



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Validation de la traduction française du questionnaire CARE en
consultation de médecine générale dans le Nord : une étude
transversale**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 16 Octobre 2025 à 14h
Au Pôle Formation
par **Willy PHOUNSOUK**

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie QUINTON FANTONI

Assesseurs :

Madame la Professeure Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

AVERTISSEMENT

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

RESUME

L'empathie joue un rôle essentiel dans la qualité de la relation entre le médecin et son patient. Elle influence la satisfaction des patients, la communication et même la qualité des soins.

Cette étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de la version française de l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy), un outil d'hétéro-évaluation de l'empathie perçue par les patients en médecine générale.

Une étude transversale a été menée auprès de 378 patients consultant dans sept cabinets médicaux.

L'analyse factorielle a confirmé la structure unidimensionnelle de l'échelle, avec une forte cohérence interne (α de Cronbach = 0,789). Le score CARE a été positivement corrélé à plusieurs indicateurs de satisfaction et de relation thérapeutique, soutenant sa validité de convergence.

Cette validation préliminaire suggère que la version française de l'échelle CARE est un outil fiable pour mesurer l'empathie en soins primaires.

SOMMAIRE

Table des matières

INTRODUCTION	9
1) L'empathie	9
a) Étymologie de l'empathie	9
b) Définition de l'empathie	9
c) Différentes composantes de l'empathie	10
2) Lien entre empathie et satisfaction du patient	10
3) Lien entre empathie et recommandation du médecin à des proches	11
4) L'importance de l'empathie en médecine générale	11
5) Les différentes échelles de mesure de l'empathie	12
6) Le score CARE	12
7) Objectif de l'étude	14
a) Objectif principal	14
b) Objectif secondaire.....	14
MATERIEL ET METHODE	15
1) Type d'étude	15
2) Traduction de l'échelle	15
3) Population et critères d'inclusion	15
4) Recrutement et déroulement	16
5) Échantillonnage attendu	16
6) Outils de recueil de données	16
7) Description de l'échelle CARE	17
8) Analyse statistique des données	18
a) Partie descriptive	18
b) Partie analytique.....	18
9) Aspect réglementaire et éthique	19
RESULTATS	20
1) Analyse descriptive	20
a) Caractéristiques sociodémographiques.....	20
b) Caractéristiques de la consultation	22
c) Description du questionnaire CARE	25
2) Analyse principale : évaluation des propriétés psychométriques	27
a) Structure dimensionnelle	27
b) Cohérence interne	29
c) Validité de convergence	30
3) Analyse secondaire	31

DISCUSSION.....	32
1) Caractéristiques des répondants et biais potentiels.....	32
2) Relation médecin-patient et satisfaction perçue	32
3) Propriétés psychométriques du questionnaire CARE	33
4) Interprétation de l'analyse secondaire	33
5) Comparaison avec la littérature.....	34
6) Forces de l'étude.....	34
7) Limites de l'étude.....	35
8) Perspectives	36
CONCLUSION.....	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
ANNEXES.....	41
Annexe 1 : version française du questionnaire CARE	41
Annexe 2 : fiche de recueil de données.....	43
Annexe 3 : fiche d'information avec QR code	44
Annexe 4 : attestation de déclaration	45

INTRODUCTION

L'empathie est un concept central en psychologie et en médecine, désignant la capacité à comprendre et à ressentir les émotions et expériences d'autrui tout en conservant une distinction entre soi et l'autre.

1) L'empathie

a) Étymologie de l'empathie

Le terme « empathie » trouve son origine dans le grec ancien *ἐμπάθεια* (empathia ; em : « à l'intérieur » et pathos : « souffrance, émotion »), qui signifie littéralement « ressentir à l'intérieur » (1). Cette notion a été reprise au XIXe siècle dans le contexte philosophique et esthétique allemand sous le terme *Einfühlung*, utilisé par Robert Vischer pour décrire l'acte de « projection » émotionnelle dans une œuvre d'art (2). C'est Edward Titchener qui a introduit le terme *empathy* en anglais en 1909, pour traduire *Einfühlung* dans un cadre plus psychologique (3).

b) Définition de l'empathie

L'empathie peut être définie comme la capacité à se mettre à la place d'autrui en comprenant ses émotions et son point de vue tout en gardant une certaine distance émotionnelle. Elle est souvent différenciée de la sympathie, qui implique un partage émotionnel plus direct (4).

En médecine, l'empathie est considérée comme une compétence essentielle permettant une communication efficace et une meilleure relation thérapeutique entre le médecin et son patient (5).

c) Différentes composantes de l'empathie

L'empathie est un concept multidimensionnel comprenant plusieurs composantes.

Selon Hojat, elle inclut :

- une dimension cognitive, correspondant à la capacité de comprendre les émotions d'autrui ;
- une dimension affective, qui renvoie à la capacité de ressentir ces émotions (4) ;
- une dimension comportementale qui correspond à l'expression tangible de l'empathie, notamment à travers la communication verbale et non verbale (6).

2) Lien entre empathie et satisfaction du patient

L'empathie est reconnue comme un déterminant majeur de la satisfaction des patients. Une communication empathique améliore la relation médecin-patient en favorisant une meilleure compréhension des besoins et attentes du patient, ce qui contribue à une expérience de soins plus positive (7).

Des études ont montré une corrélation positive entre l'empathie perçue par les patients et leur satisfaction globale. Mercer (5) a démontré que des scores élevés à l'échelle CARE étaient fortement associés à une plus grande satisfaction des patients et à une amélioration de l'alliance thérapeutique. De plus, Kim (8) a mis en évidence que l'empathie du médecin influence non seulement la satisfaction immédiate du patient, mais également son adhésion aux recommandations médicales et son suivi à long terme.

L'effet de l'empathie sur la satisfaction du patient peut être expliqué par plusieurs mécanismes :

- Une meilleure compréhension des attentes du patient, réduisant les incompréhensions et frustrations (9) ;
- Une amélioration de la qualité perçue des soins, notamment en instaurant un climat de confiance et de respect mutuel (10) ;

- Une réduction de l'anxiété et du stress du patient, ce qui favorise une meilleure expérience globale (11).

3) Lien entre empathie et recommandation du médecin à des proches

Des études ont montré une corrélation positive entre le niveau d'empathie perçu par le patient et la probabilité de recommander son médecin. Par exemple, Mercer (12) a mis en évidence que les scores élevés à l'échelle CARE étaient significativement associés à une meilleure satisfaction globale du patient et à une plus forte intention de recommander le médecin. De même, Bikker (13) a confirmé que les patients percevant une consultation comme empathique étaient plus enclins à exprimer une fidélité accrue et à recommander leur médecin à leurs proches.

Cette relation peut s'expliquer par le fait qu'un médecin empathique instaure une communication plus efficace, comprend mieux les préoccupations du patient et crée un climat de confiance, éléments qui influencent directement la satisfaction et la fidélisation des patients (4)(14).

4) L'importance de l'empathie en médecine générale

En médecine générale, l'empathie joue un rôle fondamental, car la relation médecin-patient repose sur une communication efficace et une compréhension mutuelle. Elle influence non seulement la satisfaction et l'expérience du patient, mais également les résultats cliniques, en favorisant un diagnostic plus précis et une meilleure gestion des affections chroniques (15)(16).

Le médecin généraliste, souvent en première ligne des soins, doit faire preuve d'une grande empathie pour instaurer une relation de confiance avec ses patients (17).

