



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etre Maître de Stage Universitaire influence-t-il l'empathie du médecin généraliste perçue par les patients : étude transversale réalisée auprès des patients de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2021, à 18 heures  
Au Pôle Formation  
**Par Elise LALLEMANT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseur :**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**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.**



## Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CARE	Consultation And Relational Empathy
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DMG	Département de Médecine Générale
HTA	Hypertension Artérielle
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
ORL	Oto-rhino-laryngologie
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
S-PEC	Short-Profile of Emotional Competence
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

# Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
I. L'EMPATHIE .....	2
II. MAITRISE DE STAGE UNIVERSITAIRE .....	6
III. OBJECTIF .....	8
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>10</b>
I. TYPE D'ETUDE.....	10
II. POPULATION .....	10
III. PROCEDURE DE RECRUTEMENT .....	12
IV. QUESTIONNAIRES.....	13
V. ANALYSE STATISTIQUE .....	15
VI. ASPECT REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE .....	16
<b>RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
I. DONNEES ANALYSEES.....	18
II. STATISTIQUES DESCRIPTIVES .....	18
III. LES FACTEURS PREDICTIFS DU SCORE CARE .....	25
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>33</b>
I. RAPPEL DU RESULTAT PRINCIPAL .....	33
II. REPRESENTATIVITE DES POPULATIONS.....	33
III. RESULTAT PRINCIPAL ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE .....	35
IV. VARIABLES « PATIENT » INFLUENÇANT L'EMPATHIE .....	38
V. VARIABLES « MEDECIN » INFLUENÇANT L'EMPATHIE.....	42
VI. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	44
VII. CONFLITS D'INTERET .....	46
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b> .....	<b>47</b>

---

<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>55</b>
I. ANNEXE 1 : CURSUS FORMATION A LA MAITRISE DE STAGE.....	55
II. ANNEXE 2 : PROTOCOLE DE L'ETUDE E.M.P.A.TH.I.E.S.....	56
III. ANNEXE 3 : GUIDE DE RECRUTEMENT TELEPHONIQUE DU MG .....	70
IV. ANNEXE 4 : GUIDE DE RECRUTEMENT PRESENTIEL DU MG .....	71
V. ANNEXE 5 : CONSENTEMENT DU MG .....	72
VI. ANNEXE 6 : GUIDE DE RECRUTEMENT DES PATIENTS .....	74
VII. ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE MG .....	76
VIII. ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE PATIENT.....	77

---

## Résumé

**Contexte** : L'empathie est un élément majeur dans le développement de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Elle fait partie des facteurs prédictifs indépendants des mesures sur le bien-être chez le patient. En outre, certaines études ont montré que l'empathie permet un meilleur contrôle des pathologies chroniques comme dans le diabète ou l'hypertension artérielle. Par ailleurs, l'impact positif de l'empathie est connu chez le soignant et certaines études suggèrent que la supervision clinique chez les médecins peut améliorer l'empathie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'éventuel impact du statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient atteint de pathologie chronique consultant en soins primaires.

**Méthode** : Etude transversale, descriptive, observationnelle, menée dans le Nord-Pas-de-Calais. 50 médecins ont été tirés au sort (25 MSU et 25 non-MSU). Chaque médecin devait recruter 20 patients atteints de pathologie chronique répondant aux critères d'inclusion. L'empathie du médecin ressentie par le patient était évaluée par le score CARE. L'analyse statistique a été effectuée selon un modèle de régression linéaire hiérarchique.

**Résultats** : Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre le statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste et leur empathie perçue par le patient.

Ce résultat était observé aussi bien sur le score CARE total (pente à  $-0,6$  ; IC95%  $[-1,8 ; 0,7]$ ,  $p = 0,37$ ) que sur les sous-scores CARE « écoute » (pente à  $-0,0$  ; IC95%  $[-0,8 ; 0,8]$ ,  $p = 0,98$ ) et « action » (pente à  $-0,1$  ;  $[-0,7 ; 0,5]$ ,  $p = 0,77$ ).

**Conclusion** : Le statut MSU du médecin généraliste n'influencerait donc pas négativement l'empathie perçue par le patient. L'impact positif de maîtrise de stage, sur un plan psycho-affectif notamment, avait déjà été mis en évidence par Jarno-Josse et al. Or, nous savons que le bien-être des médecins contribue à favoriser les comportements empathiques. Ainsi, nous ne pouvons qu'encourager les médecins généralistes à se lancer dans la formation aux futurs médecins.

# Introduction

## I. L'empathie

### A. Définition

L'empathie est un concept provenant de la philosophie esthétique allemande de la seconde moitié du XIXème siècle. Ce concept est issu du terme « *einführung* » et est défini par Rober Vischer comme étant le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art pour comprendre son sens. (1)

C'est à la fin du XIXème-début du XXème siècle que l'empathie prend le sens que nous lui connaissons grâce au philosophe et psychologue Theodor Lipps, et que le terme « *empathy* » est traduit par le psychologue anglais Edward Titchener à partir de l'étymologie grecque « *pathos* » signifiant la souffrance ou la maladie mais également la passion. (2)

L'empathie devient alors la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. (3)

Le psychologue américain Carl Rogers considère l'empathie comme étant fondamentale au développement d'une approche centrée sur la personne par le thérapeute. (4,5) Rudebeck fait référence à l'empathie comme l'imagination interpersonnelle pour comprendre les sentiments du patient et son rapport à la maladie. (6)

Enfin, Mercer et Reynold proposent de définir l'empathie comme étant un concept complexe et multidimensionnel défini comme la capacité du médecin à comprendre la situation, le point de vue et les sentiments du patient ; sa capacité à communiquer



cette compréhension et vérifier sa précision ; et agir en conséquence pour servir à la prise en charge thérapeutique. (7)

L'empathie est souvent amalgamée aux concepts de sympathie, de compassion et d'altruisme.

L'empathie et la sympathie sont essentielles au développement des interactions sociales. Si l'empathie fait référence à la compréhension des états émotionnels d'autrui, la sympathie est la capacité à ressentir et partager les émotions d'autrui. (8,9)

La compassion est portée sur la souffrance d'autrui et la volonté d'aider la personne qui souffre. (9) L'altruisme est un comportement désintéressé ayant pour but d'accroître le bien-être d'autrui. (10)

## **B. Déterminants de l'empathie**

L'empathie est déterminée par des facteurs affectifs (capacité à ressentir les états affectifs d'autrui) et cognitifs (comprendre les pensées et intentions d'autrui) mais implique également une composante comportementale. (11)

- **L'empathie émotionnelle**

L'empathie émotionnelle est la tendance d'un individu à ressentir une émotion isomorphe à celle d'autrui. En neurosciences cognitives, il a été montré qu'il existe un mécanisme d'imitation d'une expression faciale permettant de déclencher une émotion chez l'observateur induisant alors l'identification de cette émotion. Le système de neurones miroirs, initialement décrit dans le décodage des intentions, permettrait une représentation partagée et stimulerait de manière automatique l'émotion pour accéder à sa signification. (12)

- **L'empathie cognitive**

L'empathie cognitive permet à l'observateur de se distinguer d'autrui, d'adopter sa perspective et lui attribuer des pensées et des émotions. Elle implique des structures communes avec la théorie de l'esprit et notamment le cortex préfrontal médian, la jonction temporo-pariétale et le sulcus temporal supérieur. L'empathie cognitive implique également une inférence émotionnelle mettant en jeu le cortex fronto-polaire et ventro-médian. (12)

- **Composante comportementale**

En ce qui concerne la composante comportementale de l'empathie, Silvester et al ont montré qu'un mode de communication ouvert et réassurant était positivement associé à l'empathie. (11)

### **C. Impact de l'empathie pour les patients**

Plusieurs études ont montré que l'empathie constitue un élément majeur dans le développement de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient. (13,14)

De plus, la perception d'une meilleure relation médecin-patient est associée à de meilleurs résultats sur les scores de bien-être et l'empathie fait partie des facteurs prédictifs indépendants des mesures sur le bien-être (15,16)

L'empathie induit une meilleure satisfaction et une moindre inquiétude de la part du patient, elle améliore l'éducation et la participation du patient et a donc des effets positifs sur la précision du diagnostic et l'adhésion thérapeutique. Par ailleurs, l'empathie est associée à une meilleure connaissance des symptômes, des symptômes moins nombreux et moins sévères. (13,16–20)

Plusieurs études ont montré l'impact positif de l'empathie dans la prise en charge

de patients souffrant de pathologies chroniques. Par exemple, en ce qui concerne le diabète, une association significative entre l'empathie et les mesures objectives du diabète telle que l'hémoglobine glyquée, mais également l'incidence des complications telles que l'acidocétose diabétique et le coma hyper-osmolaire ont été mises en évidence. (21,22)

Une meilleure empathie serait également associée à un meilleur contrôle de la pression artérielle et, chez les patients migraineux, elle permettrait une diminution de l'invalidité liée aux épisodes douloureux et une meilleure compliances aux règles hygiéno-diététiques. (23,24)

#### **D. Impact de l'empathie pour les soignants**

Au-delà de l'impact sur la relation avec le patient, l'empathie est associée aux sentiments d'accomplissement, de satisfaction, de réussite et de fierté concernant l'exercice professionnel. Elle constitue également une défense contre la dépression, la fatigue de compassion et le burnout. (25,26)

#### **E. Facteurs influençant l'empathie**

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer l'empathie du soignant. Les compétences émotionnelles du patient ont déjà montré leur impact dans l'évaluation de l'empathie du médecin. (27,28)

Par ailleurs, les études comprenant une plus grande proportion de femmes retrouvent, en moyenne, des scores d'empathie plus élevés. (29) Le bien-être du médecin contribue également à améliorer son empathie. (25,26,30) En outre, les médecins exerçant dans des milieux plus défavorisés auraient de plus faibles score

d'empathie. (16)

A notre connaissance, une seule étude a étudié le lien entre l'empathie mesurée par la CARE et la présence ou non d'un étudiant lors de la consultation. Cette étude a montré une association significative et négative entre l'empathie et la présence d'un étudiant lors de la consultation. (31) En revanche, l'étude de Lelorain et al permet d'évoquer un impact positif de la supervision clinique sur l'empathie des médecins. (32)

## **II. Maîtrise de stage universitaire**

### **A. Formation des MSU**

En France, un médecin généraliste qui souhaite devenir Maître de Stage Universitaire doit remplir plusieurs critères généraux (33). Il doit notamment se former à la pédagogie en suivant les différentes formations du cursus de maîtrise de stage (annexe 1). Ces formations permettent au MSU d'acquérir les compétences nécessaires au développement des compétences de l'interne et à l'évaluation de ses performances. Cela comprend la gestion de la relation entre le MSU, l'interne et le patient et l'organisation de la consultation, mais également la création d'une relation superviseur-supervisé facilitant l'apprentissage avec l'application d'une rétroaction constructive et efficace. En ce qui concerne l'interne en SASPAS, l'objectif général de la formation du MSU est d'acquérir les habilités permettant de certifier les compétences du futur médecin généraliste. (34)

## **B. Implication dans la vie universitaire**

Un médecin généraliste souhaitant devenir MSU doit accepter le règlement ou la charte des enseignants de la faculté concernée et accepter le principe d'une évaluation et d'une formation régulière.

