAuley JH. What you wear does not affect the credibility of your treatment: A blinded randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*. 1 janv 2017;100(1):104.11.
16. 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*. déc 2012;89(3):387.91.
17. Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Bel JL, Ferrat E, Lary OS. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. *PLOS ONE*. 25 janv 2018;13(1):e0190522.
18. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 27 avr 2016;16(1):126.
19. van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Are family practice trainers and their host practices any better? Comparing practice trainers and non-trainers and their practices. *BMC Fam Pract*. 21 févr 2013;14:23.
20. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *The European Journal Of General Practice*. mars 2013;19(1):23.8.
21. McNeish DM, Stapleton LM. The Effect of Small Sample Size on Two-Level Model Estimates: A Review and Illustration. *Educ Psychol Rev*. 1 juin 2016;28(2):295.314.
22. Lelorain S, Cattan S, Lordick F, Mehnert A, Mariette C, Christophe V, et al. In which context is physician empathy associated with cancer patient quality of life? *Patient Educ Couns*. juill 2018;101(7):1216.22.
23. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Cano A, Bonnaud-Antignac A, Cousson-Gélie F, et al. How does a physician's accurate understanding of a cancer patient's unmet needs contribute to patient perception of physician empathy? *Patient Educ Couns*. juin 2015;98(6):734.41.
24. Sedgwick P. Cluster randomised controlled trials: sample size calculations. *BMJ*. 3 mai 2013;346:f2839.
25. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med*. mars 2018;16(2):127.31.
26. Mikolajczak M, Brasseur S, Fantini-Hauwel C. Measuring intrapersonal and interpersonal EQ: The Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). *Personality and Individual Differences*. 1 juill 2014;65:42.6.
27. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse C-KJ. The Duke Health Profile: A 17-Item Measure of Health and Dysfunction. *Medical Care*. 1990;28(11):1056.72.

28. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Med.* 2001;30(21):1044.8.
29. Mercer SW. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice.* 1 oct 2004;21(6):699_705.
30. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology.* décembre 2012;21(12):1255_64.
31. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One* [Internet]. 31 mai 2018 [cité 21 déc 2018];13(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5979004/>
32. Malhotra C, Kanesvaran R, Krishna L, Xiang L, Kumarakulasinghe NB, Tan S-H, et al. Oncologists' responses to patient and caregiver negative emotions and patient perception of quality of communication: results from a multi-ethnic Asian setting. *Support Care Cancer.* mars 2018;26(3):957_65.

Annexe 2 : Guide de recrutement téléphonique des médecins

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : APPEL TELEPHONIQUE

- Appel plutôt à la mi-journée pour éviter de perturber une consultation
- Auprès du secrétariat : solliciter un entretien téléphonique rapide (maximum 5 minutes) afin de présenter le projet de recherche.
- Auprès du médecin :
 - Présenter le projet comme une étude ambitieuse pour laquelle l'aide de CE médecin est nécessaire
 - Thématique de l'étude (résumée) : étudier les relations entre empathie du soignant (médecin ou pharmacien), observance thérapeutique, état de santé du patient, maîtrise de stage pour internes et tenue du médecin.
 - Insister sur le fait que ce médecin a été sélectionné (par tirage au sort)
 - Dire que cette étude a été conçue par des généralistes qui connaissent les contraintes que la recherche clinique peut causer, et qui les ont minimisées au maximum
 - Parler de l'accompagnement possible à tout moment par l'investigateur qui sera son référent pour la durée de l'étude
 - Temps nécessaire : 5 minutes maximum en fin de consultation de soins usuels, pour 20 patients porteurs d'une maladie chronique (soit environ 2 jours de consultation), plus la réunion de mise en place effectuée par l'investigateur au cabinet du médecin (environ 15 minutes)
- Convenir d'un rendez-vous pour entretien individuel à la convenance du médecin, à son cabinet, afin de donner des explications complémentaires, de répondre aux questions, et éventuellement d'inclure le médecin en lui faisant signer le consentement écrit.