La relation médecin-patient se construit progressivement au fil du temps, chaque rencontre constituant une opportunité de renforcer la confiance, le respect mutuel et la compréhension partagée. Cette continuité relationnelle, essentielle à une pratique de médecine générale de qualité, repose sur un équilibre délicat. Comme le soulignent

Murphy et Salisbury, les patients associent la continuité relationnelle à un sentiment accru de confiance et de respect de la part du praticien (18). Cependant, cette relation, patiemment bâtie, demeure fragile : une seule maladresse ou un manquement perçu peut suffire à la briser. Assing Hvidt met en évidence le rôle du « travail temporel » dans l'entretien de cette relation, montrant comment les médecins investissent activement du temps et de l'attention pour cultiver un lien durable (19). Enfin, Sidaway-Lee rappelle que cette continuité n'est pas seulement bénéfique sur le plan relationnel, mais qu'elle peut aussi avoir un effet concret sur les résultats de santé, en favorisant une meilleure compréhension des besoins du patient et une personnalisation accrue des soins (20).

5) Les différentes échelles de mesure de l'empathie

L'évaluation de l'empathie repose sur diverses échelles, qui peuvent être classées en deux catégories : les échelles d'auto-évaluation et celles d'hétéro-évaluation.

Les échelles d'auto-évaluation, comme le Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), permettent aux médecins d'auto-estimer leur propre niveau d'empathie (14).

En revanche, les échelles d'hétéro-évaluation, telles que le Consultation and Relational Empathy Measure (CARE), évaluent l'empathie perçue par les patients, offrant une approche plus objective de cette compétence (21).

6) Le score CARE

Le Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) est un outil d'hétéro-évaluation développé au Royaume-Uni pour mesurer l'empathie perçue par les patients lors d'une consultation en médecine générale (12). Élaborée par Mercer en 2004, cette échelle a été conçue pour répondre au besoin d'un instrument fiable, centré sur la relation médecin-patient, et applicable en soins primaires. Elle se distingue des autres outils par son orientation relationnelle plutôt que strictement comportementale ou cognitive (5,12).

L'échelle CARE comprend dix items évaluant différentes dimensions de l'empathie relationnelle : la capacité d'écoute, la compréhension des préoccupations du patient, la capacité à exprimer de la compassion, à créer un climat de confiance et à impliquer le patient dans les décisions de santé. Chaque item est noté sur une échelle de 1 à 5, permettant d'obtenir un score global allant de 10 à 50. Des scores élevés traduisent une perception forte de l'empathie du médecin (12,13).

Cet outil présente de solides qualités psychométriques. Sa validité de contenu a été assurée par des experts en médecine générale et en communication clinique. Sa validité de construit a été confirmée dans plusieurs études qui ont montré des corrélations fortes entre le score CARE et d'autres mesures de la qualité relationnelle et de la satisfaction du patient (6,13,14). Sa corrélation inter-items est également excellente, avec un coefficient alpha de Cronbach souvent supérieur à 0,9 (6,8).

Le score CARE a fait l'objet de validations transculturelles dans plusieurs pays (Hong Kong, Japon, Pays-Bas, Espagne, Croatie, etc.), attestant de sa pertinence interculturelle et de sa capacité à capter l'empathie perçue dans différents contextes médicaux (7,8,9,10,11).

Une tentative notable d'adaptation en français est la thèse d'Elodie Bonafous intitulée "*Validation de la traduction française du questionnaire CARE dans le service d'Odontologie de Clermont-Ferrand*" (2015). Cette étude a porté sur la traduction et l'adaptation culturelle de l'échelle CARE pour une utilisation en français, dans le domaine de l'odontologie.

L'échelle CARE a également été utilisée dans une étude en oncologie. Cette dernière menée par Gehenne (22) a évalué la structure factorielle de cette échelle dans des consultations en cancérologie. Les auteurs ont confirmé la pertinence de l'échelle pour mesurer l'empathie perçue dans les échanges entre patients atteints de cancer et leurs soignants. Cette étude met en lumière l'applicabilité du score CARE dans des situations cliniques complexes, où la qualité relationnelle est primordiale.

Cependant, jusqu'à récemment, la version française de cette échelle n'avait pas encore été rigoureusement validée pour un usage en médecine générale. Sa validation constitue une étape essentielle pour garantir une évaluation standardisée de

l'empathie perçue en consultation, en particulier dans les pays francophones où les outils disponibles restent limités.

7) Objectif de l'étude

a) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les propriétés psychométriques de la version française du questionnaire CARE en soins primaires.

De manière spécifique, cette étude vise à :

1. Analyser la structure dimensionnelle ;
2. Évaluer la fiabilité ;
3. Évaluer la validité de convergence.

b) Objectif secondaire

L'objectif secondaire vise à explorer les variations du score CARE en fonction des caractéristiques socio-démographiques des patients (âge, sexe, niveau d'éducation) et des paramètres de consultation (motif et durée de consultation), afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la perception de l'empathie.

MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, analytique et transversale, visant à évaluer les propriétés psychométriques de la traduction française de l'échelle CARE en médecine générale.

2) Traduction de l'échelle

La version française de l'échelle CARE utilisée dans cette étude est issue d'une adaptation réalisée dans le cadre d'une étude menée en oncologie (23). Cette version avait été utilisée pour évaluer la qualité de la communication empathique dans les consultations de cancérologie.

La traduction a été réalisée selon un protocole rigoureux en plusieurs étapes. Deux traducteurs ont effectué des traductions indépendantes, suivies d'une synthèse des versions. Ensuite, deux traducteurs natifs anglophones ont réalisé une traduction inverse (back-translation). Enfin, un comité d'experts a validé la version finale, adaptée au contexte français.

Elle a servi de base pour la présente étude, compte tenu de sa pertinence linguistique et contextuelle. Aucune modification sémantique ou structurelle n'a été apportée aux items dans le cadre de cette étude.

3) Population et critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- Être âgés de 18 ans ou plus ;
- Être en mesure de lire, comprendre et remplir un questionnaire en français ;

4) Recrutement et déroulement

L'étude s'est déroulée sur une période de huit semaines (du 11/06/2024 au 04/08/2024) en médecine générale ambulatoire. Sept médecins généralistes installés dans le Nord de la France ont participé au recueil des données. Chaque médecin a distribué le questionnaire aux cinq premiers patients de chaque journée de consultation.

5) Échantillonnage attendu

L'échantillonnage a été raisonné, fondé sur les contraintes logistiques liées à la disponibilité des médecins et à la durée de l'étude. En estimant une activité moyenne de 4 à 5 jours de consultation par semaine pour chaque médecin, et une distribution quotidienne à cinq patients, le nombre théorique de questionnaires distribués était de :

$$5 \text{ patients} \times 5 \text{ jours} \times 8 \text{ semaines} \times 7 \text{ médecins} = 1\,400 \text{ questionnaires.}$$

En tenant compte d'un taux de non-réponse ou de questionnaires non exploitables estimé à 20 %, un recueil effectif d'environ 1 100 questionnaires complets était attendu. Ce volume permet une puissance statistique suffisante pour l'analyse de la cohérence interne de l'échelle (calcul de l'alpha de Cronbach), ainsi que pour explorer la validité convergente avec les autres dimensions de l'expérience patient.