Par ailleurs, la présence d'un interne en SASPAS permet au MSU de libérer du temps en dehors du cabinet médical qu'il convient d'occuper en respectant son engagement pédagogique envers le DMG en participant, par exemple, aux enseignements dirigés, au tutorat ou à la direction de thèse. (35)

## **C. Impact de la maîtrise de stage**

Dans une revue systématique de la littérature, Jarno-Josse et al recensent six types d'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des médecins généralistes. (36)

Sur le plan psychoaffectif, la maîtrise de stage engendrerait une satisfaction liée à la transmission de son savoir, préviendrait du burnout et améliorerait la relation avec le patient. Sur le plan cognitif, elle permettrait de stimuler et motiver au développement professionnel. Sur le plan psychomoteur, elle modifierait la dynamique de la consultation avec une plus grande partie de la consultation consacrée à l'histoire du patient et au raisonnement clinique. Sur le plan métacognitif, elle permettrait d'adopter une pratique plus réflexive. En ce qui concerne la qualité des soins, elle permettrait une meilleure gestion des situations compliquées. Sur le plan médico-économique, le temps de travail et la modification des revenus seraient variables selon l'implication du stagiaire.

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques sociodémographiques des MSU comparées à celles des non-MSU, en France. (37,38) Ces études ont montré que la population des MSU était globalement représentative de la population des médecins généralistes français.

En termes de pratique médicale, ces études soulèvent des différences notamment en ce qui concerne les prescriptions. Les MSU prescriraient plus de génériques et moins d'antibiotiques (37,39).

Elles montrent également des différences en ce qui concerne la prévention. Les MSU réaliseraient plus de frottis cervico-utérins, assureraient une meilleure couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, et leurs patients auraient un meilleur taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein et un meilleur suivi de leur diabète via le dosage de l'HbA1c. (37,40)

De plus, plusieurs études ont montré l'impact positif de la maîtrise de stage sur la satisfaction quant à l'expérience professionnelle, la diminution du stress mais également sur la qualité des soins et de la relation avec le patient. (37,40–42)

### **III. Objectif**

Plusieurs études tendent à montrer un impact positif de la maîtrise de stage sur la qualité des soins et la relation avec le patient. Une étude a montré un lien négatif entre la présence d'étudiants et l'empathie perçue par le patient.

Par ailleurs, le point de vue des patients concernant l'empathie des médecins est relativement peu étudié, et l'évaluation de l'empathie par les médecins est moins bonne que l'évaluation faite par leurs patients. (13)

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'éventuel impact du statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient atteint de pathologie chronique consultant en soins primaires.

## Matériels et méthodes

Le protocole complet de cette étude se trouve en annexe 2.

### I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, observationnelle.

### II. Population

#### A. Population 1 : les médecins généralistes

La population étudiée était celle des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sélectionnés à partir de deux listes.

Une liste des médecins généralistes a été obtenue par tirage au sort à partir d'une liste des médecins du Nord-Pas-de-Calais recensés par la maison de la recherche clinique.

Une liste des médecins généralistes MSU a été obtenue par tirage au sort à partir de la liste exhaustive des MSU en poste à cette date.

#### Les 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 médecin traitant d'au moins un patient porteur d'une pathologie chronique.

#### Les critères de non-inclusion étaient :



- Être médecin remplaçant,
- Être interne de médecine générale,
- Être maître de stage pour externes,
- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.

## **B. Population 2 : les patients atteints de pathologie chronique ayant déclaré le médecin généraliste comme étant leur médecin traitant**

### Les critères d'inclusion étaient :

- Être le patient d'un médecin recruté pour l'étude et avoir déclaré ce dernier comme médecin traitant,
- Être âgé de dix-huit ans ou plus,
- Être affilié à un régime de sécurité sociale,
- Être affecté d'une pathologie chronique évoluant depuis plus de six mois et nécessitant la prise régulière d'au moins un traitement.

### Les critères de non-inclusion étaient :

- Être dans l'incapacité de remplir le questionnaire seul,
- Être un patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

## **C. Nombre de sujet nécessaire**

Chaque médecin a été considéré comme un cluster pouvant inclure plusieurs patients. Il a été fixé l'inclusion de cinquante médecins (vingt-cinq MSU et vingt-cinq non MSU) recrutant chacun vingt patients. Ces effectifs ayant pour but de mettre en évidence une différence moyenne de cinq points, cliniquement pertinente, entre les

scores CARE d'empathie des médecins MSU et ceux des médecins non-MSU.

### **III. Procédure de recrutement**

#### **A. Recrutement des médecins**

Les investigateurs ont commencé par recruter les médecins généralistes par appel téléphonique et de façon consécutive, en suivant l'ordre des deux listes (MSU et non MSU) randomisées. L'étude leur était présentée selon un guide de recrutement prenant en compte les différents cas de figure (annexe 3).

Lorsque le médecin acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous présentiel était convenu avec l'investigateur durant lequel étaient rappelés l'objectif de l'étude et le protocole de recrutement des patients (annexe 4).

Le médecin signait le formulaire de consentement (annexe 5), récupérait une urne et les questionnaires à remettre au patient et recevait un guide de recrutement du patient (annexe 6).

Lors de cette rencontre, l'investigateur remplissait avec le médecin le questionnaire le concernant (annexe 7).

En l'absence de réponse de la part du médecin ou du secrétariat, il était effectué une relance téléphonique tous les trois jours pendant deux semaines. Après cela, le médecin était considéré comme refusant de participer à l'étude.

#### **B. Recrutement des patients**

Les patients étaient recrutés par le médecin au décours d'une consultation. Le médecin ne devait pas recruter de patient en présence d'un interne et l'interne en

supervision indirecte ne pouvait pas recruter de patient.

Chaque patient dont les critères d'inclusion étaient remplis, devait se voir proposer de participer à l'étude, de façon consécutive.

Lorsque le patient acceptait de participer à l'étude, le médecin remplissait, en sa présence, la dernière page du questionnaire concernant les pathologies et les traitements du patient (annexe 8, page 7). Le patient était ensuite invité à remplir le reste du questionnaire (annexe 8, page 1 à 6) en salle d'attente et à déposer le questionnaire complété dans l'urne scellée mise à disposition.

Le médecin investigateur tenait un registre des patients refusant l'inclusion.

### **C. Lieu et durée d'étude**

L'étude a eu lieu dans les cabinets de consultation et les salles d'attente des médecins du Nord-Pas-de-Calais participant à l'étude.

Le recrutement des médecins et des patients a eu lieu entre le 1er février 2019 et le 30 octobre 2020.

Les différentes phases de l'étude sont détaillées dans le protocole (annexe 2, page 11)

## **IV. Questionnaires**

### **A. Questionnaire médecin**

Le questionnaire médecin (annexe 7) était nominatif afin de pouvoir mettre en relation les données de ce questionnaire et celles des questionnaires de sa patientèle. Il reprenait notamment son statut vis-à-vis de la maîtrise de stage, ses caractéristiques

sociodémographiques et les caractéristiques de son activité. Le questionnaire était secondairement pseudonymisé.

## **B. Questionnaire patient**

La dernière page du questionnaire était remplie par le médecin en présence du patient. Elle reprenait les pathologies chroniques dont souffrait le patient selon la classification CIRS ainsi que le nombre de traitements pris au long cours par le patient.

Le questionnaire patient (annexe 8) était anonyme. Il reprenait notamment, les caractéristiques sociodémographiques du patient, ses compétences émotionnelles mesurées par les principaux items du questionnaire S-PEC (43), son profil de santé avec les scores de Duke (44), son observance thérapeutique avec le score de Girerd (45) ainsi que l'empathie ressentie de la part de son médecin traitant, que ce soit au cours de la consultation actuelle, mais également lors les consultations précédentes, mesurée par le questionnaire CARE (46).

Les compétences émotionnelles étaient évaluées par les 6 items principaux du questionnaire S-PEC. Chaque item était coté de 1 à 5. Le score était donc compris entre 5 et 25 points.

Les scores de Duke constituent un outil d'évaluation de la santé et de la qualité de vie du patient. Chaque score était compris entre 0 et 100 points. Si l'un des 17 items était manquant, le questionnaire était exclu.

Plus le score est élevé, meilleure est la santé du patient en ce qui concerne les scores de de santé physique, santé mentale, santé sociale, santé générale, santé

perçue et l'estime de soi.

En revanche, en ce qui concerne les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité, plus le score est élevé, moins bonnes sont la santé et la qualité de vie du patient.

Le score de Girerd était évalué sur 6 items puis catégorisé en observance « bonne », « moyenne », ou « mauvaise » correspondant respectivement à 0, 1 ou 2 points.