Annexe 3 : Guide de recrutement présentiel des médecins

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : ENTRETIEN INDIVIDUEL PRESENTIEL RENDEZ-VOUS DE MISE EN PLACE

- (Parler au futur même si le MG n'a pas encore signé)
- Se présenter à nouveau : insister sur le fait que l'on sera le référent pour toutes les questions ultérieures en lien avec l'étude.
- Rappeler que cette étude a été conçue par des médecins généralistes et que les contraintes du métier ont été prises en compte pour que le recueil de données soit le plus simple possible.
- Présentation de l'étude :
 - De façon succincte et à l'aide du protocole, présenter le rationnel, les objectifs et la méthode utilisée
 - Insister sur l'aspect pratique des choses :
 - 15 minutes pour ce rendez-vous de mise en place
 - 5 minutes maxi à l'issue de chaque consultation de patient à recruter.
Ce temps comprend :
- Présentation de l'étude au patient et recueil de son consentement oral • Remplissage de la partie médecin du questionnaire
 - 20 patients seulement à recruter, avec des critères d'inclusion très larges.
Ceci correspond à environ 2 journées de recrutement seulement.
 - Présenter le matériel :
 - Urne scellée
 - Questionnaire concernant le patient (et montrer notamment la partie à remplir par le médecin)
 - Questionnaire concernant le médecin ○ Présenter les modalités pratiques de recrutement du patient (cf « Guide de recrutement du patient par le médecin généraliste »). Bien insister sur cette partie, en rappelant notamment les critères d'inclusion et d'exclusion.
 - Rappeler que les patients doivent être **inclus de façon consécutive**
- Recueillir les questions du médecin et y répondre.
- Faire signer le consentement écrit en deux exemplaires ; en garder un, et fournir l'autre au médecin généraliste.
 - Lui rappeler qu'il ne pourra pas avoir accès aux données spécifiques de sa patientèle mais qu'il pourra accéder aux résultats de l'ensemble de l'étude une fois terminée
- Remplir le questionnaire médecin avec le médecin généraliste et le récupérer
- Disposer l'urne scellée en salle d'attente
- L'investigateur donne ses coordonnées (téléphone, mail) au médecin afin qu'il puisse le joindre :
 - S'il a des questions ou des problèmes
 - Une fois les 20 questionnaires remis dans l'urne afin que l'investigateur vienne la relever

Annexe 4 : Formulaire de consentement écrit du médecin

EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET INDICATEURS D'ETAT DE SANTE (E.M.P.A.TH.I.E.S)

Nom de naissance : Nom d'usage:

Prénom : Date et lieu de naissance

Adresse d'exercice
:.....

.....

...

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude évaluant l'impact de l'empathie des médecins généralistes et pharmaciens sur l'état de santé des patients, leur qualité de vie et leur observance aux traitements.

En acceptant de participer à cette étude, je devrai recruter des patients correspondant aux critères d'inclusion, leur présenter l'étude et ses objectifs, et leur proposer, après avoir recueilli leur consentement, de répondre à un questionnaire en fin de consultation dans la salle d'attente, qu'ils déposeront ensuite dans une urne scellée. Ce questionnaire, anonyme, comportera plusieurs parties :

1. Informations sur l'étude
2. Caractéristiques du patient : pathologie-s chronique-s, traitement-s, profil socio-démographique
3. Gestion des émotions
4. Profil de santé
5. Observance thérapeutique
6. Empathie du pharmacien d'officine
7. Empathie du médecin traitant
8. Impact de la tenue vestimentaire en médecine générale

De plus, je suis informé-e du fait que des informations concernant ma pratique, ma tenue vestimentaire, et l'environnement de mon lieu d'exercice me seront demandées ou recueillies par les investigateurs, via un questionnaire que je peux consulter ce jour.