6) Outils de recueil de données

À l'issue de la consultation, les patients se voyaient remettre un ensemble de documents comprenant :

- **L'échelle CARE**, en version française (annexe 1) ;
- **Un questionnaire complémentaire sur l'expérience patient**, incluant :
 - Une évaluation de la satisfaction globale de la consultation ;
 - Une question portant sur la probabilité de recommander le médecin à un proche ;

- Une appréciation subjective de la qualité de la relation médecin-patient ;
- **Une fiche de recueil de données personnelles** (annexe 2), permettant de collecter des variables explicatives telles que :
 - Les caractéristiques sociodémographiques du patient (âge, sexe, niveau d'études, couverture sociale) ;
 - Les données professionnelles selon la classification internationale des professions (ISCO-08) (24) ;
 - Les caractéristiques de la consultation (motif, codé selon la CISP-2, et durée de la consultation) (25).

Les questionnaires étaient proposés au format numérique accessible par un QR code figurant sur une fiche d'information remise au patient à la fin de la consultation (Annexe 3).

Pour les patients ne disposant pas des outils nécessaires ou ne sachant pas utiliser le QR code, une version papier des questionnaires était disponible. Ces questionnaires papiers étaient placés dans une enveloppe scellée et déposés dans une urne prévue à cet effet, afin de garantir l'anonymat.

L'ensemble des questionnaires était rempli de façon autonome par les patients, en dehors de la présence du médecin, dans le respect de la confidentialité.

7) Description de l'échelle CARE

L'échelle CARE comporte 10 items, chacun évalué sur une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 ("mauvais") à 5 ("excellent"). Les items portent sur différentes dimensions de la relation médecin-patient, telles que l'écoute, l'intérêt, l'attention portée aux préoccupations, l'explication, la compréhension et l'implication du patient dans la prise de décision.

L'option non applicable sera choisie si le patient détermine que l'élément est inapproprié pour la consultation.

Le score total est obtenu par la somme des réponses aux 10 items, donnant un score allant de 10 à 50, un score élevé traduisant une empathie perçue plus importante.

8) Analyse statistique des données

a) Partie descriptive

Les variables et les items du questionnaire CARE ont été décrits pour l'ensemble des questionnaires collectés à l'aide des outils statistiques usuels.

Les variables quantitatives de distribution normale ont été décrites par la moyenne et l'écart-type. En cas de distribution non paramétrique elles ont été décrites par la médiane et l'intervalle interquartile.

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage pour chaque modalité.

b) Partie analytique

i) Analyse principale : évaluation des propriétés psychométriques

La structure dimensionnelle du questionnaire a été explorée afin d'identifier d'éventuelles dimensions sous-jacentes. Une analyse factorielle exploratoire (AFE) a été réalisée pour examiner l'organisation des items et déterminer si le questionnaire mesure un ou plusieurs aspects de l'empathie perçue. Une analyse en composantes principales (ACP) avec rotation Varimax a permis d'extraire les facteurs et d'interpréter la structure factorielle. (26)

La cohérence interne du questionnaire a été évaluée afin de vérifier si les items étaient reliés de manière cohérente entre eux et mesurent de manière homogène le même concept. Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé, pour estimer cette cohérence. Une analyse des corrélations entre les items et entre chaque item et le score total a permis d'identifier d'éventuelles incohérences ou redondances entre les items.

La validité de convergence a été évaluée en examinant l'association entre le score total du questionnaire CARE et plusieurs indicateurs de l'expérience patient, à savoir la satisfaction de la consultation, la qualité de la relation avec le médecin et la recommandation du médecin à des proches. Le coefficient de corrélation de Spearman a été calculé pour quantifier la force et la direction de ces relations.

ii) Analyse secondaire

L'analyse des variations du score CARE selon les caractéristiques des patients et les paramètres de la consultation a permis d'examiner l'influence de ces facteurs sur la perception de l'empathie du médecin. Une analyse multivariée par régression quantile centrée sur le 50^e percentile ($\tau = 0,5$), correspondant à la médiane, a été réalisée afin d'identifier les facteurs indépendants influençant le score CARE. Le modèle ajusté inclut les variables suivantes : sexe, âge, niveau d'études, durée de la consultation et le regroupement du motif de consultation.

Les questionnaires CARE incomplets ou comportant des réponses « *non applicable* » ont été exclus de l'analyse.

L'ensemble des analyses ont été réalisées avec Rstudio® et RCore Team® (version 4.3.1)

9) Aspect réglementaire et éthique

Cette étude respecte les principes éthiques en vigueur relatifs aux recherches non interventionnelles impliquant la personne humaine (MR-004) (27). Les patients ont été informés oralement et par écrit des objectifs de l'étude, de son caractère anonyme, volontaire et sans incidence sur leur prise en charge. Aucun recueil de données nominatives n'a été effectué. Conformément à la législation en vigueur, cette recherche n'a pas nécessité de consentement écrit formel. L'étude a été exonérée de déclaration relative au règlement général sur la protection des données, par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (annexe 4).

RESULTATS

1) Analyse descriptive

a) Caractéristiques sociodémographiques

	TOTAL	Type de questionnaire		p
		Papier	QR code	
	N =378	145	233	
Age (années)				
Moyenne (écart-type)	53.33 (17.64)	65.54 (12.46)	45.74 (16.06)	<0.001
Médiane (min ; max)	56,50 (18 ; 91)	67 (25 ; 74)	45 (18 ; 89)	
Sexe, n (%)				
Homme	150 (39.7)	66 (45.5)	84 (36.1)	0.085
Femme	228 (60.3)	79 (54.5)	149 (63.9)	
Situation familiale				
En couple	252 (66.7)	95 (65.5)	157 (67.4)	0.793
Célibataire	126 (33.3)	50 (34.5)	76 (32.6)	
Niveau d'étude, n (%)				
Supérieur au BAC	143 (37.8)	25 (17.2)	118 (50.6)	<0.001
CAP-BEP	92 (24.3)	46 (31.7)	46 (19.7)	
BAC	77 (20.4)	26 (17.9)	51 (21.9)	

Sans diplôme	66 (17.5)	48 (33.1)	18 (7.7)	
Profession, n (%)				
Retraité	114 (30.2)	66 (45.5)	48 (20.6)	<0.001
Professions intermédiaires (cadres, employés, ouvriers)	109 (28.8)	23 (15.9)	86 (36.9)	
Sans emploi	45 (11.9)	29 (20.0)	16 (6.9)	
Employés de type administratif	33 (8.7)	10 (6.9)	23 (9.9)	
Professions intellectuelles et scientifiques	26 (6.9)	4 (2.8)	22 (9.4)	
Commerçants et vendeurs	13 (3.4)	4 (2.8)	9 (3.9)	
Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	10 (2.6)	5 (3.4)	5 (2.1)	
Directeurs, cadres dirigeants et gérants	9 (2.4)	2 (1.4)	7 (3.0)	
Étudiant	9 (2.4)	0 (0.0)	9 (3.9)	
Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	5 (1.3)	0 (0.0)	5 (2.1)	
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche	3 (0.8)	2 (1.4)	1 (0.4)	
Professions élémentaires	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.9)	
Couverture maladie, n (%)				
Mutuelle	314 (83.1)	117 (80.7)	197 (84.5)	0.121
ALD	32 (8.5)	18 (12.4)	14 (6.0)	
C2S	24 (6.3)	9 (6.2)	15 (6.4)	
Autre	4 (1.1)	1 (0.7)	3 (1.3)	

Pas de complémentaire	4 (1.1)	0 (0.0)	4 (1.7)
-----------------------	---------	---------	---------

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

Parmi les 378 participants à l'étude, 145 ont répondu au questionnaire papier et 233 au questionnaire numérique accessible par un QR code.