Le score d'empathie CARE était composé de 10 items coté de 1 à 5. Le score total était la somme de ces 10 items. Lorsqu'une valeur était manquante, elle était remplacée par la moyenne des 9 items répondus. Lorsqu'il manquait deux valeurs, elles étaient remplacées par la moyenne des 8 items répondus. S'il manquait plus de deux valeurs, le questionnaire était exclu. Le sous-score CARE « écoute » correspondait à la somme des items 1 à 6. Le sous-score CARE « action » correspondait à la somme des items 7 à 10.

## **V. Analyse statistique**

Les analyses ont été prises en charge par la plateforme 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.

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 vs. le 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%.

## **VI. Aspect réglementaire et éthique**

L'étude a été déclarée à la CNIL par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille le 26 octobre 2018.

Les médecins ont signé un formulaire de consentement (annexe 5) après avoir reçu les informations sur l'objectif de l'étude et ses modalités par les investigateurs.

En accord avec le délégué à la protection des données, les patients n'ont pas signé de formulaire de consentement afin de préserver leur anonymat. Leur consentement était considéré comme acquis dans la mesure où ils remplissaient le

questionnaire.

Un avis favorable a été émis par le Comité d'éthique en sciences comportementales de l'Université de Lille 28 janvier 2021.

## Résultats

### I. Données analysées

Les données de 813 patients ont été recueillies. Celles de 25 patients ont été exclues, car il manquait les renseignements concernant les pathologies chroniques. Les données de 36 patients pour lesquels le score CARE total était manquant ont également été exclues. Au final, les données de 752 patients ont été incluses dans l'analyse.

### II. Statistiques descriptives

#### A. Caractéristiques des médecins généralistes

Le tableau 1 présente les caractéristiques des médecins généralistes.

Effectif total de MG (n=50)

Caractéristiques sociodémographiques	
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	



	0 : Zone hors vivier	35 (70%)
	1 : ZAC	12 (24%)
	2 : ZIP	3 (6%)
Zone d'exercice urbaine		38 (79%)
Type d'activité		
	0 : Libérale	42 (84%)
	1 : Salariée	0 (0%)
	2 : Mixte	8 (16%)
Type de cabinet		
	0 : Cabinet seul	17 (34%)
	1 : Cabinet de groupe	25 (50%)
	2 : MSP	7 (14%)
	3 : Autre	1 (2%)
RIAP		5772 ± 2169
Temps moyen de consultation (minutes)		15 [15 ; 20]
<b>Tenue vestimentaire/apparence</b>		
Tenue		
	0 : Blouse	3 (6%)
	1 : Formel	3 (6%)
	2 : Semi formel	27 (54%)
	3 : Casual	17 (34%)
Tatouage		0 (0%)
Piercing		1 (2%)
Lunettes		31 (62%)

Tableau 1. **Caractéristiques des médecins généralistes.** MG : Médecins Généralistes ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; ZAC : Zone d'Action Complémentaire ; ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ; MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription.

## B. Caractéristiques des MSU

Les caractéristiques des médecins généralistes MSU sont présentées dans le tableau 2.

	Non MSU (n=25)	MSU (n=25)
Genre féminin	8 (32%)	3 (12%)
Âge (années)	45 [36 ; 56]	59 [49 ; 64]
Délai depuis la fin d'études (années)	15 [7 ; 29]	33 [21 ; 37]
Délai depuis l'installation (années)	10 [4 ; 14]	32 [20 ; 35]
Participation à des groupes de pairs	5 (20%)	7 (28%)
Zonage		
0 : Zone hors vivier	18 (72%)	17 (68%)
1 : ZAC	6 (24%)	6 (24%)
2 : ZIP	1 (4%)	2 (8%)
Zone d'exercice urbaine	22 (88%)	16 (70%)
Type d'activité		
0 : Libérale	24 (96%)	18 (72%)
1 : Salariée	0 (0%)	0 (0%)
2 : Mixte	1 (4%)	7 (28%)
Type de cabinet		
0 : Cabinet seul	7 (28%)	10 (40%)
1 : Cabinet de groupe	14 (56%)	11 (44%)
2 : MSP	4 (16%)	3 (12%)
3 : Autre	0 (0%)	1 (4%)
RIAP	5493 ± 2085	6050 ± 2264
Temps moyen de consultation (minutes)	15 [15 ; 18]	15 [15 ; 20]
Tenue		
0 : Blouse	1 (4%)	2 (8%)

	1 : Formel	1 (4%)	2 (8%)
	2 : Semi formel	11 (44%)	16 (64%)
	3 : Casual	12 (48%)	5 (20%)
Tatouage		0 (0%)	0 (0%)
Piercing		1 (4%)	0 (0%)
Lunettes		14 (56%)	17 (68%)
Moustaches et/ou barbe		7 (28%)	12 (48%)
Nombre de refus pour la participation à l'étude		1 [0 ; 3]	0 [0 ; 2]

Tableau 2. **Caractéristiques des médecins généralistes MSU et non-MSU.** MSU : Maître de Stage Universitaire ; ZAC : Zone d'Action Complémentaire ; ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ; MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription.

### C. Caractéristiques des patients

Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 3.

		Effectif total de patients (n=752)
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
Âge (années)		62 ± 14
Genre		
	0 : Masculin	349 (47%)
	1 : Féminin	400 (53%)
	2 : Autre	1 (<1%)
Le patient habite seul		169 (23%)
Niveau de diplôme		
	0 : Aucun diplôme	68 (9%)
	1 : Brevet des collèges	32 (4%)
	2 : Certificat d'études	119 (16%)

3 : BEP/CAP	239 (32%)
4 : Baccalauréat	134 (18%)
5 : Licence	41 (6%)
6 : Master	39 (5%)
7 : Doctorat	13 (2%)
8 : Autre	59 (8%)
<b>Situation professionnelle</b>	
0 : En activité	204 (27%)
1 : Étudiant·e	8 (1%)
2 : Sans emploi	100 (13%)
3 : Retraité·e	430 (58%)
<b>Compétences émotionnelles (de 5 à 25 points)</b>	
Score compétences émotionnelles (points)	18 ± 3
<b>Consommations de toxiques</b>	
Consommation régulière d'alcool	222 (30%)
Consommation régulière de tabac	111 (15%)
Consommation régulière de cannabis	6 (<1%)
<b>Gestion de la santé</b>	
Score de Girerd (points)	1 [0 ; 2]
<b>Sujet prenant les traitements en pharmacie</b>	
0 : Patient	710 (96%)
1 : Aidant familial	23 (3%)
2 : Infirmier·e / autre aidant	4 (<1%)
<b>Sujet gérant les traitements à domicile</b>	
0 : Patient	715 (97%)
1 : Aidant familial	16 (2%)
2 : Infirmier·e / autre aidant	9 (1%)
<b>Nombre de consultations chez le MG cette année</b>	
0 : 1 fois	

1 : 2 à 3 fois	15 (2%)
2 : 4 à 6 fois	91 (12%)
3 : 7 à 12 fois	349 (47%)
4 : > 12 fois	198 (27%)
	91 (12%)
Temps de la dernière consultation (minutes)	20 [15 ; 20]
<b>Score Duke (de 0 à 100 points)</b>	
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%)

Tableau 3. **Caractéristiques des patients.** *BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles, CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles.* Les compétences émotionnelles ont été évaluées par les items principaux de la Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). Un score élevé sur la santé physique, mentale, sociale, générale, perçue et sur l'estime de soi correspond à une meilleure qualité de vie. Un score

élevé sur l'anxiété, la dépression, la douleur et l'incapacité correspond à une moins bonne qualité de vie du patient.

## D. Caractéristiques des pathologies des patients

Les caractéristiques des pathologies affectant les patients sont regroupées dans le tableau 4.

Nombre médian de pathologies chroniques	2 [1 ; 3]
<b>Appareils concernés</b>	
1. Cardiaque	198 (26%)
2. HTA	381 (51%)
3. Vasculo-hématopoïétique	69 (9%)
4. Respiratoire	112 (15%)
5. Ophtalmologique et ORL	43 (6%)
6. Gastro-intestinal supérieur	50 (7%)
7. Gastro-intestinal inférieur	60 (8%)
8. Hépatique	25 (3%)
9. Rénal	31 (4%)
10. Génito-urinaire	55 (7%)
11. Téguments musculo-squelettiques	148 (20%)
12. Nerveux central et périphérique	63 (8%)
13. Endocrino-métabolique	316 (42%)
14. Troubles psychiatriques/comportementaux	104 (14%)
Délai médian depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (années)	12 [7 ; 20]
Nombre médian de traitements pris au long cours	4 [2 ; 6]
Consultation liée aux pathologies chroniques du patient	612 (82%)

Tableau 4. **Caractéristiques des pathologies des patients.** HTA : hypertension artérielle, ORL : Oto-rhino-laryngologie.

## E. Le score CARE

Les moyennes du score CARE total et des sous-scores ont été calculées sur l'effectif total de patients (n=752). Les résultats sont présentés dans le tableau 5.

	Score CARE MG	Données manquantes
Score CARE MG écoute (points)	27 [24 ; 30]	21
Score CARE MG action (points)	18 [16 ; 20]	42
Score CARE MG total (points)	45 [39 ; 50]	0

Tableau 5. **Moyenne du score CARE total et des sous-scores « écoute » et « action ».**

## III. Les facteurs prédictifs du score CARE

### A. CARE total

Les données de 72 patients ont été exclues du fait de données manquantes sur les covariables (n =680). Les facteurs prédictifs du score CARE total sont présentés dans le tableau 6.