L'investigateur m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1. Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.

2. Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée, et/ou de la moyenne des résultats des différents questionnaires auxquels aura répondu ma patientèle, en envoyant un mail à : claire.pincon@univ-lille.fr
3. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

1

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises : <i>cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté (OUI / NON)</i>	OUI	NON
1) J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche « E.M.P.A.T.H.I.E.S »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :
Signature du participant :

Date :
Signature de l'investigateur:

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou effacer en contactant le délégué à la protection des données : cil@univ-lille.fr

Annexe 5 : Questionnaire Médecin

ENQUETE SUR L'EMPATHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Partie à remplir lors de la rencontre avec le médecin généraliste :

NOM et Prénom du médecin : -

MSU

Non MSU

Age du médecin : ans

Année de fin d'études :

Année d'installation :

Participation à des groupes de pairs, groupe Balint : oui non

Formation(s) complémentaire(s) :

.....

..

.....

...

.....

..

.....

...

.....

..

.....

...

Lieu d'exercice :

EDI :

Zone dite « en difficulté » Zone dite « fragile »

Type d'activité :

Libéral

Salarié

Mixte

Zone d'exercice :

rural

urbain

Type de cabinet :

Cabinet seul

Cabinet de groupe

Maison de santé pluri-professionnelle

Autre :

Nombre de consultations par an (dans le RIAP) : consultations

Temps prévu de consultation par patient en moyenne : min

Tenue vestimentaire du médecin observée :

Blouse

Formel

Semi-formel

Casual

Autre(s) :

tatouage

Piercing/écarteur d'oreille

lunettes

Moustaches / barbe

Annexe 6 : Guide de recrutement des patients et feuille de compte

GUIDE DE RECRUTEMENT DU PATIENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE

1. Vérifier que le patient réponde bien aux critères d'inclusion (et d'exclusion) ○ Critères d'inclusion :
 - **Âge ≥ 18 ans**
 - Patient affilié à un régime de sécurité sociale
 - **Pathologie chronique** dont le diagnostic a été posé depuis au moins **6 mois** et nécessitant la prise régulière d'un **traitement**
 - Être un patient ayant déclaré un médecin généraliste participant à l'étude comme « **médecin traitant** ». ○ Les critères d'exclusion sont :
 - Incapacité à remplir le questionnaire seul (trouble cognitif ou émotionnel jugé trop important par le médecin traitant pour la participation à l'étude dans des conditions optimales, handicap...)
 - Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.
2. Les patients doivent être recrutés de façon consécutive : tous les patients éligibles doivent se voir proposer l'étude.
3. Proposer l'étude au patient selon ces termes :
 - Je vous propose de participer à une étude scientifique qui s'intéresse à votre ressenti concernant votre santé et votre relationnel avec les professionnels de santé.
 - Elle cherche à améliorer la prise en charge des patients par une meilleure compréhension des facteurs influençant la gestion de votre(vos) maladie(s) (traitement, relationnel avec vos soignants, tenue vestimentaire, etc...).
 - Il s'agit de répondre à un questionnaire (cases à cocher) juste après cette consultation. Sa durée est d'environ 15 minutes.
 - Les réponses que vous donnerez sont confidentielles et je ne pourrai pas y accéder.
 - Vous êtes libre ou non de participer et d'arrêter à tout moment de remplir le questionnaire. Cela n'aura pas de conséquence sur nos futures consultations.
 - Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est votre ressenti et votre opinion qui importent.
 - Si vous êtes d'accord, nous remplirons ensemble la partie concernant votre(vos) maladie(s). Puis je vous donnerai le questionnaire et vous remplirez la partie restante dans la salle d'attente.
 - Il vous suffira de glisser votre questionnaire une fois rempli dans l'urne dédiée.
 - Les urnes scellées seront relevées par les chercheurs. Je n'y aurai pas accès.
4. Lui demander s'il a des questions autour de cette étude et y répondre.
5. Recueillir son consentement oral.
6. Prendre un questionnaire et remplir la dernière page (page 7) appelée « Partie à remplir par le professionnel de santé » avec les informations concernant le patient.
7. Remettre le questionnaire au patient avec la feuille d'information de l'étude. Lui montrer la partie qu'il aura à remplir. Lui fournir un stylo et lui indiquer où se situe l'urne dans laquelle il devra remettre le questionnaire une fois complété.
8. Remercier encore une fois le patient et insister sur l'intérêt à ce qu'il réponde à TOUTES les questions, afin que l'étude puisse être de la meilleure qualité possible.