L'âge moyen des répondants était de 53,3 ans ($\pm 17,6$), avec une différence significative entre les deux groupes : les participants du groupe « papier » étaient nettement plus âgés (65,5 ans $\pm 12,5$) que ceux du groupe « QR code » (45,7 ans $\pm 16,1$; $p < 0,001$).

On observait une prédominance féminine dans l'ensemble de l'échantillon (60,3 %), sans différence significative entre les groupes ($p = 0,085$).

La situation familiale était globalement comparable, avec environ deux tiers des répondants vivant en couple dans chaque groupe ($p = 0,793$).

Le niveau d'étude différait fortement selon le mode de réponse : 50,6 % des répondants par QR code avaient un niveau supérieur au baccalauréat contre seulement 17,2 % dans le groupe papier ($p < 0,001$). Cette tendance se retrouvait également dans les catégories socioprofessionnelles : les retraités étaient surreprésentés dans le groupe papier (45,5 % contre 20,6 %), tandis que les professions intermédiaires et les professions intellectuelles étaient davantage représentées dans le groupe QR code ($p < 0,001$).

Concernant la couverture maladie, la majorité des répondants bénéficiaient d'une mutuelle (83,1 %), sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0,121$).

b) Caractéristiques de la consultation

	TOTAL	Type de questionnaire		p
		Papier	QR code	
	N = 378	145	233	
Recommandation, n (%)				0,549
Parfaitement	295 (78,0)	109 (75,2)	186 (79,8)	
Plutôt oui	72 (19,0)	31 (21,4)	41 (17,6)	

Ni oui, ni non	10 (2,6)	5 (3,4)	5 (2,1)	
Plutôt non	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Consultation / qualité MT, n (%)				0,317
Excellent	244 (64,6)	89 (61,4)	155 (66,5)	
Très bonne	100 (26,5)	39 (26,9)	61 (26,2)	
Bonne	30 (7,9)	16 (11,0)	14 (6,0)	
Acceptable	4 (1,1)	1 (0,7)	3 (1,3)	
Relation du médecin traitant, n (%)				0,268
Excellent	236 (62,4)	89 (61,4)	147 (63,1)	
Très bonne	107 (28,3)	38 (26,2)	69 (29,6)	
Bonne	29 (7,7)	16 (11,0)	13 (5,6)	
Acceptable	6 (1,6)	2 (1,4)	4 (1,7)	
Motif de consultation, n (%)				0.056
Général	221 (58,5)	82 (56,6)	139 (59,7)	
Pathologies Physiques	138 (36.5)	60 (41.4)	78 (33.5)	
Respiratoire	32 (23,2)	12 (20)	20 (25,6)	
Ostéomusculaire	30 (21,7)	10 (16,7)	20 (25,6)	
Peau	17 (12,3)	8 (13,3)	9 (11,5)	
Endocrine	13 (9,4)	10 (16,7)	3 (3,8)	
Neurologique	10 (7,2)	7 (11,7)	3 (3,8)	
Sang	9 (6,5)	3 (5)	6 (7,7)	
Circulatoire	8 (5,8)	5 (8,3)	3 (3,8)	
Oreille	5 (3,6)	0 (0)	5 (6,4)	
Oeil	4 (2,9)	1 (1,7)	3 (3,8)	
Urologie	4 (2,9)	2 (3,3)	2 (2,6)	
Génital féminin	3 (2,2)	1 (1,7)	2 (2,6)	
Grossesse	2 (1,4)	0 (0)	2 (2,6)	

Génital masculin	1 (0,7)	1 (1,7)	0 (0)
Psychologique & Social	19 (5,0)	3 (2,1)	16 (6,9)
Psychologique	14 (10,1)	2 (3,3)	12 (15,4)
Sociaux	5 (3,6)	1 (1,7)	4 (5,1)
Durée de la consultation, n (%)			0,001
< 10 min	91 (24,1)	26 (17,9)	65 (27,9)
10-20 min	252 (66,7)	96 (66,2)	156 (67,0)
> 20 min	35 (9,3)	23 (15,9)	12 (5,2)

Tableau 2 : Caractéristiques de la consultation

La grande majorité des répondants (78,0 %) ont déclaré qu'ils recommanderaient « parfaitement » leur médecin traitant, sans différence significative selon le type de questionnaire ($p = 0,549$).

La qualité de la consultation a été jugée « excellente » par 64,6 % des participants, suivie de « très bonne » pour 26,5 %, là encore sans variation statistiquement significative entre les groupes papier et QR code ($p = 0,317$). De même, la relation avec le médecin traitant a été globalement bien évaluée, 62,4 % des répondants la qualifiant d'« excellente », et 28,3 % de « très bonne » ($p = 0,268$).

Concernant les motifs de consultation, ils étaient principalement d'ordre général (58,5 %) ou liés à des pathologies physiques (36,5 %), avec une répartition relativement homogène entre les deux types de questionnaires ($p = 0,056$). Les pathologies les plus fréquemment citées étaient d'ordre respiratoire (23,2 %), ostéomusculaire (21,7 %), dermatologique (12,3 %) et endocrinien (9,4 %), avec une légère tendance à une déclaration plus fréquente de troubles psychologiques et sociaux dans le groupe QR code (6,9 % contre 2,1 % pour le papier).

Enfin, la durée des consultations variait significativement selon le type de questionnaire ($p = 0,001$) : les répondants via QR code déclaraient plus souvent des consultations de moins de 10 minutes (27,9 % contre 17,9 % pour le papier), tandis que les consultations de plus de 20 minutes étaient plus fréquemment rapportées dans le groupe papier (15,9 % contre 5,2 % pour le QR code).

c) Description du questionnaire CARE

Le détail des réponses aux dix items est présenté dans le tableau 3 ci-dessous.

	N =378	n (%)	NA, n (%)
Q1 : Vous faire sentir à l'aise			1 (0,3)
Mauvais		0 (0,0)	
Moyen		3 (0,8)	
Bon		22 (5,8)	
Très bon		77 (20,4)	
Excellent		275 (72,8)	
Q2 : Vous laisser raconter votre "histoire"			2 (0,5)
Mauvais		0 (0,0)	
Moyen		5 (1,3)	
Bon		31 (8,2)	
Très bon		90 (23,8)	
Excellent		250 (66,1)	
Q3 : Vraiment vous écouter			1 (0,3)
Mauvais		0 (0,0)	
Moyen		6 (1,6)	
Bon		29 (7,7)	
Très bon		91 (24,1)	
Excellent		251 (66,4)	
Q4 : Être intéressé par vous comme une personne entière			
Mauvais		0 (0,0)	3 (0,8)
Moyen		5 (1,3)	
Bon		33 (8,7)	
Très bon		85 (22,5)	
Excellent		252 (66,7)	
Q5 : Comprendre complètement vos préoccupations			
Mauvais		0 (0,0)	3 (0,8)
Moyen		14 (3,7)	
Bon		26 (6,9)	