Variable	Pente	IC95%	p
<b>Variables patient</b>			
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	1,8	[0,9 ; 2,7]	<0,0001
Nombre de consultations chez le MG cette année			0,0007
1 fois	Réf.		
2 à 3 fois	3,2	[-0,5 ; 6,9]	
4 à 6 fois	4,0	[0,5 ; 7,6]	
7 à 12 fois	5,5	[1,9 ; 9,1]	

> 12 fois	6,1	[2,4 ; 9,8]	
Score Duke santé mentale (pour 10 points)	0,3	[0,1 ; 0,5]	0,02
Score Duke estime de soi (pour 10 points), pour un score ≤ 40 points	-1,4	[-2,6 ; -0,3]	0,02
Temps de la dernière consultation (pour 5 minutes)			
Pour un temps ≤ 20 minutes	2,2	[1,4 ; 3,1]	<0,0001
Pour un temps > 20 minutes	0,5	[0,1 ; 0,9]	0,03
Appareil concerné : gastro-intestinal supérieur	-2,2	[-4,2 ; -0,2]	0,03
Appareil concerné : génito-urinaire	-3,3	[-5,2 ; -1,3]	0,001
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
<b>Variables MG</b>			
Type de cabinet			0,048
Cabinet seul	Réf.		
Cabinet de groupe	1,8	[0,4 ; 3,2]	
MSP ou autre	1,3	[-0,6 ; 3,2]	
Port de lunettes	-1,5	[-2,9 ; -0,1]	0,04
MSU	-0,6	[-1,8 ; 0,7]	0,37

Tableau 6. **Facteurs prédictifs du score CARE total (analyse multivariée).** La pente donne la variation du score d'empathie (CARE) pour la variation indiquée de la covariable. Les compétences émotionnelles ont été évaluées par les items principaux de la Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). *MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; MSU : Maître de Stage Universitaire.*

- **Variables patient :**

Dans le modèle, le score CARE total était significativement et positivement associé au score de compétences émotionnelles, au score de Duke « santé mentale », au nombre de consultations chez le médecin généraliste pendant l'année à partir de 4 à 6 consultations par an et au temps de la consultation avec un effet seuil à 20 minutes.



En ce qui concerne les compétences émotionnelles, en moyenne, une augmentation de 5 points sur les scores de compétence émotionnelle était associée à une augmentation de 1,8 point sur les scores d'empathie ( $p < 0,0001$ ).

Pour chaque augmentation de 10 points au score Duke « santé mentale » le score d'empathie augmentait de 0,3 point ( $p = 0,02$ ). Ainsi, les patients rapportant une meilleure santé mentale percevaient leur médecin généraliste comme plus empathique.

En moyenne, les scores d'empathies des patients consultant 4 à 6 fois par an le médecin généraliste étaient plus élevés de 4,0 points (IC 95% [0,5 ; 7,6]) par rapport aux patients consultant une fois par an.

En moyenne, les scores d'empathies des patients consultant 7 à 12 fois par an étaient plus élevés de 5,5 points (IC95% [1,9 ; 9,1]) et ceux des patients consultant plus de 12 fois par an étaient plus élevés de 6,1 points (IC95% [2,4 ; 9,8]) par rapport aux patients consultant une fois par an. Ainsi, plus le nombre de consultations était important, plus l'empathie ressentie était élevée par rapport à des patients ne consultant qu'une fois par an.

Pour une consultation de 20 minutes ou moins, il était retrouvé une augmentation de 2,2 points au score d'empathie par tranche de 5 minutes de consultation supplémentaire ( $p < 0,0001$ ).

Le score CARE était significativement et négativement associé au score Duke « estime de soi », aux pathologies touchant l'appareil gastro-intestinal supérieur et l'appareil génito-urinaire et au délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne pour un délai inférieur ou égal à 20ans.

Pour un score Duke « estime de soi » inférieur ou égal à 40, chaque augmentation de 10 points était associée une diminution de 1,4 point du score d'empathie ( $p = 0,02$ ). Pour des patients rapportant une faible estime de soi, une augmentation de l'estime de soi était associée à une moindre empathie ressentie. Cette association n'était pas retrouvée pour des patients ayant des scores Duke « estime de soi » moyens et élevés.

Pour un délai depuis le diagnostic de la pathologie chronique la plus ancienne inférieur ou égal à 20 ans, on notait une diminution de 0,4 point sur le score d'empathie pour chaque période de 5 ans depuis le diagnostic ( $p = 0,04$ ). Ainsi, plus la durée dans la pathologie était longue, plus l'empathie ressentie diminuait avec un effet seuil à 20 ans.

- **Variables MG :**

Concernant les variables MG, le type de cabinet où exerçait le médecin était associé de façon significative au score d'empathie ( $p = 0,048$ ). Les scores d'empathie des patients consultant leur médecin au sein d'un cabinet de groupe étaient en moyenne plus élevés de 1,8 point (IC95% [0,4 ; 3,2]) par rapport à ceux des patients consultant leur médecin exerçant dans un cabinet seul.

Par ailleurs, les médecins portant des lunettes avaient des scores d'empathie inférieurs de 1,5 point en moyenne ( $p = 0,04$ ) par rapport aux médecins n'en portant pas.

Il n'a pas été mis en évidence de lien positif ou négatif, entre le statut MSU ou non-MSU et le score CARE total ( $p = 0,37$ ).

## B. CARE « écoute »

Les données de 81 patients ont été exclues du fait de données manquantes sur les covariables (n=671). Les facteurs prédictifs du sous-score CARE « écoute » sont présentés dans le tableau 7.

Variable	Pente	IC95%	p
<b>Variables patient</b>			
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	1,1	[0,6 ; 1,6]	<0,0001
Nombre de consultations chez le MG cette année			0,0007
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	2,9	[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
<b>Variables MG</b>			
Zonage			0,01
Zone hors vivier	Réf.		
ZAC	-1,1	[-2,0 ; -0,1]	
ZIP	1,3	[-0,1 ; 2,7]	
Port de lunettes	-1,0	[-1,9 ; -0,2]	0,02

Tenue		Réf.		
	Blouse ou formel			0,045
	Semi formel	-1,3	[-2,5 ; -0,1]	
	Casual	-0,5	[-1,8 ; 0,8]	
MSU		-0,0	[-0,8 ; 0,8]	0,98

Tableau 7. **Facteurs prédictifs du sous-score CARE « écoute » (analyse multivariée).** La pente donne la variation du score d'empathie (CARE) pour la variation indiquée de la covariable. Les compétences émotionnelles ont été évaluées par la Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). ZAC : Zone d'Action Complémentaire ; ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ; MSU : Maître de Stage Universitaire.

- **Variables patient :**

Le sous-score CARE « écoute » était significativement et positivement associé au score de compétence émotionnelle, au nombre de consultations chez le médecin durant l'année à partir de 7 à 12 consultations par an, et à la durée de la consultation.

Contrairement au score CARE total, il n'était pas retrouvé d'effet seuil pour des consultations de plus de 20 minutes, mais il était constaté une diminution de la pente avec une augmentation du score d'empathie dans sa composante « écoute » de 0,3 point par tranche de 5 minutes de consultation ( $p = 0,04$ ).

Le sous-score CARE « écoute » était significativement et négativement associé aux pathologies touchant l'appareil génito-urinaire ( $p < 0,0001$ ) et au délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne pour un délai inférieur ou égale à 20 ans.

- **Variable MG :**

Le zonage où exerçait le médecin était associé de façon significative au score d'empathie ( $p = 0,01$ ). En moyenne, les scores d'empathie des patients consultant en

ZAC étaient plus faibles de 1,1 point (IC95% [-2,0 ; -0,1]) par rapport à ceux consultant dans une zone hors vivier.

Il n'a pas été mis en évidence de lien, positif ou négatif, entre le statut MSU ou non-MSU et le sous-score CARE « écoute » ( $p = 0,98$ ).

### C. CARE « action »

Les données de 88 sujets ont été exclues du fait de données manquantes sur les covariables ( $n=664$ ). Les facteurs prédictifs du sous-score CARE « action » sont présentés dans le tableau 8.

Variable	Pente	IC95%	p
<b>Variables patient</b>			
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	0,8	[-0,8 ; 2,5]	
4 à 6 fois	1,2	[-0,4 ; 2,7]	
7 à 12 fois	1,8	[0,3 ; 3,3]	
> 12 fois	2,1	[0,5 ; 3,7]	
Temps de la dernière consultation (pour 5 minutes)			
Pour un temps $\leq$ 20 minutes	0,7	[0,4 ; 1,1]	<0,0001
Pour un temps $>$ 20 minutes	0,2	[0,0 ; 0,4]	0,01
Appareil concerné : génito-urinaire	-1,1	[-1,9 ; -0,2]	0,01
<b>Variables MG</b>			

Âge (pour 10 ans)	-0,3	[-0,5 ; -0,0]	0,04
MSU	-0,1	[-0,7 ; 0,5]	0,77

Tableau 8. **Facteurs prédictifs du sous-score CARE « action » (analyse multivariée).** La pente donne la variation du score d'empathie (CARE) pour la variation indiquée de la covariable. Les compétences émotionnelles ont été évaluées par la Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). MSU : *Maître de Stage Universitaire*.

- **Variables patient :**

Le sous-score CARE « action » était significativement et positivement associé au score de compétence émotionnelle, au nombre de consultations chez le médecin durant l'année à partir de 7 à 12 consultations par an, et à la durée de la consultation.

Le sous-score CARE « action » était significativement et négativement associé au fait que le patient habite seul ( $p = 0,01$ ) et aux pathologies touchant l'appareil génito-urinaire ( $p = 0,01$ ).

- **Variables MG :**

Une seule variable concernant le médecin était associée de façon significative et négative au sous-score CARE « action ». Les patients consultant des médecins plus âgés avaient en moyenne un score d'empathie plus faible avec une différence estimée de 0,3 point par 10ans d'âge du médecin (IC95% [-0,5 ; -0,0]).

Il n'a pas été mis en évidence de lien, positif ou négatif, entre le statut MSU et le sous-score CARE « action » ( $p = 0,77$ ).

## Discussion

### I. Rappel du résultat principal

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact éventuel du statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient atteint de pathologie chronique consultant en soins primaires.

Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre le statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste et leur empathie perçue par le patient.

Ce résultat était observé aussi bien sur le score CARE total que sur les sous-scores CARE « écoute » et « action ».