9. Dans tous les cas, consigner sur la feuille de compte si le patient a accepté ou refusé (comptes non nominatifs, un trait dans la colonne concernée suffit). Une fois que 20 patients ont accepté, vous pouvez arrêter de proposer les questionnaires aux patients.

FEUILLE DE COMPTE POUR LE MEDECIN GENERALISTE

NB : le décompte ne doit pas être nominatif. Une coche ou une croix suffit pour indiquer un patient.

Patients ayant refusé de participer à l'étude	Patients ayant accepté de participer à l'étude

Annexe 7 : Questionnaire patients

Empathie des Médecins et des Pharmaciens, Adhérence Thérapeutique et Indicateurs d'Etat de Santé (EMPATHIES)

Nous vous remercions de votre participation. Le questionnaire est à déposer dans l'urne scellée de la salle d'attente. Votre médecin ne pourra accéder à vos réponses.

Il est important de répondre à toutes les questions, sinon la qualité de votre participation et celle des autres patients seront fortement diminuées.

1. Quel est l'objectif de cette Recherche ?

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'impact de l'empathie de votre pharmacien et de votre médecin traitant sur votre état de santé, ainsi que sur l'observance aux traitements.

2. Comment va se dérouler cette étude ?

Des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais incluent des patients atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

Tous les participants rempliront un questionnaire, à l'issue de leur consultation avec leur médecin généraliste. Il n'y aura qu'un seul questionnaire à remplir, et à remettre dans l'urne scellée mise à votre disposition dans la salle d'attente.

En aucun cas le médecin n'aura accès à vos réponses.

3. Quels sont les bénéfices attendus ?

Cette recherche permettra d'améliorer la formation initiale des étudiants en pharmacie et en médecine, en y intégrant d'avantage de formation sur l'écoute du patient.

4. Quels sont vos droits ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

5. REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

Attention, ce questionnaire est imprimé de façon recto-verso.

Merci de répondre spontanément aux questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, cochez ou entourez la réponse correspondant le mieux à ce que vous pensez ou ressentez. La durée de remplissage est estimée à environ 15 minutes.

Nous vous remercions pour votre attention et pour votre participation.

Partie à remplir par le patient

Votre profil

Votre âge : ans

Votre genre :

Féminin

Masculin

Autre

Habitez-vous seul·e :

Oui

Non

Votre niveau de diplôme :

Aucun diplôme

Brevet des collèges

Certificat d'étude

BEP/CAP

Baccalauréat

Licence

Master

Doctorat

Autre (préciser) :

.....

Votre situation professionnelle :

En activité

Étudiant·e

Sans emploi

Retraité·e

Votre gestion des émotions :

Merci de répondre spontanément à **chacune des questions suivantes** en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y ni bonnes, ni mauvaises réponses, nous sommes tous différents à ce niveau.

En général	Pas du tout	Plutôt pas	Moyennement	Plutôt	Tout à fait
Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens	1	2	3	4	5
Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché·e	1	2	3	4	5
J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens	1	2	3	4	5
Quand je suis triste, il m'est facile de me remettre de bonne humeur	1	2	3	4	5
Lorsque je suis confronté·e à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme	1	2	3	4	5

Consommez-vous régulièrement :

Alcool (y compris bière et vin) Tabac Cannabis Autre·s (préciser)

.....
.....