Très bon	93 (24,6)	
Excellent	242 (64,0)	
Q6 : Vous démontrer de l'attention et de la compassion		
Mauvais	4 (1,1)	3 (0,8)
Moyen	7 (1,9)	
Bon	35 (9,3)	
Très bon	88 (23,3)	
Excellent	241 (63,8)	
Q7 : Être positif(ve)		
Mauvais	0 (0,0)	5 (1,3)
Moyen	9 (2,4)	
Bon	31 (8,2)	
Très bon	101 (26,7)	
Excellent	232 (61,4)	
Q8 : Expliquer les choses clairement		
Mauvais	0 (0,0)	2 (0,5)
Moyen	6 (1,6)	
Bon	21 (5,6)	
Très bon	104 (27,5)	
Excellent	245 (64,8)	
Q9 : Vous aider à prendre le contrôle		
Mauvais	1 (0,3)	15 (4,0)
Moyen	6 (1,6)	
Bon	30 (7,9)	
Très bon	100 (26,5)	
Excellent	226 (59,8)	
Q10 : Faire un plan d'action avec vous		
Mauvais	1 (0,3)	15 (4,0)
Moyen	6 (1,6)	
Bon	42 (11,1)	
Très bon	105 (27,8)	
Excellent	209 (55,3)	

Tableau 3 : Description des réponses au questionnaire CARE

Parmi les 378 questionnaires collectés, 19 comportaient des réponses manquantes à certains items du questionnaire CARE. Par conséquent, 359 questionnaires complets ont été retenus pour l'analyse.

Les résultats du score total, calculé à partir des 10 items du questionnaire CARE, indiquaient que les 359 patients ayant répondu intégralement au questionnaire avaient obtenu un score moyen de 45,28 avec un écart-type de 6,42 et une médiane de 48 points. Les scores individuels variaient de 17 à 50, représentant un écart de 33 points.

2) Analyse principale : évaluation des propriétés psychométriques

a) Structure dimensionnelle

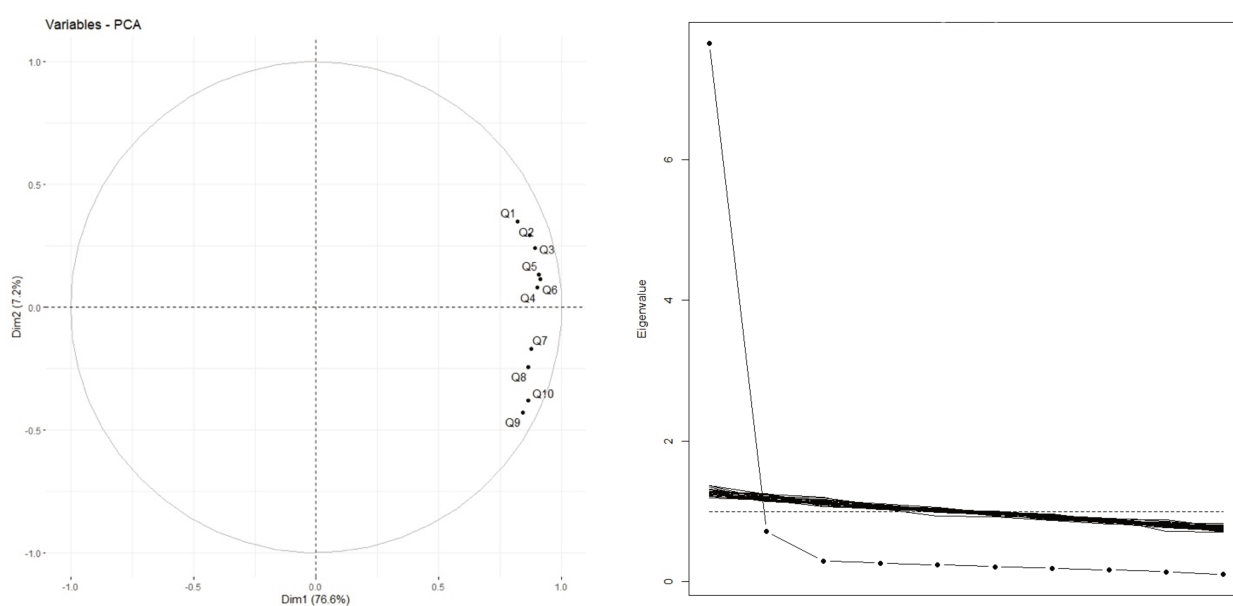


Figure 1 : Représentation graphique de l'analyse en composante principale (gauche) et diagramme des valeurs propres ou Scree Plot (droite)

Le cercle des corrélations, issu de l'analyse en composante principale (Figure 2), montrait que l'ensemble des items du questionnaire CARE se positionnait sur le côté droit du cercle, indiquant une forte corrélation entre eux. En effet, la première composante, qui explique 76,6 % de la variance, captait la quasi-totalité des

informations issues des réponses tandis que la deuxième composante, n'expliquant que 7,2 % de la variance, apportait une contribution très limitée.

Le diagramme des valeurs propres (Figure 2) vient compléter cette analyse en représentant graphiquement les valeurs propres de chaque composante. Dans ce graphique, la première valeur propre se distinguait nettement des autres, attestant que la première dimension captait l'essentiel de la variance. À partir de la deuxième composante, les valeurs propres chutaient rapidement pour se stabiliser autour de 1, voire en dessous, ce qui démontrait que ces dimensions n'expliquaient pas suffisamment de variance pour être retenues dans l'analyse. Le point d'inflexion se situait clairement après la première composante.

Enfin l'analyse factorielle à un facteur (Tableau 4) a révélé que tous les items de l'échelle étaient fortement corrélés avec un unique facteur latent. Les chargements factoriels des items varient entre 0,803 et 0,914.

Item	Factor1
Q1 : Vous faire sentir à l'aise	0,803
Q2 : Vous laisser raconter votre "histoire"	0,861
Q3 : Vraiment vous écouter	0,883
Q4 : Être intéressé par vous comme une personne entière	0,894
Q5 : Comprendre complètement vos préoccupations	0,906
Q6 : Vous démontrer de l'attention et de la compassion	0,914
Q7 : Être positif(ve)	0,852
Q8 : Expliquer les choses clairement	0,836
Q9 : Vous aider à prendre le contrôle	0,806
Q10 : Faire un plan d'action avec vous	0,834

Tableau 4 : Résultats de l'analyse factorielle à un facteur

b) Cohérence interne

Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour l'échelle CARE était de 0,789.

Par ailleurs, la matrice de corrélation entre les 10 items (Figure 3) montrait que les corrélations variaient entre 0,58 et 0,86, avec la majorité des corrélations étant supérieures à 0,7.