### II. Représentativité des populations

#### A. Population des médecins

Dans notre étude, les médecins avaient en moyenne 56 ans [38 ; 62]. Ce nombre est supérieur aux données moyennes nationales de 50,5 ans et à celles des données du Nord et du Pas-de-Calais, respectivement de 47,7 et 49,7 ans, en 2020. (47)

Le recrutement des jeunes médecins était limité par des refus motivés, notamment, par leur préoccupation liée à l'installation en libéral, la crainte d'une perte de temps sur les créneaux de consultations et la crainte de ne pouvoir recruter 20 patients porteurs de pathologie chronique au sein d'une patientèle récemment acquise.

Notre effectif de médecins généralistes comportait 22% de femmes. Or, les

femmes représentaient 50,4% de l'effectif des médecins généralistes en France, en 2020. A noter qu'en 2015, les femmes représentaient 39% de l'effectif des médecins généralistes dans le Nord et 36% dans le Pas de Calais. (47,48)

De façon globale, la population des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ne semble pas représentative de la population des médecins généralistes en France.

## **B. Population des MSU**

Dans notre étude, les MSU avaient en moyenne 59 ans [49 ; 64] et 12% étaient des femmes.

Seules deux études, issues de travaux de recherche de thèse, ont étudié les caractéristiques des MSU, en France. (37,38) Ces études concernaient les régions des Pays de la Loire et Rhône-Alpes. Bouton et al retrouvaient que 36,5% des MSU avaient entre 45 et 54 ans et 37% étaient âgés d'au moins 55 ans. Letrilliart et al retrouvaient des MSU majoritairement âgés de 47 à 56 ans (44,5%). Dans ces deux études, la proportion de femmes MSU était supérieure à 30% (respectivement 34,8% et 30,8%).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, Sébastien Demey s'est intéressé aux caractéristiques démographiques des MSU en 2012 pour sa thèse d'exercice en médecine générale. Il avait alors recensé 261 MSU en activité et sur les 228 MSU répondants, la moyenne d'âge était de 52,9 ans et 22% étaient des femmes. (49)

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les MSU diffèrent des MG en âge (52,9 ans vs. entre 47,7 et 49,7 ans) et en termes de sex-ratio (22% de femmes vs. entre 36 et 39%).



Notre population de MSU diffère d'autant plus de la population des MSU du Nord-Pas-de-Calais et des MG de façon globale du Nord-Pas-de-Calais, avec une moyenne d'âge encore plus élevée (59 ans) et une plus faible représentation des médecins de sexe féminin (12%).

### **C. Population des patients**

Dans notre étude, les patients avaient en moyenne 62 ans (+/- 14) et 53% étaient des femmes. Ces chiffres correspondent globalement à la moyenne d'âge des patients en ALD en France en 2018 (63 ans), ainsi qu'à la proportion de femmes dans cette catégorie de patients (53%). (50)

En ce qui concerne leur niveau d'étude, la population de patients était globalement comparable à la population générale française du même âge. 29% des patients avaient un niveau brevet des collèges ou certificat d'étude ou aucun diplôme (30,6% dans la tranche des 55-64 ans en 2019), 32% des patients avaient un niveau CAP ou BEP (31,4% dans la tranche des 55-64 ans en 2019), 18% des patients avaient un niveau baccalauréat ou équivalent (13,5% dans la tranche des 55-64 ans en 2019), 21% des patients avaient un niveau supérieur au baccalauréat (24,5% dans la tranche des 55-64 ans en 2019). (51)

## **III. Résultat principal et comparaison avec la littérature**

### **A. Discussion des résultats du score CARE**

Nous avons retrouvé un score CARE total moyen de 45 points sur 50 [39 ; 50]. Ce résultat était plus élevé que ce que présupposait la littérature.

---

En effet, Howick et al ont réalisé une revue systématique de la littérature internationale et une méta-analyse retrouvant un score CARE moyen de 40,48 points chez les professionnels de santé. Cependant, cette méta-analyse prenait en compte non seulement les médecins généralistes mais également les praticiens d'autres spécialités, les étudiants en médecine, les professionnels paramédicaux et les praticiens de médecine alternative. (29)

D'autres études, réalisées chez les médecins généralistes exclusivement, ont montré des scores d'empathies inférieurs à ceux que nous avons retrouvés (en moyenne 42,1 et 40,8 points). (13,52)

Cette différence peut s'expliquer par un biais lors de la sélection des médecins. Il est possible que les médecins ayant répondu de façon positive à la participation à l'étude aient pu se sentir plus impliqués sur le sujet de l'empathie et inversement.

On peut également évoquer un biais lors de la sélection des patients par le médecin qui a pu proposer l'étude aux patients susceptibles de lui octroyer de meilleurs scores d'empathie.

Enfin, un biais de désirabilité sociale ou la confusion avec la sympathie dans le contexte de patients suivis de longue date dans le cadre de leur pathologie chronique n'est pas exclu.

## **B. Discussion sur l'impact du statut MSU ou non-MSU**

Nous n'avons pas mis en évidence d'association significative, positive ou négative, entre le statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste et leur empathie perçue par le patient, que ce soit sur la mesure du score CARE total ou de ses sous-scores « écoute » et « action ».

---

Dans notre étude, nous avons constaté une moyenne d'âge plus élevée et une sous-représentation des médecins généralistes de sexe féminin.

- **Age**

Si des études ont suggéré une diminution des capacités d'empathie dans le cursus des études médicales (53), aucune étude n'a montré une diminution constante et significative de l'empathie avec l'avancée en âge des médecins. Cependant, certaines données peuvent évoquer un effet de l'âge sur les mesures effectuées auprès des patients. Hojat et al ont montré que l'âge du médecin (inférieur à 50 ans) était associé à un meilleur contrôle du diabète chez les patients, or, le contrôle du diabète était également lié à l'empathie du médecin. (21) Hermans et al évoquaient la possibilité que les années d'expérience du médecin puissent être un facteur confondant dans l'évaluation de l'empathie par leur patient. Sans que cette association ne soit significative, on note dans leurs résultats que le score d'empathie est d'autant plus faible que le médecin a plus d'années d'expérience (par tranche de 10 ans d'expérience supplémentaire). (13)

De plus, l'âge était une covariable d'intérêt dans notre étude puisque nous avons constaté une association significative et négative entre l'âge du médecin et les scores d'empathie, mais seulement sur le sous-score « action ».

Ainsi, le fait que notre population de médecin MSU soit plus âgée que la population des médecins non-MSU, a pu avoir un impact sur nos résultats. Cependant, nous n'avons pas réalisé de test de comparaison de ces deux groupes sur ce facteur.

- **Sexe féminin**

Dans une méta-analyse, Howick et al ont montré que les études comprenant plus de 50% de médecins de sexe féminin retrouvait des scores d'empathie significativement plus élevés que ceux des études comprenant plus de 50% de médecins de sexe masculin. (29)

Ceci évoque donc la possibilité d'un effet du genre du médecin sur la mesure de l'empathie de ce dernier. La sous-représentation des femmes dans la population des médecins MSU a pu induire des scores d'empathie moindre dans la population des MSU. Il serait probablement intéressant de confirmer cette hypothèse en effectuant une comparaison des scores d'empathie en fonction du genre du médecin et/ou de s'assurer de la comparabilité des deux groupes MSU et non-MSU sur cette variable.

#### **IV. Variables « patient » influençant l'empathie**

Nous avons mis en évidence que de meilleures compétences émotionnelles prédisaient une plus grande empathie du médecin ressentie par le patient. L'effet de cette variable s'observait aussi bien sur le score CARE total que sur les sous-scores « écoute » et « action ».

L'impact positif de consultations plus fréquentes et plus longues sur l'empathie du médecin ressentie par le patient a également été constaté sur le score CARE total et ses deux sous-scores.

Enfin, il a été mis en évidence que des patients rapportant une bonne santé mentale percevaient leur médecin généraliste comme étant plus empathique.

A l'inverse, une augmentation de l'estime de soi chez des patients ayant de faibles scores d'estime de soi prédisait une moindre empathie du médecin ressentie par le patient sur le score CARE total.

Il a également été retrouvé un lien négatif entre l'empathie du médecin ressentie par le patient et la durée dans la pathologie chronique et entre l'empathie et les pathologies de l'appareil gastro-intestinal supérieur et de l'appareil génito-urinaire.

### **A. Compétences émotionnelles**

Dans notre étude, l'empathie était positivement et significativement associée aux compétences émotionnelles du patient. Cette association avait déjà été retrouvée dans la littérature. (27,28)

A noter que dans les consultations de suivi, les patients ayant de hautes capacités émotionnelles présentent probablement une bonne qualité de vie et l'impact de l'empathie est moins important pour leur qualité de vie que pour les patients ayant des niveaux de compétences émotionnelles faible ou moyen. (28,54)

### **B. Score de Duke « santé mentale » et « estime de soi »**

Nous avons retrouvé une association significative et positive entre l'empathie et le score de Duke « santé mentale ». Nous pouvons évoquer l'impact des compétences émotionnelles des patients souffrant de troubles psychiatriques. Certaines études montrent un lien entre les pathologies psychiatriques et les niveaux de compétences émotionnelles plus faible des patients, notamment dans l'anxiété et la dépression, mais également dans les troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale. (55,56)

Ainsi, nous pourrions supposer que les patients souffrant de pathologies psychiatriques ayant des compétences émotionnelles moindres, auraient alors une plus faible perception de l'empathie de leur médecin.

En ce qui concerne l'estime de soi, nous retrouvons une association significative mais négative avec l'empathie. La littérature s'intéresse à l'empathie et son lien avec l'estime de soi des soignants mais pas celle des patients. Seule l'étude de Lacombatrejo et al met en lien une faible estime de soi et de faibles compétences émotionnelles avec les pathologies psychiatriques de type anxiété et dépression. (55) Dans notre étude, d'ailleurs, le lien négatif avec l'empathie n'est observé que chez des patients ayant de faibles niveaux d'estime de soi.