Prise des traitements

Voici une série de questions sur votre prise de traitement. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Qui récupère vos traitements en pharmacie ?

Vous-même (seul·e ou accompagné·e) Aidant familial Infirmier·e / Autre aidant

Comment gérez-vous vos traitements à domicile (pour leurs préparations ou leurs prises) ?

Vous-même Aidant familial Infirmier·e / Autre aidant

Sur les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté votre **médecin généraliste** (et non un interne) ?

1 fois 2 ou 3 fois 4 à 6 fois 7 à 12 fois Plus de 12 fois

Sur les 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à la **pharmacie** ?

1 fois 2 ou 3 fois 4 à 6 fois 7 à 12 fois Plus de 12 fois

Votre Profil de santé

Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. **Pour chacune de ces questions, cochez la réponse qui vous convient le mieux.** Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

		OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	NON ce n'est pas mon cas
1	Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Au fond, je suis bien portant·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je suis content·e de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI		Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8	Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS		Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Vous avez été triste ou déprimé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vous avez été tendu·e ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS		Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15	Vous avez rencontré des parents ou des ami·e·s (conversation, visite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association, etc.) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS		Pas du tout	1 – 4 jours	5 – 7 jours
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La communication avec votre pharmacien

Merci d'évaluer à présent les phrases suivantes à la lumière des échanges que vous avez habituellement avec

votre pharmacien·ne d'officine (ou un membre de son équipe), en entourant la réponse qui convient (**chiffre** ou "ne s'applique pas").

Comment était votre **pharmacien·ne** pour ce qui est de :

	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	Excellent	
Vous faire sentir à l'aise (<i>être amical·e et chaleureux·se avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid·e ou brusque</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous laisser raconter votre "histoire" (<i>vous donner du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne pas vous interrompre ou ne pas vous distraire</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vraiment vous écouter (<i>être attentif(ive) à ce que vous dites ne pas être distrait·e pendant que vous parlez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Être intéressé·e par vous comme une personne entière (<i>demander ou savoir des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, ne pas vous traiter comme un numéro</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Comprendre complètement vos préoccupations (<i>communiquer ce qu'il ou elle a compris de vos préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous démontrer de l'attention et de la compassion (<i>sembler véritablement préoccupé·e par votre situation, être en lien avec vous sur le plan humain, ne pas être indifférent·e ou détaché·e</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Etre positif(ive) (<i>avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négatif(ive) concernant votre problème</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Expliquer les choses clairement (<i>répondre pleinement à vos questions, vous donner des renseignements adéquats, ne pas être vague</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous aider à prendre le contrôle (<i>explorer avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Faire un plan d'action avec vous (<i>discuter avec vous des possibilités, vous permettre de vous impliquer dans les décisions autant que vous le désirez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Avez-vous déjà participé à un ou plusieurs entretiens pharmaceutiques (Asthme ou anticoagulants) avec votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	

La communication avec votre médecin

Merci d'évaluer à présent les phrases suivantes à la lumière des échanges que vous avez eus avec votre médecin généraliste (celui qui vous suit habituellement et vous a fait part de cette étude), en entourant la réponse qui convient (**chiffre ou "ne s'applique pas"**). Comme toutes les autres, ces données ne seront pas consultées par votre soignant.