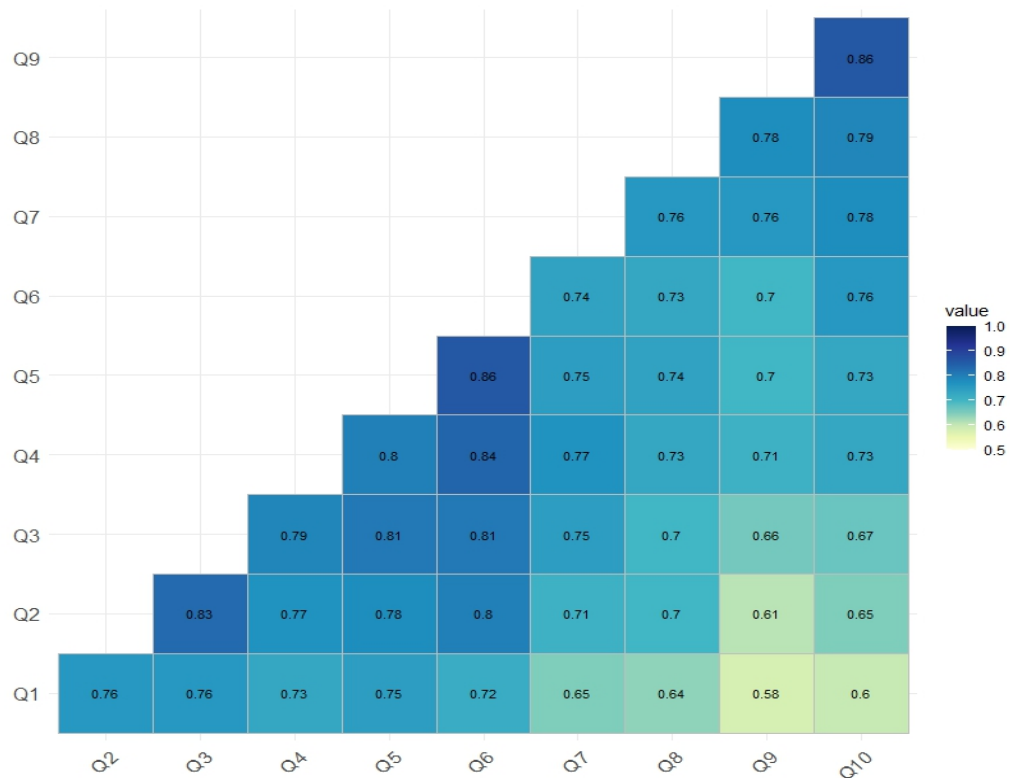


Figure 2 : Matrice des corrélations entre les items du questionnaire CARE

Enfin, l'examen des corrélations entre chaque item et le score total a permis de montrer des corrélations très élevées entre les items et le score total, allant de 0,82 pour l'item 1 à 0,91 pour l'item 6 (Tableau 5).

Item	Corrélation avec le score total
Q1 : Vous faire sentir à l'aise	0,82
Q2 : Vous laisser raconter votre "histoire"	0,87
Q3 : Vraiment vous écouter	0,89
Q4 : Être intéressé par vous comme une personne entière	0,9
Q5 : Comprendre complètement vos préoccupations	0,91
Q6 : Vous démontrer de l'attention et de la compassion	0,91
Q7 : Être positif(ve)	0,88
Q8 : Expliquer les choses clairement	0,86
Q9 : Vous aider à prendre le contrôle	0,84
Q10 : Faire un plan d'action avec vous	0,87

Tableau 5 : Résultats des corrélations entre les items et le score total

c) Validité de convergence

Les analyses de corrélation ont montré que le score de l'échelle CARE était significativement associé à plusieurs indicateurs de l'expérience patient.

La corrélation entre le score et la recommandation du médecin à des proches était de 0,39 ($p < 0,001$), ce qui reflète une association modérée et positive.

En ce qui concerne la qualité de la consultation avec le médecin, la corrélation était de 0,71 ($p < 0,001$).

Enfin, la relation générale avec le médecin était fortement associée au score CARE, avec une corrélation de 0,67 ($p < 0,001$).

3) Analyse secondaire

La régression quantile réalisée à $\tau = 0,5$ montrait que l'âge avait un effet significatif négatif sur le score CARE, avec une estimation de -0,047 (IC95% : [-0,065 ; -0,025]).

Concernant le niveau d'études, les catégories CAP-BEP et BAC n'étaient pas représentatifs : respectivement 1,73 (IC95% : [-0,87 ; 4,24]) et 1,94 (IC95% : [-0,24 ; 4,13]).

La durée de la consultation influençait également le score : une consultation de plus de 20 minutes était associée à une augmentation significative du score (1,97 ; IC95% : [0,84 ; 4,44]), tandis que celle de 10 à 20 minutes montrait un effet positif moindre (0,74 ; IC95% : [-0,19 ; 3,14]).

Enfin, les motifs de consultation révélaiient que les consultations pour des pathologies physiques étaient associées à un score plus élevé (1,58 ; IC95% : [0,89 ; 2,44]), alors que les consultations pour des motifs psychologiques et sociaux présentaient un effet négatif (-2,00 ; IC95% : [-5,84 ; -0,25]).

Variable	Coefficient (IC_{95%})
Sexe	
Femme	0,89 (-0,14 ; 2,07)
Age	
	-0,05 (-0,06 ; -0,02)
Niveau d'étude	
CAP-BEP	1,73 (-0,87 ; 4,24)
BAC	1,94 (-0,24 ; 4,13)
Supérieur au BAC	0,64 (-2,24 ; 3,09)
Durée de la consultation	
10-20 min	0,74 (-0,19 ; 3,14)
> 20 min	1,97 (0,84 ; 4,44)
Motif de consultation	
Pathologies Physiques	1,58 (0,89 ; 2,44)
Psychologique et Social	-2 (-5,84 ; -0,25)

Tableau 6 : Résultats de la régression quantile

DISCUSSION

La validation de la version française de l'échelle CARE s'inscrit dans une démarche essentielle pour l'évaluation de la qualité de la relation patient-médecin.

1) Caractéristiques des répondants et biais potentiels

Notre étude révèle des différences marquées entre les répondants selon le mode d'administration du questionnaire. Les participants ayant répondu par QR code étaient significativement plus jeunes, plus diplômés et en activité professionnelle, tandis que les répondants au format papier étaient majoritairement retraités et de niveau d'étude inférieur. Ces résultats soulignent l'existence d'un biais de sélection lié au canal de distribution, déjà décrit dans la littérature sur les méthodes de recueil de données en santé (28). L'accessibilité numérique semble avoir favorisé la participation de populations plus jeunes et plus à l'aise avec les outils digitaux, tandis que le format papier reste adapté à des publics plus âgés ou moins technophiles.

Malgré ces différences sociodémographiques, les évaluations de la consultation, de la relation médecin-patient et les scores CARE sont globalement homogènes entre les deux groupes, ce qui suggère une bonne robustesse du questionnaire CARE indépendamment du mode d'administration.

2) Relation médecin-patient et satisfaction perçue

Les résultats montrent une très forte satisfaction globale envers les médecins généralistes traitants : 78 % des patients déclarent qu'ils les recommanderaient « parfaitement », et plus de 90 % évaluent leur relation comme « excellente » ou « très bonne ». Ces résultats sont similaires avec ceux observés dans d'autres études menées en soins primaires, qui soulignent l'importance centrale de la relation interpersonnelle dans la satisfaction des patients (29)(30).

Concernant la consultation, on note une durée perçue plus courte dans le groupe QR code, ce qui pourrait refléter des consultations effectivement plus brèves chez une population plus jeune avec des problématiques simples.

3) Propriétés psychométriques du questionnaire CARE

L'analyse factorielle exploratoire et l'analyse en composante principale ont montré que la version française du questionnaire CARE possède une structure essentiellement unidimensionnelle. La prédominance marquée de la première composante, expliquant 76,6 % de la variance, ainsi que le point d'inflexion clairement identifiable dans le *Scree Plot*, ont indiqué que l'outil évalue principalement la qualité de la relation empathique entre le médecin et son patient. Enfin, l'homogénéité des chargements factoriels ont montré que tous les items contribuent de manière égale à la mesure de l'empathie, ce qui renforce la validité de l'échelle.

La cohérence interne était satisfaisante, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,789 et des corrélations inter-items majoritairement supérieures à 0,7, confirmant la fiabilité de l'échelle. De plus, les corrélations élevées entre chaque item et le score total (0,82 à 0,91) renforcent cette robustesse.

Enfin, la validité de convergence a été démontrée par des corrélations significatives entre le score CARE et des indicateurs clés de l'expérience patient, notamment la recommandation du médecin ($r = 0,39$), la qualité de la consultation ($r = 0,71$) et la relation générale avec le médecin ($r = 0,67$), attestant que le score mesure bien une dimension pertinente de l'empathie en contexte clinique.

4) Interprétation de l'analyse secondaire

L'analyse a montré que l'âge exerçait un effet négatif sur le score CARE, suggérant que les patients plus âgés perçoivent moins d'empathie, peut-être en raison de différences générationnelles dans les attentes relationnelles.

Le niveau d'études n'influçait pas significativement la perception de l'empathie, ce qui souligne la pertinence de l'échelle quel que soit le profil éducatif.

La durée de la consultation a joué un rôle important : des consultations plus longues ont favorisé une meilleure perception de l'empathie, reflétant l'importance du temps pour établir une relation de qualité. Enfin, les consultations pour pathologies physiques ont été associées à un score plus élevé, tandis que celles pour motifs psychologiques ou sociaux ont montré un effet négatif, suggérant que ces dernières nécessitent peut-être une approche spécifique pour renforcer l'empathie perçue.

5) Comparaison avec la littérature

Les résultats obtenus sont cohérents avec ceux des études internationales ayant validé l'échelle CARE dans d'autres contextes linguistiques ou cliniques.

Dans l'étude fondatrice de Mercer (12), l'échelle présentait également une forte cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une bonne sensibilité à la qualité relationnelle perçue par les patients.

Des validations dans d'autres langues (espagnol (14), néerlandais (16), japonais (17)) ont montré des performances psychométriques similaires, confirmant la robustesse de l'outil.

À notre connaissance, il s'agit ici de la première tentative de validation formelle d'une traduction française en médecine générale.

6) Forces de l'étude

Un des principaux atouts de cette étude réside dans sa méthode de collecte de données. L'échantillon de patients a été recruté de manière systématique, en distribuant les questionnaires aux cinq premiers patients de chaque consultation. Cette approche permet de limiter le biais de sélection, tout en s'assurant que l'échantillon soit suffisamment diversifié.

De plus, pour réduire le biais de convenance lié à l'utilisation exclusive de questionnaires numériques, une double modalité de recueil des données a été mise

en place : les questionnaires ont été proposés à la fois en version papier et en version numérique accessible par un QR code. Ce choix méthodologique a permis d'inclure des patients aux profils variés, en termes de familiarité avec les technologies et d'accessibilité aux outils numériques, ce qui a contribué à réduire l'auto-sélection et à rendre l'échantillon plus représentatif de la population.

7) Limites de l'étude

Malgré ces forces, plusieurs limites méthodologiques doivent être prises en compte. Tout d'abord, bien que le nombre de questionnaires collectés soit suffisant pour obtenir des résultats significatifs, il demeure inférieur à l'échantillon initialement envisagé de 1 100 questionnaires. Cela peut limiter la puissance statistique de certaines analyses et nuire à la généralisation des résultats à une population plus large.

Ensuite, bien que l'utilisation conjointe des versions papier et numérique ait permis de limiter le biais de sélection, elle n'a pas éliminé le biais de non-réponse. En effet, certains patients ont choisi de ne pas remplir les questionnaires ou de ne pas y répondre de manière complète. Cela pourrait être particulièrement pertinent pour certains groupes, comme les patients âgés ou ceux moins familiers avec les technologies numériques.

Enfin, il n'a pas été possible d'explorer la validité divergente du questionnaire CARE, faute d'avoir intégré un instrument mesurant un construit différent. Cela ne remet pas en cause la qualité de notre outil, mais suggère une amélioration possible pour confirmer sa spécificité. Par exemple, l'inclusion d'un instrument tel que l'échelle Hamilton, aurait permis de démontrer que le questionnaire CARE se focalise spécifiquement sur l'évaluation de l'empathie perçue, sans se confondre avec des aspects liés aux fluctuations de l'humeur ou à la dépression.

8) Perspectives

Les résultats obtenus ouvrent plusieurs perspectives pour de futures études. Une étude longitudinale permettrait de suivre l'évolution de l'empathie dans la continuité de la relation médecin-patient et d'évaluer la sensibilité au changement de l'échelle.

Une autre piste intéressante serait l'intégration de cette échelle dans des programmes de développement professionnel continu pour les professionnels de santé, afin de promouvoir l'amélioration continue des pratiques en médecine générale. L'utilisation régulière du score CARE pourrait constituer une démarche de feedback pour aider les médecins à améliorer leur relation avec les patients, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge médicale et à une meilleure satisfaction des patients.

CONCLUSION

Cette étude a permis une validation préliminaire de la version française de l'échelle CARE dans le cadre de la médecine générale. Les résultats montrent que cet outil est fiable, pertinent et capable de mesurer de manière précise l'empathie relationnelle perçue par les patients.

Bien que certaines limites méthodologiques demeurent, notamment en ce qui concerne l'échantillon, l'échelle CARE constitue un outil prometteur pour améliorer la qualité de la relation médecin-patient dans les soins primaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jorland G, Thirioux B. Note sur l'origine de l'empathie. *Rev Métaphys Morale*. 2008;58(2):269-80.
2. Robert V. Sur le sentiment optique de la forme. Une contribution à l'esthétique. Leipzig : H. Credner ; 1873.
3. Baillargeon P, Puskas D. L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi Jeunesse*. 2013;19(3):4–9.
4. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. sept 2002;159(9):1563-9.
5. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699–705.
6. Lévy K, Sturm G. Tissage de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : quelques fils. *Champ Psychosomatique*. 2002;57–68.
7. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2013.
8. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27(3):237–51.
9. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996–1009.
10. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender RC, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359–64.
11. Van Dulmen S, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 1997;30(3):227–37.
12. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 1 déc 2004;21(6):699-705.
13. Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Mercer SW. Measuring empathic, person-

centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Fam Pract.* 23 oct 2015;16(1):149.

14. García Del Barrio L, Rodríguez-Díez C, Martín-Lanas R, Costa P, Costa MJ, Díez N. Reliability and validity of the Spanish (Spain) version of the consultation and relational empathy measure in primary care. *Fam Pract.* 17 juin 2021;38(3):353-9.

15. Fung CSC, Hua A, Tam L, Mercer SW. Reliability and validity of the Chinese version of the CARE Measure in a primary care setting in Hong Kong. *Fam Pract.* 2009;26(5):398–406.

16. van Dijk I, Scholten Meilink Lenferink N, Lucassen PLBJ, Mercer SW, van Weel C, Olde Hartman TC, et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Fam Pract.* févr 2017;34(1):119-24.

17. Aomatsu M, Abe H, Abe K, Yasui H, Suzuki T, Sato J, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the CARE measure in a general medicine outpatient setting. *Fam Pract.* févr 2014;31(1):118-26.

18. Murphy M, Salisbury C. Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2020 Sep 1;70(698):e676-83.

19. Assing Hvidt E. "Time work": An analysis of temporal experiences and agentic practices in the "good" doctor-patient relationship in general practice. *Health (London).* 2024 Jan 1;28(1):144-60.

20. Sidaway-Lee K, Obe DPG, Harding A, Evans P. What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? *Br J Gen Pract.* 2021 Jun 1;71(707):278-81.

21. Hanževački M, Jakovina T, Bajić Ž, Tomac A, Mercer S. Reliability and validity of the Croatian version of Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in primary care setting. *Croat Med J.* févr 2015;56(1):50-6.

22. Gehenne L, Lelorain S, Anota A, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S, et al. Testing two competitive models of empathic communication in cancer care encounters: A factorial analysis of the CARE measure. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2020.

23. Gehenne L, Lelorain S, Anota A, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S, et al. Testing two competitive models of empathic communication in cancer care encounters: A factorial analysis of the CARE measure. *Eur J Cancer Care (Engl).* nov 2020;29(6):e13306.

24. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations: ISCO-08. Geneva: ILO; 2012.
25. World Organization of Family Doctors (WONCA). Classification internationale des soins primaires – 2e édition (CISP-2).
26. Escofier B, Pagès J. Analyses factorielles simples et multiples : objectifs, méthodes et interprétation. 4^e éd. Paris: Dunod; 2008.
27. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi Jardé. Journal Officiel de la République Française. 2012.
28. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. Wiley; 2014.
29. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. BMC Fam Pract. 2007.
30. Stewart M et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Radcliffe Publishing; 2013.

ANNEXES

Version française du questionnaire CARE

Selon vous, comment était votre médecin généraliste, lors de la consultation, pour :
(merci d'entourer une note entre 1 et 5)

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent	Ne s'applique pas
1. Vous faire sentir à l'aise (Être amical et chaleureux avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid ou brusque).	1	2	3	4	5	NSP
2. Vous laisser raconter votre «histoire» (Vous donner du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne pas vous interrompre ou ne pas vous distraire).	1	2	3	4	5	NSP
3. Vraiment vous écouter (Être attentif à ce vous dites, ne pas être distrait pendant que vous parlez).	1	2	3	4	5	NSP
4. Être intéressé par vous comme une personne entière (Demander ou savoir des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, ne pas vous traiter comme un numéro).	1	2	3	4	5	NSP
5. Comprendre complètement vos préoccupations (Communiquer ce qu'il a compris de vos préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance).	1	2	3	4	5	NSP
6. Vous démontrer de l'attention et de la compassion (Sembler véritablement préoccupé par votre situation, être en lien avec vous sur le plan humain, ne pas être indifférent ou détaché)	1	2	3	4	5	NSP
7. Être positif (ive) (Avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négatif(ive) concernant votre problème)	1	2	3	4	5	NSP
8. Expliquer les choses clairement (Répondre pleinement à vos questions, vous donner des renseignements adéquats, ne pas être vague)	1	2	3	4	5	NSP
9. Vous aider à prendre le contrôle (Explorer avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon)	1	2	3	4	5	NSP
10. Faire un plan d'action avec vous (discuter avec vous des possibilités, vous permettre de vous impliquer dans les décisions autant que vous le désirez, ne pas ignorer votre point de vue)	1	2	3	4	5	NSP

Annexe 1 : version française du questionnaire CARE

1. Votre âge :
2. Votre sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire
3. Vous vivez :	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple
4. Votre niveau d'étude :	<input type="checkbox"/> Sans diplôme, certificat d'étude ou brevet <input type="checkbox"/> CAP ou BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur
5. Votre activité professionnelle :	<input type="checkbox"/> Directeurs, cadres dirigeants et gérants <input type="checkbox"/> Professions intellectuels et scientifiques <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires (cadres, employés, ouvriers) <input type="checkbox"/> Employés de type administratif <input type="checkbox"/> Commerçants et vendeurs <input type="checkbox"/> Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche <input type="checkbox"/> Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat <input type="checkbox"/> Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage <input type="checkbox"/> Professions élémentaires <input type="checkbox"/> Professions militaires <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre :
6. Votre couverture sociale :	<input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> C2S (anciennement CMU) <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Pas de complémentaire <input type="checkbox"/> Autre :
7. Recommanderiez-vous le médecin à vos proches ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Plutôt non <input type="checkbox"/> Ni oui, ni non <input type="checkbox"/> Plutôt oui <input type="checkbox"/> Parfaitement
8. La consultation avec le médecin était :	<input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Acceptable <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Excellente
9. Comment était votre relation avec le médecin ?	<input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Acceptable <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Excellente

<p>10. Le principal motif de la consultation du jour : (à cocher avec l'aide de votre médecin généraliste)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Général et non-spécifié <input type="checkbox"/> Sang, organes hématopoïétiques et appareil immunitaire <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Circulatoire <input type="checkbox"/> Ostéomusculaire <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Endocrine, métabolisme, nutrition <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Grossesse, planning familial <input type="checkbox"/> Génital féminin <input type="checkbox"/> Génital masculin <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux
<p>11. La durée de la consultation du jour :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 10 min <input type="checkbox"/> 10-20 min <input type="checkbox"/> > 20 min
<p>12. Souhaitez-vous poursuivre les soins dans ce cabinet ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Annexe 2 : fiche de recueil de données

Bonjour, je suis Willy PHOUNSOUK, doctorant en Médecine Générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un travail sur l'empathie dans la relation médecin-patient. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la validité du questionnaire CARE (Consultation and Relational Empathy). Ce questionnaire vise à évaluer votre ressenti vis-à-vis de l'empathie dont vous avez ressenti lors de votre dernière consultation de médecine générale.

Votre participation est essentielle pour améliorer la qualité des soins et la communication entre patients et médecins.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir plus de 18 ans. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 3 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Pour accéder au questionnaire, merci de scanner ce QR code :



<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/742525?lang=fr>

Merci à vous !

Annexe 3 : fiche d'information avec QR code

RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Validation de la traduction française du questionnaire CARE en consultation de médecine générale

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Christophe BERKHOUT
Interlocuteur (s) : M. Willy PHOUNSOUK

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous mettez en place une urne ou une enveloppe scellée pour la récupération des réponses.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 18 avril 2024

Délégué à la Protection des Données



AUTEUR : Nom : PHOUNSOUK

Prénom : Willy

Date de soutenance : 16/10/2025

Titre de la thèse : Validation de la traduction française du questionnaire CARE en consultation de médecine générale dans le Nord : une étude transversale

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : empathie ; questionnaire ; validation d'échelle ; consultation médicale ; soins primaires

Résumé :

L'empathie joue un rôle essentiel dans la qualité de la relation entre le médecin et son patient. Elle influence la satisfaction des patients, la communication et même la qualité des soins.

Cette étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de la version française de l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy), un outil d'hétéro-évaluation de l'empathie perçue par les patients en médecine générale.

Une étude transversale a été menée auprès de 378 patients consultant dans sept cabinets médicaux.

L'analyse factorielle confirme la structure unidimensionnelle de l'échelle, avec une forte cohérence interne (α de Cronbach = 0,789). Le score CARE est positivement corrélé à plusieurs indicateurs de satisfaction et de relation thérapeutique, soutenant sa validité de convergence.

Cette validation préliminaire suggère que la version française de l'échelle CARE est un outil fiable pour mesurer l'empathie en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie QUINTON FANTONI

Assesseurs : Pr Anita TILLY

Directeur de thèse : Pr Christophe BERKHOUT