### **C. Temps de consultation et nombre de consultation annuel**

Dans notre étude, nous avons mis en évidence un lien entre l'empathie perçue par le patient et la durée de la consultation. Ce résultat reste significatif après 20 minutes sur l'empathie d'écoute, avec une pente moindre. Ce résultat n'est plus significatif à partir de 20 minutes en ce qui concerne le score CARE total, ce qui montre un effet seuil.

Le lien entre l'empathie et la durée de la consultation a déjà été montré dans la littérature. (32) De plus, il a été évoqué que de plus longues consultations permettrait de réduire le stress lié à la contrainte de temps. (25)

A notre connaissance, aucune étude n'étudie le lien entre le nombre de consultations et l'empathie du médecin. Cependant, nous savons que les pathologies

chroniques peuvent avoir un impact psychologique important chez les patients et que l'empathie tient un rôle dans le bien-être psychologique des patients. (57–59)

Ainsi, des consultations plus longues ou plus fréquentes peuvent influencer la prise en charge de ces pathologies chroniques, sur leur versant psychothérapeutique et donc avoir un impact sur l'empathie du médecin ressentie par le patient.

#### **D. Délai depuis le diagnostic de pathologie la plus ancienne**

Pour une durée d'évolution de la maladie de moins de 20 ans, nous constatons une diminution de l'empathie par tranche de 5 ans d'évolution. Cette variation pourrait être liée à l'avancée en âge des médecins dont nous avons déjà discuté précédemment.

#### **E. Pathologies des appareils gastro-intestinal supérieur et génito-urinaire**

Nous avons constaté un lien significatif et négatif entre l'empathie du médecin ressentie par le patient et la présence d'une pathologie affectant les appareils gastro-intestinal supérieur et génito-urinaire. Ce lien disparaît pour les pathologies de l'appareil gastro-intestinal supérieur lorsque l'on étudie le sous score CARE « écoute ». L'impact de la relation médecin-patient et l'importance de la communication avait déjà été étudié par Kaplan et al chez les patients souffrant d'ulcères digestifs. (60) Il est possible que les patients souffrant de ce type de pathologie soient plus sensibles à l'impact de l'empathie de leur médecin et requièrent d'avantage d'écoute de leur part.

Les pathologies de l'appareil génito-urinaire sont des pathologies dont l'abord peut être délicat en pratique clinique, notamment en ce qui concerne les pathologies

liées à la sexualité. Il est important de construire une relation de confiance avec le patient afin qu'il puisse s'exprimer librement à ce sujet. Il s'agit donc probablement de pathologies pour lesquelles l'empathie du médecin est particulièrement importante.

(61)

## **V. Variables « médecin » influençant l'empathie**

Nous avons mis en évidence que la pratique médicale en cabinet de groupe était associée à de meilleurs scores d'empathie du médecin ressenti par le patient, sur le score CARE total.

En revanche, l'exercice de la médecine en ZAC était associé à une moindre empathie d'écoute. De même que le port de lunettes ou le port d'une tenue semi-formelle (par rapport à une blouse ou une tenue formelle).

### **A. Type de cabinet**

Dans notre étude, la majorité des médecins exerçaient en cabinet de groupe (50%), plutôt qu'en cabinet seul (34%) ou MSP (12%). En 2009, 54% des médecins généralistes libéraux travaillaient en groupe (groupe médical ou pluri-professionnel), ce qui est globalement concordant avec nos résultats. (62)

Nous avons mis en évidence une association significative et positive entre l'exercice en cabinet de groupe et l'empathie du médecin ressenti par le patient, par rapport à un exercice en cabinet seul.

Nous savons que l'empathie est associée au sentiment de satisfaction lié à



---

l'exercice professionnel (25,26). Or, dans la littérature, les médecins rapportent que leur choix d'exercer en cabinet de groupe est motivé par la qualité de l'exercice avec la mise en commun des moyens qui contribue à une meilleure satisfaction au travail. (63)

De plus, les médecins exerçant en cabinet de groupe travaillent en moyenne moins de jours que les médecins exerçant en cabinet seul et l'exercice en cabinet de groupe permet aux médecins généralistes de mieux trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. (62,64) Ces données tendent à confirmer l'association du bien-être mental chez les médecins avec leur empathie. (30)

Par ailleurs, Baudier et al ont montré que les médecins exerçant en cabinet de groupe sont plus souvent impliqués dans les activités de formation, que ce soit en tant que formateur ou en suivant une formation médicale continue ou une évaluation des pratiques professionnelles. (62)

## **B. Zonage**

Dans notre étude, nous avons mis en évidence un lien significatif et négatif entre l'exercice en ZAC et l'empathie d'écoute des médecins généralistes.

Le zonage permet de cartographier le niveau d'offre médicale dans les territoires. Cette cartographie prend en compte des variables liées au médecin (densité, âge, dynamique d'installation) mais également liées à la population (état de santé et caractéristiques sociales). (65)

Si aucune étude n'a montré d'impact du zonage pour l'empathie du médecin,

---

Mercer et al ont montré que les patients issus de milieux plus défavorisés rapportent des scores d'empathie de leur médecin généraliste plus bas par rapport aux patients issus de milieux non défavorisés. (16)

## VI. Forces et faiblesses de l'étude

### A. Gestion des biais

- **Sélection des médecins**

Afin de limiter le biais lors du recrutement des médecins, nous avons procédé à un tirage au sort à partir de listes des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. De plus, le recrutement avait lieu selon une procédure standardisée. Cependant, il est possible que les médecins ayant répondu de façon positive à la participation à cette étude aient pu se sentir plus concernés par l'empathie et qu'à l'inverse, les médecins ayant refusé ne se sentent pas concernés par le sujet de l'empathie.

- **Sélection des patients**

La sélection des patients avait lieu par le médecin généraliste. Afin de limiter le biais de sélection des patients, le médecin devait recruter de façon consécutive les patients correspondant aux critères d'inclusion. Cependant, nous ne pouvons vérifier la réalité de ce recrutement consécutif et les médecins ont pu proposer l'étude aux patients susceptibles de leur octroyer de meilleurs scores d'empathie.

- **Biais d'observation**

Dans le contexte de l'étude, les médecins pouvait porter une attention particulière à leur comportement empathique au cours de la consultation de façon consciente ou non (biais de désirabilité sociale ou « effet Hawthorne »). Afin de limiter cet effet, le

---

patient évaluait l'empathie de son médecin sur l'ensemble des consultations avec son médecin et non seulement sur la consultation qui avait eu lieu.

- **Biais de déclaration**

Afin d'éviter que le patient ne surestime l'empathie de son médecin de crainte que ce dernier n'ait accès au questionnaire, les questionnaires étaient remplis de façon anonyme, en salle d'attente et directement déposés dans une urne scellée. Le biais de confusion avec la sympathie, dans le cadre d'une relation de longue date pour le suivi d'une pathologie chronique, était évité par l'utilisation de questionnaires validés propres à l'évaluation de l'empathie.

## **B. Discussion de la méthode**

- **Puissance de l'étude**

Les données de 813 patients ont été recueillies. Après exclusion des questionnaires où il manquait des données concernant la pathologie chronique et ceux où il manquait le score CARE, les données de 752 patients ont été incluses dans l'analyse, soit plus de 92% de données exploitables.

- **Le score CARE**

Le score CARE est un questionnaire validé qui a été utilisé dans de nombreuses études pour évaluer l'empathie des soignants. (46,52)

- **Non inclusion des MSU pour externes**

Les formations pour devenir MSU pour internes ou externes sont différentes. En outre, il a été montré que la présence d'un étudiant lors de la consultation peut impacter de façon négative l'empathie du médecin ressentie par le patient. (31) Notre objectif était d'évaluer l'éventuel impact du statut MSU ou non MSU sur l'empathie du

médecin ressenti par le patient. En n'incluant que les MSU pour interne, nous voulions limiter le facteur confondant lié à la présence de l'étudiant lors de la consultation.

## **VII. Conflits d'intérêt**

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

## Conclusion et perspectives

En conclusion, nous n'avons pas mis en évidence de lien, positif ou négatif, entre le statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste et l'empathie de ce dernier ressentie par le patient. Si la présence d'un étudiant lors de la consultation peut impacter l'empathie ressentie par le patient, le statut MSU du médecin généraliste n'influencerait donc pas négativement l'empathie perçue par le patient.

L'impact positif de maîtrise de stage sur un plan psycho-affectif notamment avait déjà été mis en évidence par Jarno-Josse et al. Or, nous savons que le bien-être des médecins contribue à favoriser les comportements empathiques. Ainsi, nous ne pouvons qu'encourager les médecins généralistes à se lancer dans la formation aux futurs médecins.

Par ailleurs, nous avons constaté un effet de l'âge du médecin et la méta-analyse de Howick et al montrait un effet du genre du médecin sur l'empathie de ce dernier. Au vue de ces résultats, il serait intéressant de renouveler les études sur l'empathie des médecins en se rapprochant des caractéristiques démographiques de la population des médecins généralistes français. En outre, pour confirmer les effets éventuels de l'âge ou du sexe, il pourrait être intéressant de recruter un plus large panel de médecins en termes d'âge ou d'apparier les médecins afin d'obtenir un sex-ratio de 1:1.

Enfin, de nombreuses variables liées au patient peuvent avoir un impact sur son ressenti de l'empathie du médecin. Certaines pathologies affectant notamment l'appareil gastro-intestinal supérieur et l'appareil génito-urinaire étaient relativement

peu représentées par rapport à d'autres pathologies comme l'HTA, par exemple. Or, elles présentaient un impact négatif sur l'empathie du médecin. Il serait intéressant d'effectuer des études complémentaires afin de préciser cet effet. La compréhension de l'effet de ces pathologies sur l'empathie pourrait permettre au médecin d'ajuster son comportement empathique dans le but de renforcer l'alliance thérapeutique.