Comment était votre médecin généraliste pour ce qui est de :

	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	Excellent	
Vous faire sentir à l'aise (<i>être amical-e et chaleureux-se avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid-e ou brusque</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous laisser raconter votre "histoire" (<i>vous donner du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne pas vous interrompre ou ne pas vous distraire</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vraiment vous écouter (<i>être attentif(ive) à ce que vous dites ne pas être distrait-e pendant que vous parlez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Être intéressé-e par vous comme une personne entière (<i>demander ou savoir des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, ne pas vous traiter comme un numéro</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Comprendre complètement vos préoccupations (<i>communiquer ce qu'il ou elle a compris de vos préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous démontrer de l'attention et de la compassion (<i>sembler véritablement préoccupé-e par votre situation, être en lien avec vous sur le plan humain, ne pas être indifférent-e ou détaché-e</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Etre positif(ive) (<i>avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négatif(ive) concernant votre problème</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Expliquer les choses clairement (<i>répondre pleinement à vos questions, vous donner des renseignements adéquats, ne pas être vague</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous aider à prendre le contrôle (<i>explorer avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Faire un plan d'action avec vous (<i>discuter avec vous des possibilités, vous permettre de vous impliquer dans les décisions autant que vous le désirez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Combien de temps a duré votre dernière consultation avec votre <u>médecin généraliste</u> ? (<i>merci d'indiquer un chiffre</i>)	Temps de la dernière consultation :					
 minutes					

IMPACT DE LA TENUE VESTIMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

1. Je pense que la tenue vestimentaire d'un médecin généraliste compte dans le cadre d'une consultation :

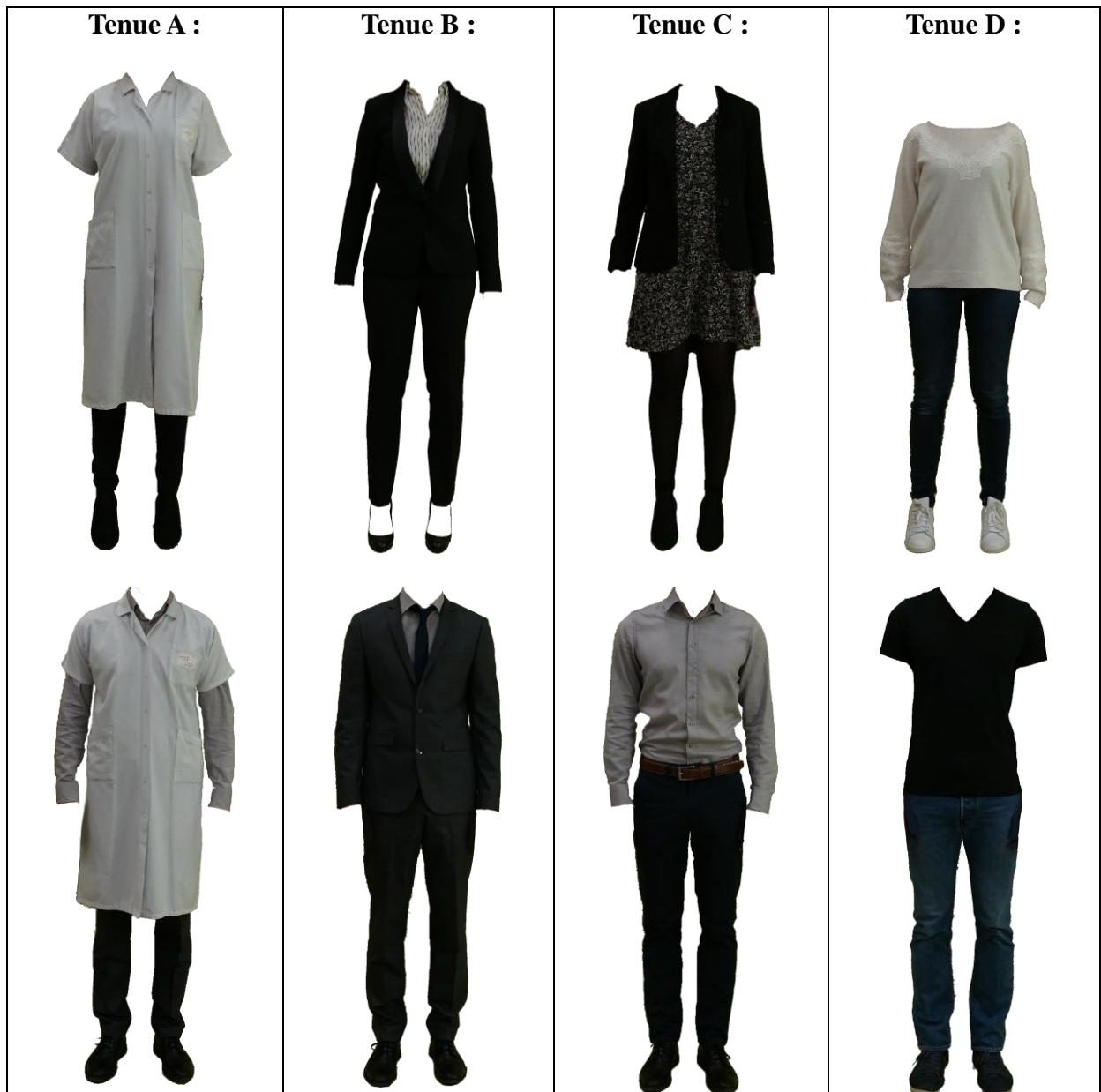
- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