---

## Références bibliographiques

1. Decety J. EMPATHIE [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/empathie/>
2. Montag C, Gallinat J, Heinz A. Theodor Lipps and the Concept of Empathy: 1851–1914. *The American journal of psychiatry*. 1 nov 2008;165:1261.
3. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
4. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*. 1975;5(2):2-10.
5. Rogers CR, Kirschenbaum H, Henderson VL. *L'approche centrée sur la personne*. Editions Randin; 2001.
6. Rudebeck CE. Imagination and empathy in the consultation. *British Journal of General Practice*. 2002;4.
7. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002;4.
8. Decety J. Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie*. 2010;Volume 2(2):133-44.
9. Jorland G. Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*. 2006;N° 84(1):58-65.
10. Deschamps J-F, Finkelstein R. Existe-t-il un véritable altruisme basé sur les valeurs personnelles ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 19 déc 2012;Numéro 93(1):37-62.
11. Silvester J, Patterson F, Koczwara A, Ferguson E. « Trust me... »: psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *Journal of Applied Psychology*. 2007;92(2):519.
12. Narme P, Mouras H, Loas G, Krystkowiak P, Roussel M, Boucart M, et al. Vers une approche neuropsychologique de l'empathie. *Revue de neuropsychologie*. 2010;Volume 2(4):292-8.
13. 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. *Br J Gen Pract*. sept 2018;68(674):e621-6.

14. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Med Educ.* juill 2007;41(7):690-7.
15. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 3 avr 2018;36(2):189-97.
16. 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. *The Annals of Family Medicine.* 1 mars 2016;14(2):117-24.
17. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scand J Prim Health Care.* juin 2018;36(2):189-97.
18. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy. *J Am Board Fam Med.* 1 nov 2011;24(6):665-72.
19. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences.* avr 2016;351(4):387-99.
20. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* janv 2013;63(606):e76-84.
21. 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.
22. Dambha-Miller H, Day A, Kinmonth AL, Griffin SJ. Primary care experience and remission of Type 2 diabetes: a population-based prospective cohort study. *Family Practice.* 12 sept 2020;cmaa086.
23. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Family Practice [Internet].* déc 2017 [cité 11 nov 2018];18(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0634-0>
24. Attar HS, Chandramani S. Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals of Indian Academy of Neurology.* 2012;15(Suppl 1):S89.
25. Derksen F, Bensing J, Kuiper S, van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Family Practice.* 1 févr 2015;32(1):94-100.



26. Derksen FAWM, Olde Hartman T, Bensing J, Lagro-Janssen A. Empathy in general practice—the gap between wishes and reality: comparing the views of patients and physicians. *Family Practice*. 27 mars 2018;35(2):203-8.
27. Bodie GD, Burleson BR, Holmstrom AJ, McCullough JD, Rack JJ, Hanasono LK, et al. Effects of Cognitive Complexity and Emotional Upset on Processing Supportive Messages: Two Tests of a Dual-Process Theory of Supportive Communication Outcomes. *Human Communication Research*. juill 2011;37(3):350-76.
28. 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 Education and Counseling*. juill 2018;101(7):1216-22.
29. 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.
30. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. juill 2005;20(7):559-64.
31. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ*. avr 2008;42(4):374-81.
32. 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. *European Journal of General Practice*. mars 2013;19(1):23-8.
33. Le parcours pédagogique des MSU [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_formation/le\\_parcours\\_pedagogique\\_des\\_msu/](https://www.cnge.fr/la_formation/le_parcours_pedagogique_des_msu/)
34. Formation - Calendrier chronologique [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_formation/calendrier/date/2020/](https://www.cnge.fr/la_formation/calendrier/date/2020/)
35. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
36. Jarno-Josse A, Bail P. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires. *Revue systématique et méthodique de la littérature*. *Exercer*. 2011;22(98):141-2.
37. 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 Med Educ*. déc 2016;16(1):126.
38. Bouton C, Steinecker M, Escourrou E. Les maîtres de stage universitaires sont-ils des généralistes comme les autres ? *Exercer*. 2016;27(127 (suppl 2)):40-1.

39. Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Le Bel J, Ferrat E, Saint Lary O. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. Marengoni A, éditeur. PLoS ONE. 25 janv 2018;13(1):e0190522.
40. 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. déc 2013;14(1):23.
41. Ashworth M, Armstrong D. The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004–5. BMC Fam Pract. déc 2006;7(1):68.
42. Ashworth M, Schofield P, Durbaba S, Ahluwalia S. Patient experience and the role of postgraduate GP training: a cross-sectional analysis of national Patient Survey data in England. Br J Gen Pract. mars 2014;64(620):e168-77.
43. 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.
44. Parkerson G, Broadhead WE, Chui-Kit J. The Duke Health Profile. A 17-Item Measure of Health and Dysfunction. Medical Care. nov 1990;28(11).
45. 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. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
46. 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.
47. Bouet P, Gerard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2020. [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2020 [cité 10 févr 2021] p. 141. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome_1.pdf)
48. Rault J-F, Le breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. Situation en 2015. [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2015 [cité 10 févr 2021] p. 63. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1ulddeg/atlas\\_nord-pas\\_de\\_calais\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ulddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf)
49. Demey S. Caractéristiques démographiques des Maitres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais en 2012 et déterminants à l'accueil d'un interne en SASPAS [Internet]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2013 [cité

- 13 févr 2021]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9c6cf02f-7898-41bc-a38f-ff0248a3818a>
50. Prévalence des ALD en 2018. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD. [Internet]. L'assurance maladie; 2018 [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>
51. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe | Insee [Internet]. [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#tableau-figure1\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#tableau-figure1_radio2)
52. 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. *Family Practice*. 1 juin 2005;22(3):328-34.
53. 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: *Academic Medicine*. août 2011;86(8):996-1009.
54. Nelis D, Kotsou I, Quidbach J, Hansenne M, Weytens F, Dupuis P, et al. Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*. 2011;11(2):354-66.
55. Lacomba-Trejo L, Valero-Moreno S, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Front Psychol*. 18 sept 2020;11:568941.
56. Nandrino J, Dodin V, Cottencin O, Doba K. Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *J Clin Psychol*. mars 2020;76(3):476-92.
57. Künzler A, Alder J, Brioschi R, Strittmatter R. Prise en charge psychologique des personnes atteintes d'une maladie physique chronique. :4.
58. Braillon A, Grenon Q, Taiebi F. Maladie chronique et empathie : psychothérapie ou placebothérapie ? *La Revue de Médecine Interne*. mai 2019;40(5):340-1.
59. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*. 2002;no 29(2):213-37.
60. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the Effects of Physician-Patient Interaction on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care*. mars 1989;27(3):110-27.
61. Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ? *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2006 [cité 18 févr 2021];2(31149). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-58/31149>

62. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 2010;6.
63. Beauté J, Bourgueil Y, Mousquès J, Rochaix L. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». [Internet]. IRDES; 2007. Disponible sur: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.528.7991&rep=rep1&type=pdf>
64. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):253-75.
65. ARS Hauts-de-France. L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes [Internet]. ARS Hauts-de-France. 2020 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>

## Annexes

### I. Annexe 1 : Cursus formation à la maîtrise de stage

« Initiation à la maîtrise de stage » S1,

« Encadrement des externes en médecine générale » S2,

« Supervision directe en maîtrise de stage » S3,

« Supervision indirecte en maîtrise de stage » S4,

« SASPAS : stage ambulatoire en soins premiers en autonomie supervisée » S5,

Certifications, tutorat et autres formations permettant d'exercer d'autres fonctions d'enseignement.

Le cursus de maîtrise de stage a récemment évolué pour rassembler certaines formations :

« La maîtrise de stage de 3ème cycle de médecine générale. Les phases d'observation active et de supervision directe » (S1-S3) pour permettre d'obtenir un agrément pour l'encadrement des étudiants en phase socle,

« La maîtrise de stage de 3ème cycle de médecine générale. Les phases de supervision indirecte et de rétroaction pédagogique » (S4-S6) pour permettre d'obtenir un agrément pour l'encadrement des étudiants en SASPAS,

Certifications, tutorat et autres formations permettant d'exercer d'autres fonctions d'enseignement.

## II. Annexe 2 : Protocole de l'étude E.M.P.A.TH.I.E.S



### 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, F-59000 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, F-59000 Lille, France.

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

**Elise Lallemand**, 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.

<b>TABLE DES MATIERES</b>
---------------------------

1. INTRODUCTION ET RATIONNEL .....	5
2. OBJECTIFS .....	5
2.1 Objectif principal .....	5
2.2 Objectifs secondaires .....	5
3. METHODE .....	5
3.1. Type d'étude .....	5
3.2. Population .....	6
3.3. Lieux d'étude .....	7
3.4. Procédure .....	7
3.5. Méthodologie utilisée .....	8
4. TRAITEMENT DES DONNEES .....	9
4.1. Gestion des données .....	9
4.2. Analyse des données .....	9
4.3. Finalité de l'étude .....	10
5. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES.....	10
5.1. Confidentialité .....	10
5.2. Déclaration(s) réglementaire(s).....	10
5.3. Information et consentement .....	10
5.4. Propriétés des données et publication .....	10
5.5. Archivage des données .....	10
6. DUREE DE L'ETUDE ET ECHEANCIER.....	11
RÉFÉRENCES.....	11
ANNEXES.....	14



**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.

<b>Nom du responsable scientifique de l'étude</b> et titulaire d'un laboratoire de recherche	<b>Fonction</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>
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 non-verbale 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  $\geq$  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 socio-démographiques, 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 aux

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).

#### **4.3. 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.

### **5. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES**

#### **5.1. Confidentialité**

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

#### **5.2. 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.

#### **5.3. 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.

#### **5.4. 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.

#### **5.5. 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.

## 6. 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. Steinhilber 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.ressources-electroniques.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.

**ANNEXES**

Les annexes suivantes comprennent :

- Annexe 1 : la liste des membres de l'équipe
- **Annexe 2 : le guide de recrutement des médecins généralistes lors de l'entretien individuel par appel téléphonique**
- **Annexe 3 : le guide de recrutement des médecins généralistes lors de l'entretien individuel en présentiel**
- **Annexe 4 : le guide de recrutement des patients en fin de consultation**
- Annexe 5 : la note d'information et le formulaire de consentement à destination des médecins
- Annexe 6 : le questionnaire à destination des médecins inclus dans l'étude
- Annexe 7 : la note d'information à destination des patients et le questionnaire portant sur les patients inclus dans l'étude (à remplir d'une part par les patients, et d'autre part par les médecins traitants).