2. Je pense que je me sentirais plus écouté·e et compris·e par un·e médecin portant la tenue :

- Tenue A Tenue B Tenue C Tenue D

3. Je pense que je suivrais davantage un traitement prescrit par un·e médecin portant la tenue :

- Tenue A Tenue B Tenue C Tenue D



Merci pour votre participation !

Enquête sur l'empathie des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine

Partie à remplir par le **professionnel de santé**

Vos nom et prénom :

De combien de **pathologies chroniques** votre patient est-il atteint ?

Indiquez de quel(s) appareil(s) elle(s) relève(nt) :

1. Cardiaque (cœur uniquement) <input type="checkbox"/>	2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité ; les lésions organiques sont cotées séparément) <input type="checkbox"/>
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions) <input type="checkbox"/>	4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx) <input type="checkbox"/>
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx) <input type="checkbox"/>	6. Appareil gastro-intestinal supérieur (œsophage, estomac et duodénum ; pancréas ; hors diabète) <input type="checkbox"/>
7. Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies) <input type="checkbox"/>	8. Hépatique (foie et voies biliaires) <input type="checkbox"/>
9. Rénal (uniquement les reins) <input type="checkbox"/>	10. Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital) <input type="checkbox"/>
11. Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau) <input type="checkbox"/>	12. Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs ; hors démence) <input type="checkbox"/>
13. Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde, seins, infections systémiques, intoxications) <input type="checkbox"/>	14. Troubles psychiatriques/comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire) <input type="checkbox"/>

Quelle est la pathologie prédominante :

.....
.....
.....

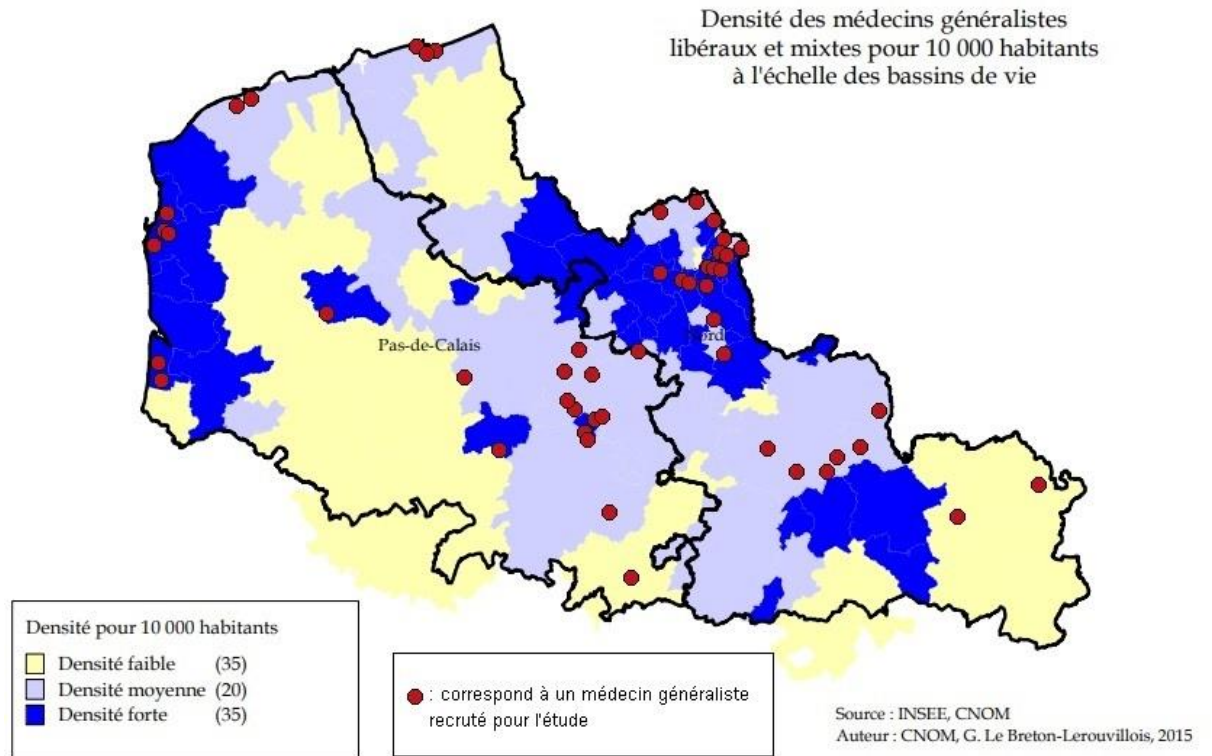
Indiquez la date de début de la pathologie chronique la plus ancienne :

Nombre de traitements pris au long cours par le patient :

Le motif principal de cette consultation était-il lié aux pathologies chroniques de votre patient ?

Oui Non

Annexe 8 : Densité de médecins dans le NPdC et médecins recrutés pour l'étude



AUTEUR : Nom : ROUHIER

Prénom : Marie-Anne

Date de soutenance : 25/06/2020

Titre de la thèse : Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient, étude transversale auprès de patients du Nord-Pas-de-Calais atteints de maladie chronique

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : empathy, general practitioners, clothing/psychologie, physician-patient relation, patient-centered care

Résumé :

Contexte : De nombreuses études se sont intéressées à l'impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste au cours de la consultation : préférence des patients, confiance accordée au médecin ou à sa prescription. Une seule étude s'est intéressée au lien entre la tenue vestimentaire du médecin et son impact sur l'empathie perçue par le patient : Coréenne, elle n'est pas extrapolable à notre population.

Méthode : Etude transversale, descriptive, non interventionnelle, menée dans la région Nord-Pas-de-Calais. La population comporte 50 clusters. Chaque cluster est un médecin généraliste, recrutant 20 patients atteints d'une pathologie chronique. La tenue du médecin est évaluée par l'investigateur, selon 4 catégories. L'empathie perçue par le patient est évaluée par le questionnaire CARE.

Résultats : On ne retrouve pas de résultat significatif concernant le lien entre une des tenues vestimentaires et le score CARE total. Cependant, le port d'une tenue semi-formelle est corrélé à une baisse du sous-score CARE écoute, par rapport au port d'une blouse blanche ou d'une tenue formelle (pente -1.3, IC95% [-2.5 ; -0.1], p=0.03). Un autre élément de la tenue, le port de lunettes, est associé de façon significative à une baisse de l'empathie perçue par le CARE total (pente -1.7, IC95% [-3.1 ; -0.2], p=0.02).

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur JARDRI Renaud

Assesseurs :

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Madame le Docteur TILLY Anita

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DESCAMPS Axel