### III. Annexe 3 : Guide de recrutement téléphonique du MG

#### GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE :

Appel téléphonique en début ou fin de 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.

En cas d'entretien auprès du médecin :

- Présenter le projet comme une étude ambitieuse pour laquelle l'aide de CE médecin est nécessaire.
- Résumer la thématique de l'étude : 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)

Si l'entretien n'est pas possible immédiatement : proposer d'envoyer un courrier type par mail ou adresse postale

- En l'absence de réponse : renvoyer un mail tous les 3 jours, pour un total de 3 mails
- En l'absence de réponse au courrier postal : rappeler au cabinet au bout d'1 semaine
- Une absence de réponse est ensuite considérée comme un refus.

En l'absence de réponse de part du médecin ou du secrétariat : relance téléphonique tous les 3 jours pendant 15 jours avant de le considérer comme un refus.

En cas d'acceptation : 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.

## IV. Annexe 4 : Guide de recrutement présentiel du MG

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : entretien individuel présentiel, rendez-vous de mise en place

- 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 maximum à l'issue de chaque consultation de patient à recruter. Ce temps comprend :
    - La présentation de l'étude au patient et recueil de son consentement oral
    - Le remplissage de la partie médecin du questionnaire
  - 20 patients seulement à recruter, avec des critères d'inclusion très larges (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 non inclusion
  - 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

## V. Annexe 5 : Consentement du MG



### 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 : ..... Age : .....

Adresse d'exercice : .....

.....

Tél. : .....

Il m'a été proposé de participer à une étude évaluant l'impact de l'empathie des médecins généralistes et des pharmaciens sur l'état de santé de leurs 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 en fin de consultation, après avoir recueilli leur consentement oral, de répondre à un questionnaire 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, **mais non spécifiquement pour ma patientèle**, en envoyant un mail à : claire.pincon@univ-lille.fr
3. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.



Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :  
*cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté (OUI / NON)*

	OUI	NON
<b>1) J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche « E.M.P.A.TH.I.E.S »</b>	<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

## VI. Annexe 6 : Guide de recrutement des patients

### GUIDE DE RECRUTEMENT DU PATIENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE

- Vérifier que le patient réponde bien aux critères d'inclusion
  - Critères d'inclusion :
    - Âge  $\geq$  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 »
  - Critères de non inclusion :
    - 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
- Les patients doivent être recrutés de façon consécutive : tous les patients éligibles doivent se voir proposer l'étude.
- 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 anonymes et je ne pourrai pas y accéder. Vous pourrez avoir accès aux résultats de l'étude si vous le souhaitez. Si c'est le cas, et/ou si vous souhaitez de plus amples informations sur cette recherche, dites-le moi tout de suite, et je vous donne un numéro de téléphone (03 20 96 49 34) ou une adresse mail ([claire.pincon@univ-lille.fr](mailto:claire.pincon@univ-lille.fr)) pour contacter l'équipe de recherche en charge de cette étude qui pourra répondre en détails à toutes vos questions.
  - 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.
  - Cette recherche implique que je réponde à quelques questions concernant votre (vos) pathologie(s). Ces informations seront transmises à l'équipe de recherche. Si vous êtes d'accord, nous remplirons ensemble cette partie. 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.
- Lui demander s'il a des questions autour de cette étude et y répondre.



- Recueillir son consentement oral.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

## VII. Annexe 7 : Questionnaire MG

### 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

## VIII. Annexe 8 : Questionnaire patient

### EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET INDICATEURS D'ETAT DE SANTE (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 DEROULER CETTE ETUDE ?

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 BENEFICES 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 SANTE

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 <b>entretiens pharmaceutiques</b> (Asthme ou anticoagulants) avec votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	

## LA COMMUNICATION AVEC VOTRE MEDECIN

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 <b>médecin généraliste</b> ? ( <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 :

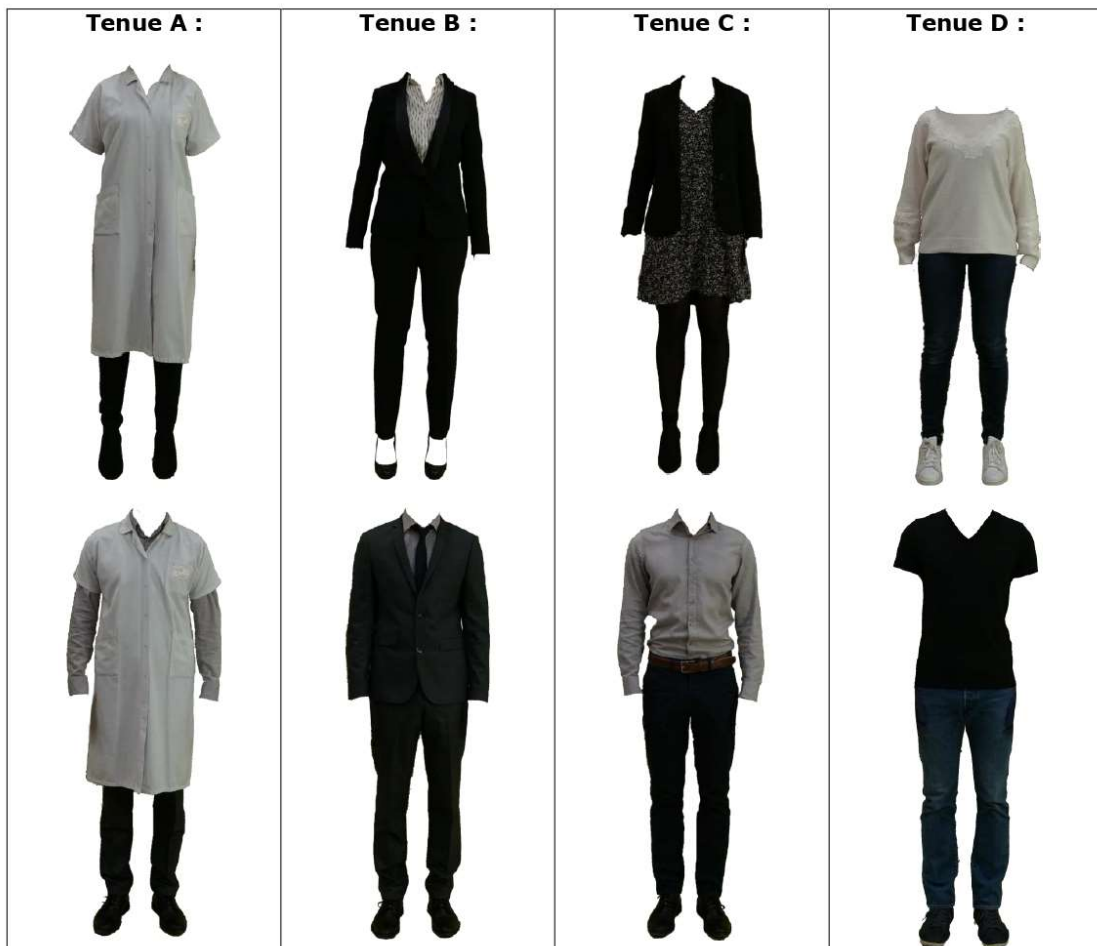
- Tout à fait d'accord   
  Plutôt d'accord   
  Ni d'accord, ni pas d'accord   
  Plutôt pas d'accord   
  Pas du tout d'accord

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 !

## ENQUETE SUR L'EMPATHIE DES MEDECINS GENERALISTES 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

**AUTEUR :**                    **Nom : LALLEMANT**                    **Prénom : Elise**

**Date de Soutenance : 18 Mars 2021**

**Titre de la Thèse :** Etre Maître de Stage Universitaire influence-t-il l'empathie du médecin généraliste perçue par les patients : étude transversale réalisée auprès des patients de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Empathy, General Practitioner train\*, Primary care**

### **Résumé**

**Contexte :** L'empathie est un élément majeur dans le développement de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Elle fait partie des facteurs prédictifs indépendants des mesures sur le bien-être chez le patient. En outre, certaines études ont montré que l'empathie permet un meilleur contrôle des pathologies chroniques comme dans le diabète ou l'hypertension artérielle. Par ailleurs, l'impact positif de l'empathie est connu chez le soignant et certaines études suggèrent que la supervision clinique chez les médecins peut améliorer l'empathie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'éventuel impact du statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient atteint de pathologie chronique consultant en soins primaires.

**Méthode :** Etude transversale, descriptive, observationnelle, menée dans le Nord-Pas-de-Calais. 50 médecins ont été tirés au sort (25 MSU et 25 non-MSU). Chaque médecin devait recruter 20 patients atteint de pathologie chronique répondant aux critères d'inclusion. L'empathie du médecin ressentie par le patient était évaluée par le score CARE. L'analyse statistique a été effectuée selon un modèle de régression linéaire hiérarchique.

**Résultats :** Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre le statut MSU ou non-MSU du médecin généraliste et leur empathie perçue par le patient. Ce résultat était observé aussi bien sur le score CARE total (pente à  $-0,6$  ; IC95%  $[-1,8 ; 0,7]$ ,  $p = 0,37$ ) que sur les sous-scores CARE « écoute » (pente à  $-0,0$  ; IC95%  $[-0,8 ; 0,8]$ ,  $p = 0,98$ ) et « action » (pente à  $-0,1$  ;  $[-0,7 ; 0,5]$ ,  $p = 0,77$ ).

**Conclusion :** Le statut MSU du médecin généraliste n'influencerait donc pas négativement l'empathie perçue par le patient. L'impact positif de maîtrise de stage sur un plan psycho-affectif notamment avait déjà été mis en évidence par Jarno-Josse et al. Or, nous savons que le bien-être des médecins contribue à favoriser les comportements empathiques. Ainsi, nous ne pouvons qu'encourager les médecins généralistes à se lancer dans la formation aux futurs médecins.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseur : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS**