

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 12 septembre 2019
Par M DHELFT Antoine**

**L'EMPATHIE DU PHARMACIEN PERÇUE
PAR LE PATIENT CHRONIQUE VARIE-T-ELLE
SELON LE TYPE DE PATHOLOGIE
CHRONIQUE ?**

Membres du jury :

Président : Pr DÉCAUDIN Bertrand, Doyen de la faculté de Pharmacie de Lille

**Conseiller de thèse : PINÇON Claire, Maître de Conférences Universitaire
Faculté de pharmacie de Lille**

Assesseur(s) :

**Dr FOULON Eric, Docteur en pharmacie
Pharmacie CARNOT**

**Dr LEFEBVRE Jean-Marc, Professeur Associé, Département de Médecine
Générale, Faculté de Médecine de Lille**



Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - ☎ : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie

Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

Premièrement, j'aimerais remercier les membres du jury pour leur présence aujourd'hui :

A Madame la Maitre de Conférences Universitaire, PINÇON Claire,

Pour m'avoir fait confiance dans ce projet important, guidé et d'avoir toujours été disponible pour répondre à mes interrogations qui furent nombreuses. Ainsi que d'avoir pris le temps, même pendant ses vacances, de m'aider à parfaire cette thèse qui conclut mes études de pharmacie.

A Monsieur le Doyen, DÉCAUDIN Bertrand,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, de vous être libéré malgré votre emploi du temps chargé et d'accepter de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur LEROUGE Patrick,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'allier la pluridisciplinarité entre nos deux professions.

A Monsieur le Docteur FOULON Éric,

Merci de m'avoir accueilli dans votre pharmacie ainsi que d'avoir pris le temps de me former et de m'emmener aux divers formations et ateliers. Vous m'avez été de bon conseil, que ce soit d'un point de vue pharmaceutique/médicament que d'un point de vu relationnel.

Je dédie cette thèse à :

Ma petite chérie qui me supporte depuis le début, sur qui je peux compter à chaque instant, qui m'a énormément aidé dans la réalisation de cette thèse et à qui je ne dis pas suffisamment à quel point elle est merveilleuse.

Thomas, mon binôme depuis le début (désolé Lucie !), qui m'a fait rencontrer mon Thane et sans qui je n'aurais jamais participé à cette étude, mais aussi pour son indéfectible présence et « régalades » depuis des années et pour les années à venir !

Mon Thane, « Puissiez-vous marcher sur du sable chaud » pour tous ces moments où nous dévions du sujet initial avec Veggie. Et ce projet en attente mais qui se réalisera je l'espère !

Je tiens à remercier :

Mes parents et ma famille pour leur présence, leur soutien et tout ce qu'ils m'ont transmis depuis l'enfance. Et à tous les petits « bout'chs » pour tous ces moments de rires et de joies qui me réconfortaient !

Mr et Mme VINCENT (Isabelle et Franck de leurs prénoms) qui m'ont accueilli, soutenu et avec qui « Je suis ben d'accord avec... » !

Sophie pour m'avoir guidé depuis le début sur ce terrain vaste qu'est l'empathie, mais aussi pour m'avoir répondu au milieu de ses vacances, réponses qui me furent d'une grande aide dans la dernière ligne droite !

Veggie, mon Co-thésard de la team Pharma. Merci pour ces rigolades, discussions philosophiques et tes réponses à toute heure du jour et de la nuit !

La team Médecine, à savoir, Marie-Anne, Alissa, Elise, Walid, Axel, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible, mais surtout, toujours dans une bonne ambiance de travail avec des « médiateurs de médiateurs » de réunions !

Tous mes amis avec qui j'ai partagé tant de choses pendant toutes ces années et avec qui je continuerai de partager pendant longtemps !

L'équipe de la Pharmacie CARNOT, Mme FOULON Marie-Dominique, Juliette, Chloé, Sérina, Caroline, Martin et Tessine (Mec). J'ai appris à vos côtés et vous en suis très reconnaissant !

L'équipe de la Pharmacie Ste BARBE, Mr et Mme BOURGOIS, Laetitia et Emmanuelle. Vous m'avez accueilli à bras ouverts et quelle chance j'ai eu de tomber sur une équipe comme la vôtre !

Table des matières

1	Définition	1
1.1	Origines et définitions.....	1
1.2	Intérêts et études.....	2
1.3	Objectifs	4
2	Matériel et méthode.....	6
2.1	Contexte.....	6
2.2	Type d'étude	6
2.3	Populations cibles	6
2.4	Construction du questionnaire.....	7
2.4.1	Questionnaires utilisés.....	7
2.4.1.1	Questionnaire patient	7
2.4.1.1.1	Compétences émotionnelles.....	8
2.4.1.1.2	Sociodémographie	8
2.4.1.1.3	Questionnaire du Girerd à 6 items	9
2.4.1.1.4	Le CARE	10
2.4.1.1.5	Le DUKE	11
2.4.1.1.6	Tenue vestimentaire.....	12
2.4.1.1.7	Pathologies chroniques.....	12
2.4.1.2	Questionnaire médecin	13
2.5	CNIL.....	14
2.6	Recrutement.....	15
2.6.1	Recrutement médecin.....	15
2.6.2	Recrutement patient.....	15
2.7	Recueil des données.....	16
2.8	Statistique	16
3	Résultats	17
3.1	Caractéristiques des populations étudiées.....	17
3.1.1	Les médecins généralistes	17
3.1.2	Les patients.....	18
3.1.2.1	Profil sociodémographique	19
3.1.2.2	Suivi des traitements	20
3.1.2.3	Score de Duke et compétences émotionnelles	21
3.1.2.4	Scores CARE	22
3.1.2.5	Tenue vestimentaire.....	22
3.1.2.6	Pathologies chroniques.....	23

3.1.3	Analyses de l'empathie perçue du pharmacien	24
3.1.3.1	Analyses univariées	24
3.1.3.2	Analyses multivariées.....	28
4	Discussion.....	30
4.1	Recrutement.....	30
4.2	Déterminants du score CARE pharmacien.....	30
5	Conclusion.....	34
6	Annexes	35
7	Bibliographie.....	51

1 Définition

1.1 Origines et définitions

« L'empathie » est un nom féminin qui trouve son origine du grec ancien avec « em » qui signifie : dans, à l'intérieur de ; et « pathos » qui veut dire : souffrance, ce qui est éprouvé.

Si le terme « empathie » trouve ses origines en Allemagne au XIXème siècle par le philosophe Robert VISCHER sous le terme « Einfühlung » pour désigner la capacité d'une personne à saisir le sens d'une œuvre d'art, aujourd'hui nous allons nous intéresser à sa définition psychologique et non artistique. (1)

C'est grâce à Theodor LIPPS que la transition pourra se faire à partir de 1907, ce dernier facilitant la diffusion du terme « Einfühlung » au-delà de l'art : « Le concept d'empathie est désormais devenu un concept fondamental, avant tout de l'esthétique. Mais il faut aussi qu'il devienne un concept psychologique fondamental ; et il faut encore qu'il devienne le concept sociologique fondamental. » (2) Et c'est FREUD, grand admirateur de LIPPS, qui est le premier à avoir utilisé ce terme, non pour parler d'art, mais en psychanalyse. Selon lui, l'empathie est la capacité à se mettre dans la position de l'autre, consciemment ou non.

Cependant, il revient à Carl ROGERS l'origine de la définition de l'empathie qui se rapproche le plus de la nôtre en l'intégrant dans les soins. (3) Il s'agit d'un psychologue nord-américain qui a beaucoup travaillé sur la psychologie clinique. Il avait une approche centrée sur la personne et a mis en avant la qualité de la relation entre le patient et son médecin. Au début il la nommait « la non directivité », par opposition aux méthodes traditionnelles où le médecin était directif avec ses patients qui n'avaient d'autre choix que d'appliquer ce que leur thérapeute leur indiquait. Selon ROGERS, les trois attitudes fondamentales de l'aidant, c'est-à-dire la personne en face de celle qui s'exprime (voire un thérapeute si tel est le cas) sont l'empathie, le regard positif conditionnel et la congruence :

- La congruence désigne une correspondance exacte entre l'expérience, la prise de conscience et l'expression de soi. C'est-à-dire qu'il y a cohérence entre l'action, l'expression, le ressenti et la pensée de la personne.
- Le regard positif conditionnel est une acceptation totale sans condition de la personne qui nous apparaît tel quel. C'est-à-dire qu'aucun critère n'entre en compte, qu'il soit moral, éthique ou social.
- Pour ROGERS, l'empathie c'est être capable de saisir les dessins internes et les composantes émotionnelles de quelqu'un d'autre et de les comprendre comme si on était cette personne.

Aujourd'hui l'empathie est communément définie comme « la capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre, arriver à se mettre à la place d'autrui. L'empathie cognitive consiste à comprendre les idées d'un autre et l'empathie émotionnelle à partager ses sentiments ». Il faut réussir à voir la situation au travers des yeux de son homologue, afin de comprendre son raisonnement et ses choix sans juger.

Il faut bien faire la distinction entre l'empathie, la sympathie et la compassion.

La sympathie provient du grecque « sympatheia » où « sýn » signifie : ensemble ; et « pathos » : la souffrance, que l'on traduit par « ce que l'on éprouve avec autrui ». Il s'agit donc de partager une émotion avec quelqu'un, à la différence de l'empathie qui permet de comprendre l'émotion tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre. La sympathie provient d'une certaine affinité entre deux personnes et est donc propre à chacun.

La compassion, quant à elle, est un sentiment de pitié par rapport à la souffrance de quelqu'un. Elle peut se manifester de différentes manières : tristesse, colère, etc... Ici ce qui nous touche est ce qui touche notre homologue en qui nous nous reconnaissons, on se met mentalement à sa place. (4) On se confond avec l'autre pour vivre les mêmes émotions, là où encore une fois l'empathie garde à l'esprit que nous ne sommes pas l'autre.

Il existe un consensus sur deux dimensions principales de l'empathie :

- L'empathie cognitive qui consiste en l'appréhension intellectuelle d'un autre état mental et émotif. Il s'agit de comprendre l'émotion d'une autre personne sans réagir avec la même émotion.
- L'empathie affective qui correspond en une réponse émotionnelle appropriée quand on est confronté à l'état mental d'une autre personne. (5) Ici il n'y a pas de compréhension de l'autre, il s'agit d'une réponse émotionnelle à l'émotion d'une autre personne. Il y a question de la faculté propre à chacun de savoir identifier l'état émotionnel de son homologue.

Cependant nous allons parler ici d'empathie que l'on peut qualifier de « clinique » (6), qui fait référence au domaine médical et que l'on peut observer entre un patient et son médecin/pharmacien ou tout autre soignant. L'empathie clinique s'apparente à l'empathie cognitive, qui, de par son fonctionnement, permet de protéger le professionnel de santé face au patient, contrairement à l'empathie affective qui pourrait s'apparenter à de la sympathie dans le domaine de la santé et risquerait un partage émotionnel trop intense. (7)

Le terme et le concept d' « empathie » étant maintenant définis, on peut s'interroger sur la place de l'empathie dans la relation patient-soignant. En effet, chacun est plus ou moins empathique en fonction de sa façon d'être, sa façon d'interpréter, des liens qu'il entretient avec son homologue. C'est pourquoi nous nous sommes posé la question dans le domaine de la santé, où les soignants rencontrent régulièrement les patients et peuvent avoir accès à une partie de leur intimité : quelle place l'empathie prend-elle dans ces échanges au cœur du système de santé de premier abord que sont les médecins généralistes et les pharmaciens ?

1.2 Intérêts et études

Les consultations auprès d'un médecin généraliste représentent 70% des consultations nationales en France, dont 75% sont des consultations de médecine générale et les 25% restants comprennent les consultations d'ordre pédiatrique, gynécologique, etc... Depuis quelques années, la médecine se centre de plus en plus

sur le patient en le faisant participer. Patients, familles et praticiens collaborent à l'élaboration d'un traitement, d'un suivi et à son ajustement de façon à ce qu'ils conviennent au patient. Les professionnels de santé n'imposent plus leurs traitements aux patients, on considère que le patient vit avec sa maladie au quotidien, qu'il en a l'expérience et qu'il est le mieux placé pour choisir ce qui lui convient le mieux.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a validé en mai 2015 cette démarche centrée sur le patient (8) qui repose sur 3 points :

- Des soins personnalisés avec l'écoute et la compréhension du patient
- Le développement et renforcement des compétences du patient à collaborer et s'engager dans ses soins, la gestion de sa maladie
- Une poursuite et continuité dans les soins

L'idée qui en est ressortie est qu'il faut que le patient comprenne sa maladie, ses traitements, ses examens. La compréhension de ces actes lui permettra d'adhérer plus facilement à son traitement et d'avoir une meilleure poursuite des soins.

Cependant, pour ce faire, il faut réussir à communiquer avec le patient, permettre le dialogue, le mettre dans une relation de confiance. Le patient doit sentir qu'il est écouté, que ses choix sont pris en compte et qu'il n'est jugé à aucun moment. Or les praticiens qui sont le plus en contact avec ces patients sont leurs médecins généralistes et pharmaciens.

C'est ici que l'empathie entre en jeu. Il faut réussir à voir la situation au travers des yeux du patient, afin de comprendre son raisonnement et ses choix et donc ne pas le juger ou s'opposer à lui.

Les études déjà réalisées sur l'empathie, ont montré que l'empathie du professionnel de santé qui se trouvait en face du patient avait un impact psychologique positif sur ces derniers (9), mais aussi que trois quarts des patients évoquaient que l'empathie de leur professionnel de santé était d'une importance majeure lors de leur consultation. (10) Mais ces études concernaient d'autres professionnels de santé comme les chirurgiens, les radiologues, les infirmiers etc. Par ailleurs, certaines de ces études ont été réalisées dans d'autres pays que la France et avaient pour la plupart un biais important puisqu'il s'agissait de questionnaires sur l'empathie que ressentait le patient, remplis par le praticien évalué. Il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre la mesure de l'empathie du médecin par ce dernier et celle perçue par les patients. (11) En effet, il semble difficile d'exprimer objectivement le ressenti de la personne en face de soi par rapport à l'empathie que l'on pense lui prêter.

Puisque plus le soignant est empathique, moins le patient est anxieux, il semble pertinent d'améliorer la qualité de la communication sans qu'elle ne soit forcément plus longue. (12,13)

Cette empathie permettrait une amélioration de l'état de santé des patients (14) ainsi qu'une amélioration de l'observance des traitements. (15,16)

Une étude a montré que les praticiens qui prennent le temps d'améliorer leur capacité à être empathique et de délivrer un message positif, sont susceptibles d'apporter des améliorations du même ordre que s'ils avaient prescrit un traitement pharmacologique. Ces améliorations peuvent agir au niveau de l'état physique, de l'état psychologique de leurs patients, ainsi qu'au niveau de leur satisfaction. (17) Cette approche semble

donc être la moins nocive d'un point de vu effets secondaires, mais aussi la meilleur d'un point de vu coût/efficacité.

En 2015, un rapport sur l'observance des traitements médicamenteux en France, réalisé par l'Académie nationale de Pharmacie (18), fait état que le pharmacien a une place importante dans l'observance thérapeutique de ses patients. En l'occurrence, il est le dernier maillon de la chaine de la prise en charge de ces derniers, que ce soit par la détection de la non observance ou au travers d'ateliers d'Education Thérapeutique Patient (ETP) qui lui permettent de connaitre les besoins et les attentes du patient (19) ; il reste le principal contact d'accès rapide aux patients. Il participe ainsi à la mise en place ou à la consolidation d'une alliance thérapeutique entre patient et professionnels de santé.

Cette alliance thérapeutique ne peut se faire que si le patient devient acteur et s'intéresse à sa maladie et son traitement, on parle alors « d'adhésion ». Le rapport indique que l'adhésion du patient repose essentiellement sur les relations qu'il a avec ses médecins et pharmaciens, relations qui vont reposer sur l'attitude du professionnel de santé, sur son empathie, le respect des choix de ses patients après leur avoir délivré une information complète, sur sa capacité à communiquer.

Une des propositions en fin de ce rapport était justement d'améliorer la formation des pharmaciens dans leur parcours universitaire afin de développer ou d'améliorer leurs capacités en sciences sociales, éducation et pédagogie.

On parle ici d'améliorer les compétences en sciences sociales, c'est-à-dire les connaissances de l'être humain, de ses interactions entre individus ou les groupes et leurs environnements. Mais que serait un apprentissage des sciences sociales sans empathie ? On ne peut mettre de côté cette facette qui permet d'appréhender les personnes qui nous entourent. On ne peut savoir comment l'être humain réagit sans connaître le contexte, ni le ressenti du patient que l'on a en face de soi. Il faut donc aussi améliorer les compétences dans ce domaine qu'est l'empathie afin de mieux cerner les patients, de mieux les accompagner ou répondre à leurs attentes.

Cependant, cet apprentissage de l'empathie ne se fait pas uniquement dans le but de venir en aide aux patients mais aussi aux professionnels de santé qui peuvent parfois se retrouver submergés par la souffrance de leur patient. Comme on le retrouve dans le modèle de LARSON et YAO, (20) une des conséquences délétères de l'empathie du soignant peut être le burn-out et donc l'incapacité à exercer.

1.3 Objectifs

Les études de médecine et pharmacie sont longues, mais ne pourraient-elles pas être complétées par des enseignements portant sur l'empathie qui est une composante imperceptible de tout traitement ? Pour ce faire, il pourrait être pertinent d'identifier les pathologies pour lesquelles la qualité de la relation avec les soignants est moindre et qui aurait des répercussions sur la santé du patient.

L'empathie doit intervenir à chaque consultation, mais cela a moins d'intérêt au long terme pour le patient lambda qui ne vient que pour une pathologie ponctuelle. Il semble

plus judicieux de s'intéresser à l'empathie ressentie au long terme, c'est-à-dire avec des patients ayant une pathologie chronique qui auront une meilleure perception de l'empathie de leurs médecins et pharmaciens. Chaque pathologie chronique n'ayant pas le même impact sur le quotidien des patients, on peut alors se demander si l'empathie perçue sera la même en fonction des pathologies chroniques.

Le sujet de cette thèse porte sur l'empathie perçue par le patient et ses variations éventuelles en fonction de la pathologie chronique.

Pour répondre à cette problématique, une enquête a été menée, dont le protocole sera détaillé dans une première partie matériel & méthode relatant le contexte de l'étude, les conditions d'inclusion et d'exclusion des participants, leur recrutement, les questionnaires utilisés et les raisons de leur utilisation. Une deuxième partie présentera les résultats. Enfin une troisième traitera de l'interprétation et de la discussion.

2 Matériel et méthode

2.1 Contexte

Le projet E.M.P.A.T.H.I.E.S. (Empathie des Médecins et des Pharmaciens, Adhérence Thérapeutique et Indicateurs d'Etat de Santé) a débuté en Avril 2018 avec pour sujet l'empathie perçue, de son pharmacien et médecin traitant, par le patient, dans le but de découvrir s'il y avait un impact sur l'état de santé physique et psychologique du patient, ainsi que sur son observance thérapeutique.

Cependant, au fil des recherches, se sont posées d'autres questions, comme : l'empathie perçue en fonction des pathologies chroniques ; ou encore, s'il y avait une influence sur le ressenti de l'empathie en fonction de la tenue vestimentaire du médecin ou s'il était maître de Stage.

Le protocole décrit ci-dessous a été validé par le comité d'éthique de l'université de Lille le 28 janvier 2019.

2.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale non interventionnelle dont le recrutement des médecins s'est effectué du 1^{er} février 2019 au 15 septembre 2019. Ces derniers ont dû répondre à un questionnaire les concernant avec une partie sociodémographique pour bien cerner leurs conditions d'exercices et leur tenue vestimentaire. En parallèle s'est effectué le recrutement des patients du 1^{er} février 2019 au 30 octobre 2019.

Il s'agit ici d'une analyse intermédiaire ne portant pas sur la totalité des patients prévus initialement.

2.3 Populations cibles

L'étude est à deux niveaux et comporte 2 populations.

La première population se compose de l'ensemble des médecins généralistes (MG) du Nord et du Pas-de-Calais. Il a été décidé de passer par les médecins pour recruter les patients car ils sont les plus à même de répondre aux questions concernant les pathologies chroniques des patients, mais aussi pour recruter des patients correspondants aux critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre médecin généraliste installé et exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais durant toute la durée de l'étude.
- Avoir dans sa patientèle au moins un patient présentant une pathologie chronique.

Quant aux critères d'exclusion :

- Etre médecin remplaçant

- Etre interne en médecine générale (Les internes changeant régulièrement de lieu de stage, ils n'avaient pas forcément le même rapport avec les patients plutôt que le médecin titulaire)
- Etre maître de stage universitaire pour des externes (Les étudiants en externat de médecine assistant aux consultations, leur présence peut impacter la perception du patient sur la relation soignant-soigné)
- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.

La seconde population ciblée se compose de l'ensemble des patients du Nord et du Pas-de-Calais présentant au moins une pathologie chronique.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre le patient d'un médecin de la population 1
- Âge \geq 18 ans
- Etre affilié à un régime de sécurité sociale
- Avoir déclaré le médecin généraliste participant à l'étude comme « médecin traitant »
- Etre affecté, selon le médecin traitant, d'une pathologie chronique depuis plus de 6 mois et qui nécessite la prise régulière d'un traitement (le médecin traitant s'assurant de ce critère).

Quant aux critères d'exclusion :

- L'incapacité à remplir le questionnaire seul (trouble cognitif ou émotionnel jugé trop important par le médecin traitant pour la participation à l'étude dans des conditions optimales, handicap...)
- Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

2.4 Construction du questionnaire

2.4.1 Questionnaires utilisés

2.4.1.1 Questionnaire patient

Le questionnaire patient se compose de 7 parties. Il y a d'abord, une partie sociodémographique afin de pouvoir dégager le profil des patients, puis s'en suit une évaluation du quotient émotionnel pour connaître les capacités d'expression des sentiments du patient. On trouve ensuite le questionnaire de Girerd (à 6 items) afin de connaître l'observance thérapeutique du patient, suivi par le score CARE (un pour le pharmacien et un pour le médecin) pour évaluer l'empathie perçue par le patient. A la suite on trouve le questionnaire Duke qui permet d'étudier l'état de santé mental et physique du patient, puis il y a une partie évaluation de la tenue vestimentaire du médecin et enfin, une partie portant sur les pathologies chroniques du patient complétée par le médecin. Ce questionnaire est anonyme, seul le nom du médecin est présent et nécessite une pseudonymisation.

2.4.1.1.1 Compétences émotionnelles

Ici nous souhaitons avoir un indicateur des compétences émotionnelles (CE) des patients, chaque question étant cotée de 1 à 5 avec un score total compris entre 5 et 25, ces CE sont classées en 5 catégories (21) :

- l'identification
- la compréhension
- l'expression
- la régulation
- et l'utilisation des émotions.

Il semblerait que cette intelligence émotionnelle soit un facteur prédictif important dans l'adaptation d'un individu à son environnement. L'utilisation des émotions est un point qui fait débat aujourd'hui car la mesure de cette capacité est plutôt orientée sur la manipulation d'autrui pour parvenir à ses fins dans les questionnaires. Une échelle courte de CE, le S-PEC (Short Profile of Emotional Competence) avait été étudiée en 2014. Comportant 20 items, il s'agissait d'une version réduite du PEC (Profile of Emotional Competence) à 50 items. Cependant, les données psychométriques relevées étaient peu fiables. Ainsi une version plus courte et plus fiable, composée de 13 items, est actuellement en cours d'élaboration. (Communication personnelle de Sophie LELORAIN)

Nous avons extrait 5 items de ce questionnaire à paraître, notre but principal étant juste d'intégrer une variable des compétences émotionnelles dans notre projet afin de pouvoir la contrôler en raison de son impact dans les comportements. En effet, l'empathie perçue du médecin ou du pharmacien par le patient, sera variable en fonction de ses compétences émotionnelles. (22)

Ces 5 items ont été retenus en fonction de leurs qualités psychométriques et afin d'avoir un item d'identification, un de compréhension, un d'expression et de deux régulations. (L'absence de l'item « d'utilisation » a été justifiée précédemment)

Le choix d'avoir retenu 2 items mesurant la régulation provient du fait qu'il s'agisse du point le plus important d'entre tous. En effet, c'est le point le plus délicat (savoir se calmer lorsque l'on est en colère, ne pas laisser la tristesse s'installer, etc...), mais il est aussi l'un des points les plus liés aux comportements et à la santé en raison des réactions qu'il provoque.

2.4.1.1.2 Sociodémographie

Les caractéristiques socio-démographiques (âge, genre, niveau d'études, situation professionnelle, le fait de vivre seul·e ou non) sont nécessaires, car l'empathie ressentie par le patient peut varier en fonction de ces variables socio-éducatives. (22)

2.4.1.1.3 Questionnaire du Girerd à 6 items

Aujourd'hui, il existe différentes méthodes permettant de mesurer l'observance d'un patient, chacune ayant ses qualités et ses défauts :

- La première méthode serait de vérifier l'assiduité des renouvellements de chaque patient dans sa pharmacie, mais cette méthode est chronophage et pourra être biaisée si le patient va dans plusieurs officines et si ces dernières lui avancent des boîtes de médicaments. Mis à part ce dernier point, le contrôle pourrait s'effectuer plus facilement via l'accès au Dossier Patient (DP) si celui-ci a été créé.
- A ceci peut être combiné le contrôle du carnet de suivi (glycémie, tension, INR) cependant il peut ne pas être rempli par le patient malgré le fait qu'il suive correctement son traitement et ses suivis, il peut oublier de le ramener.
- Une autre méthode consisterait à vérifier le nombre de comprimés restants dans chaque boîte en fin de mois, mais le patient aurait alors la désagréable impression de se faire contrôler et d'être infantilisé, pouvant ainsi réduire la relation de confiance qui le lie avec son professionnel de santé. De plus il pourrait y avoir un biais si le patient possède une réserve de comprimés de dépannage ou sur lui. Avec cette méthode, on ne tient pas compte non plus si le patient prend son traitement au bon moment de la journée ou à heure régulière.
- Le contrôle lors d'un entretien avec le patient est à bannir, car ce dernier aura tendance à surestimer son observance de peur de décevoir son médecin/pharmacien.
- S'en suivent les méthodes invasives avec les dosages urinaires, plasmatiques ou salivaires. En effet ces méthodes sont objectives mais biaisées, car il n'y a pas toujours de corrélation entre la dose absorbée et le taux relevé (sanguin, urinaire et salivaire), si tant soit peu que l'on puisse révéler la prise du traitement en question. De plus, chaque patient réagissant différemment au niveau de l'absorption, de la distribution, de la métabolisation et de l'élimination, il faudrait normaliser les taux en fonction du patrimoine génétique de chaque patient en plus de comparer la puissance et l'efficacité de différentes molécules de la même famille, sachant qu'une molécule lipophile aura un taux très bas et sera d'autant plus difficile à détecter dans tous les fluides corporels hydrophiles que sont le sang, la salive et les urines. (23) Le problème étant que cette méthode est représentative ponctuellement et a tendance à rendre le patient observant seulement les jours précédant le contrôle. Il faut aussi considérer que ces méthodes ne sont pas agréables et sont coûteuses.
- On peut y ajouter la méthode de suivi pour certaines pathologies comme le suivi de l'hémoglobine-glyquée, le cholestérol, la tension artérielle, l'INR. On rejoint ici l'idée du carnet de suivi, et il faut à nouveau prendre en compte le patient dans son intégrité qui peut moins bien répondre au traitement alors qu'il a une excellente observance. (24)

A ce jour, il n'existe aucun consensus sur la réalisation et donc l'utilisation d'un questionnaire sur l'observance en France, questionnaire simple, peu ou non biaisé et utilisable en cas de polyopathologies ou sur différentes pathologies. Les seuls tests

utilisables qui ne soient biaisés sont le comptage de comprimés ou dosages sanguin qui sont ici irréalisables dans notre cas et qui comportent les inconvénients évoqués précédemment.

Pour FARMER (25), le meilleur moyen de suivi d'observance du patient doit éviter les dichotomies simplistes, être peu coûteux, fournir une évaluation objective, un enregistrement continu de l'observance thérapeutique, être discret afin de ne pas affecter le comportement du patient et enfin, être facile à utiliser et analyser.

Or il n'existe à ce jour aucune méthode répondant strictement à ces moyens, mais une s'en approche et c'est pourquoi nous avons donc décidé d'utiliser le score de Girerd à 6 items, dérivé du score de MORISKY-GREEN, qui est rapide, relativement fiable (surestime la mauvaise observance) et en français. (26,27)

Le MORISKY-GREEN a été développé et validé en anglais initialement pour vérifier l'observance concernant les traitements antihypertenseurs. (28)

Ce questionnaire rapide permet de savoir si le patient est observant avec son traitement. Il s'agit d'un questionnaire comportant 6 questions qui vont permettre de mesurer l'observance du patient. Il est d'ailleurs recommandé par la sécurité sociale française dans le suivi de l'observance médicamenteuse en général et non pas uniquement dans le cadre des antihypertenseurs. (**Annexe 1**)

Le patient répond aux 6 questions soit par oui, soit par non. Si un item est manquant, le score n'est pas valide. Chaque réponse positive vaut 1 point.

- Bonne observance = 0
- Non observant mineur = 1 - 2
- Non observant = 3 et plus

2.4.1.1.4 Le CARE

Le CARE (Consultation And Relational Empathy) est un auto-questionnaire rapide (10 questions) et facile à remplir par le patient dans le contexte d'une consultation avec un professionnel de santé, permettant de mesurer l'empathie perçue par le patient de ce dernier. Les questions sont cotées de 1 à 5 (dans l'ordre croissant : Mauvais ; Passable ; Bon ; Très bon ; Excellent). Mais le patient peut aussi indiquer quand la question ne s'applique pas.

Le questionnaire est ainsi divisé en 2 sous-scores : un sous score d'écoute pour les questions 1 à 6 (score entre 6 et 30), et un sous score d'action pour les questions 7 à 10 (score entre 4 et 20), donnant au total un score de 10 à 50. Tout en tenant compte des non réponses ou « ne s'appliquant pas ».

Afin d'évaluer l'empathie perçue par rapport à leurs soignants, il a été demandé aux patients de répondre au questionnaire CARE 2 fois, une fois pour le pharmacien et une seconde fois pour leur médecin traitant.

Ce questionnaire a été développé initialement par le département de médecine générale de l'université de Glasgow et de l'université d'Edinburgh. Il s'agit d'un questionnaire qui a été validé en comparaison à l'échelle de mesure d'empathie de Reynolds (RES) et à la sous-échelle de Barrett-Lennard (BLESS). (29)

Le CARE est un outil pratique car il permet d'avoir une mesure de l'empathie qui se base sur le ressenti du patient à posteriori. Cependant, d'après les travaux de McKINSTRY, il semblerait que le niveau social, l'âge, l'origine de la consultation (physique ou non) et le fait d'être fumeur puissent influencer les préférences du type de consultation, c'est-à-dire qu'il y ait un partage entre le patient et son médecin ou que le médecin soit directif. (30)

2.4.1.1.5 Le DUKE

Le MOS SF 36 est un questionnaire très utilisé et même considéré comme une référence pour mesurer la qualité de vie des patients, cependant le Duke semble plus court (et donc mieux rempli) et plus facile d'utilisation.(31)

Le DUKE a été comparé au MOS SF 36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36) qui est un questionnaire évaluant 9 aspects de santé et composé de 36 questions.

Ces 9 aspects de santé sont séparés en 3 :

- Santé physique :
 - o L'activité physique
 - o Les limitations dues à l'état physique
 - o Douleurs physiques
 - o Santé perçue
- Santé mentale
 - o Vie et relations avec les autres
 - o Santé psychique
 - o Les limitations dues à l'état psychique
 - o La vitalité
- Une évolution de la santé perçue en demandant de comparer son état de santé actuel par rapport à il y a 1 an.

Dans le MOS SF 36, les patients doivent répondre aux questions concernant leur état de santé physique et mentale sur les 4 dernières semaines, contrairement à la dernière question qui se fait sur 1 année.

Ici nous avons utilisé le DUKE, une version réduite issue du Duke - UNC (University of North Carolina) Health Profile, plus facilement applicable et optimisé à la population générale, sans perte de fiabilité et validité.(32) Qui a été validé et traduit en Français. (33)

Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 17 items qui permet de mesurer la qualité de vie, liée à la santé du patient, en évaluant 6 aspects de santé :

- Santé physique
- Santé mentale
- Santé sociale
- Santé générale (il correspond à la somme des résultats des scores Duke de santé physique, mentale et sociale, le tout divisé par 3)
- Santé perçue
- Estime de soi

Et 4 aspects de dysfonctionnement :

- Anxiété
- Dépression
- Douleur
- Handicap

Pour chaque item, le patient à 3 réponses possible mais ne doit en choisir qu'une seule, celle qui lui correspond le mieux :

- Oui, c'est tout à fait mon cas
- C'est à peu près mon cas
- Non ce n'est pas mon cas

Réponses cotées respectivement 0 ; 1 ; 2.

Chaque score possède un résultat compris entre 0 et 100 et si un item est manquant, le(s) scores(s) correspondant(s) est (sont) manquant(s).

2.4.1.1.6 Tenue vestimentaire

La communication est primordiale dans l'établissement et la continuité de la relation médecin-patient. Il a été démontré que la communication patient-médecin permet de prédire la santé de ce premier pour les semaines, voire les mois à venir. (34) En effet, s'exprimer est une thérapeutique complémentaire aux autres thérapeutiques, cependant la communication avec son médecin permet de faire varier la santé du patient au moyen de voies indirectes, avec pour pré-requis une certaine capacité de compréhension du patient, la confiance en son médecin et son accord donné au médecin.

Cette communication va permettre de meilleurs résultats de santé du patient par une plus grande confiance et donc meilleure une compréhension de sa maladie, des décisions médicales, un meilleur accès au soin, une meilleure gestion des émotions, un meilleur soutien social.

La communication peut être verbale ou non verbale. Si la première catégorie peut facilement être définie, la seconde va se composer de la gestuelle, de la posture, du comportement, du style vestimentaire et c'est sur ce dernier point que nous allons nous attarder car il a été démontré que la tenue vestimentaire du médecin influence la relation patient-médecin. (35) Notamment parce qu'elle impacte la relation de confiance patient-médecin mais aussi la prescription médicamenteuse. (36,37)

2.4.1.1.7 Pathologies chroniques

Cette partie est attenante au questionnaire patient mais elle est remplie par le médecin devant le patient après obtention de son accord oral.

La construction de cette étude n'a pas pu s'appuyer sur des items validés de la littérature étant donné que la problématique n'a jamais été abordée actuellement à notre connaissance.

La partie commence par le nombre de pathologies chroniques dont est atteint le patient. Ces pathologies chroniques sont ensuite classées selon le référentiel de classification CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). (38) Ce référentiel validé permet une évaluation des pathologies par système d'organes qui est plus exhaustif que le système d'Affectation Longue Durée (ALD) qu'utilise la sécurité sociale française. Il permet d'englober plus de patients chroniques qui auraient été exclus par une classification selon le système d'ALD.

Il est ensuite question de la pathologie chronique qui prédomine (il est fréquent de présenter plusieurs pathologies chroniques), qui en fonction de la gravité, pourrait influencer sur l'état de santé du patient et l'empathie perçue.

On retrouve ensuite la date de diagnostic de la pathologie chronique la plus ancienne. En effet, on peut imaginer que la durée de la chronicité pourrait avoir un impact sur les relations que possède le patient avec son médecin et son pharmacien et ainsi influencer sur l'empathie qu'il perçoit.

Le nombre de traitements pris au long cours par le patient a été demandé afin d'observer si le nombre de traitements pris quotidiennement pouvait faire varier l'empathie perçue. La perte de confiance du patient envers son MG et/ou pharmacien par l'incompréhension du nombre de traitements à prendre pourrait nuire à la relation qui lie les deux partis. De la même façon, un nombre élevé de traitements semble favoriser la mauvaise observance, voire même la morbidité, faisant ainsi varier l'état de santé et potentiellement l'empathie. (39)

On trouve enfin une question concernant l'origine de la consultation, si elle était liée aux pathologies chroniques du patient ou non, afin de distinguer si l'origine de la consultation engendre une variation du score CARE MG.

2.4.1.2 Questionnaire médecin

Ce questionnaire nominatif permettait d'identifier les dimensions sociodémographiques du médecin, son activité, mais aussi de définir la tenue vestimentaire du médecin le jour de la visite de l'investigateur au cabinet.

En effet, une étude Coréenne a démontré que les patients préféraient avoir un médecin en blouse blanche ou en tenue conventionnelle coréenne. Ces tenues ont obtenu un meilleur score de compétence et d'empathie de la part des patients interrogés. (40) Cependant, en raison de la différence d'habitude vestimentaire entre la France et la Corée, les résultats de cette étude ne sont pas extrapolables.

La partie sociodémographique se compose :

- Du nom et prénom du médecin
- S'il est Maître de stage universitaire ou non
- De son âge
- De sa date de fin d'études
- De son année d'installation
- S'il participe à des groupes de pairs
- S'il possède des formations complémentaires

Son activité :

- La classification de son lieu d'exercice (en plus de sa zone d'exercice)
- S'il exerce en cabinet seul, en groupe, en maison de santé ou non
- Si son activité est libérale, mixte ou salariée
- Le temps moyen par consultation
- Le nombre d'actes annuels

L'European Deprivation Index (EDI) reflète l'expérience individuelle de défavorisation tout en étant transposable à différents territoires. En effet il est calculé à partir des données normalisées issues des IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique). Il s'agit de la plus petite unité géographique pour laquelle les données du recensement français sont disponibles. (41) On considère une personne défavorisée si elle est dans l'incapacité financière de posséder ou réaliser au moins 3 besoins fondamentaux parmi 6 retenus :

- Faire face à des dépenses imprévues de 800€
- Remplacer des meubles hors d'usage
- Passer une semaine de vacances annuelle loin du domicile
- Offrir des cadeaux à la famille/amis au moins 1 fois/an
- Posséder une voiture
- Posséder un micro-onde.

En France, la distribution est comprise entre -5.332 et 20.522.

Ces données étaient nécessaires car il a été mis en évidence que pour les patients ayant plusieurs comorbidités, les consultations étaient plus longues dans les zones favorisées par rapport aux zones défavorisées. (42)

De plus, on observe un impact sur l'empathie perçue des médecins généralistes par leurs patients, car ces derniers sont ainsi jugés plus empathiques dans les zones favorisées. (43)

Pour cette étude, les EDI ont été calculés par Florent OCELLI, enseignant-chercheur de l'EA 4483 dont la problématique de recherche porte sur l'analyse spatiale des inégalités environnementales et sociales de santé et pour laquelle l'usage des EDI est nécessaire.

2.5 CNIL

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

2.6 Recrutement

2.6.1 Recrutement médecin

Le recrutement a été effectué par les investigateurs. Les médecins généralistes de l'étude furent d'abord tirés au sort à partir d'une liste fournie par la Maison de Recherche Clinique de Lille, en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion déjà abordés précédemment.

Une seconde liste contenant les noms et coordonnées des médecins généralistes Maitres de Stage Universitaires fut recueillie sur le site du Collège des Enseignants de Médecine Générale Lillois après son accord, puis un tirage au sort a été réalisé à partir de cette liste.

Par la suite, les médecins généralistes ont été contactés par téléphone par les investigateurs selon une procédure standardisée (**Annexe 2**). Si ces derniers n'avaient pas le temps pour un entretien, ils étaient contactés les jours suivants, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier en fonction de leur demande. Par ailleurs, s'ils ne répondaient pas, ils étaient à nouveau contactés tous les 3 jours jusqu'à ce qu'une réponse soit obtenue, avec relance par courrier au bout de 10 jours. Et s'il n'y avait toujours pas réponse au bout de 15 jours, le médecin était exclu. Une fois l'accord de principe obtenu, un rendez-vous présentiel était pris et régi par une autre procédure standardisée (**Annexe 3**). Lors de ce rendez-vous, après avoir mieux exposé le principe de l'étude, les conditions d'inclusion et d'exclusion des patients, les médecins étaient inclus dans l'étude, s'ils acceptaient d'y participer, en signant un formulaire de consentement (**Annexe 4**). Par la même occasion, un questionnaire les concernant était rempli avec leur aide, par les investigateurs (**Annexe 5**). Il faut signaler que les MG n'étaient pas rémunérés pour leur participation à l'étude.

2.6.2 Recrutement patient

Les patients ont été recrutés par les médecins généralistes, inclus précédemment dans l'étude, au cours d'une consultation de soins courants.

Pour ce faire, ils devaient respecter les critères d'inclusion qui ont été présentés au médecin généraliste, qui a ainsi pu les juger aptes à entrer dans l'étude. Ainsi, le médecin leur a proposé de participer à l'étude en fin de consultation, selon le guide d'entretien dispensé par l'investigateur (**Annexe 6**). Dans ce cas, avant d'obtenir son consentement, le médecin a indiqué au patient qu'il fournira des informations concernant sa (ses) pathologie(s) chronique(s) à l'équipe de recherche, sachant que toutes les pathologies chroniques notifiées par le médecin dans le questionnaire devaient déjà être connues du patient au préalable.

Une fois le consentement oral du patient recueilli par le médecin, ce dernier devait remplir la partie « Partie à remplir par le professionnel de santé » avec le patient et transmettre la suite du questionnaire à ce dernier, afin qu'il puisse remplir les parties restantes dans la salle d'attente après la consultation (**Annexe 7**).

Une fois le questionnaire complété, le patient devait le déposer dans une urne scellée prévue à cet effet.

Afin d'éviter tout biais de sélection des patients par le médecin, ce dernier se devait de proposer à tout patient répondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude et ce, de manière consécutive sur un ou plusieurs jours. Le médecin devait aussi consigner le nombre de patients à qui il avait proposé de participer à l'étude afin d'évaluer le taux de refus.

2.7 Recueil des données

La saisie informatique des données s'est effectuée du 7 Mars 2019 au 18 Juillet 2019 au fur et à mesure du recueil des questionnaires pendant la période d'inclusion.

2.8 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 ou médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en fonction de l'asymétrie de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles. La recherche de facteurs prédictifs du score CARE pour l'empathie perçue du pharmacien a été effectuée avec des modèles de régressions linéaires mixtes, incluant le médecin traitant comme facteur à effets aléatoires. Pour les variables quantitatives, l'hypothèse de linéarité était vérifiée en comparant le modèle simple au modèle contenant une composante quadratique. Dans le cas où l'hypothèse n'était pas respectée, la variable était ln-transformée, recodée en variable binaire ou prise en compte de façon à construire un modèle linéaire par morceaux. Les modèles multivariés étaient construits en incluant toutes les covariables, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariées, à l'exception des variables présentant un taux de données manquantes trop élevé (> 10%). La sélection des covariables était ensuite effectuée manuellement. Les hypothèses sous-jacentes de la régression pour le modèle multivarié final ont été vérifiées graphiquement à l'aide des résidus.

Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques des populations étudiées

3.1.1 Les médecins généralistes

A ce stade de l'étude, nous avons recruté 23 médecins généralistes (MG). Nous allons nous intéresser ici aux données sociodémographiques (Tableau n°1), à l'activité et à la tenue vestimentaire de ces derniers (Tableau n°2).

Sur ces 23 médecins, il y a 17 MSU et 4 femmes. L'âge médian des MG est de 59 ans [41 ; 64]. Le délai depuis leur dernière année d'études a une médiane de 32 années [15 ; 37]. Alors que la médiane d'années depuis l'installation est de 29 années [10 ; 35].

	Effectif total de MG (n=23)
MSU	17 (74%)
Genre féminin	4 (17%)
Âge (années)	59 [41 ; 64]
Délai depuis la fin d'études (années)	32 [15 ; 37]
Délai depuis l'installation (années)	29 [10 ; 35]
Participation à des groupes de pairs	5 (22%)

Tableau n° 1 : Caractéristiques sociodémographiques des MG

EDI commune	0.61 ± 0.19
EDI zone	0.51 ± 0.11
Zonage	
Zone hors vivier	15 (65%)
ZAC	7 (30%)
ZIP	1 (4%)
Zone d'exercice urbaine	13 (62%)
Type d'activité	
Libérale	18 (78%)
Salariée	0 (0%)
Mixte	5 (22%)
Type de cabinet	
Cabinet seul	10 (43%)
Cabinet de groupe	9 (39%)
MSP	3 (13%)
Autre	1 (4%)

Tableau n° 2 : Activité des MG

Dans cet échantillon de médecins généralistes (n = 23), nous avons un EDI moyen de 0.61 ± 0.19 pour les communes et 0.51 ± 0.11 pour les zones correspondantes.

Le zonage est composé à 65% (n = 15) de zones hors vivier, 30% (n = 7) de zones d'actions complémentaires et 4% (n = 1) de zones d'interventions prioritaires.

62% (n = 13) exercent en milieu urbain, avec 78% (n = 18) de praticiens libéraux et 22% (n = 5) de praticiens ayant une activité mixte.

Enfin, la composition des cabinets est de :

- 43% (n = 10) en cabinet seul
- 39% (n = 9) en cabinet de groupe
- 13% (n = 3) en Maison de Santé Pluridisciplinaire
- 4% (n = 1) Autre

On observe qu'en moyenne les médecins déclarent accorder 15 minutes [15 ; 17] à chaque consultation (Tableau n°3).

Les habitudes vestimentaires des MG se répartissent de la manière suivante :

- 52% (n = 12) tenue semi formelle
- 26% (n = 6) tenue casual
- 13% (n = 3) blouse
- 9% (n = 2) tenue formelle

RIAP	6012 ± 1971
Temps moyen de consultation (minutes)	15 [15 ; 17]
Tenue	
Blouse	3 (13%)
Formel	2 (9%)
Semi formel	12 (52%)
Casual	6 (26%)
Tatouage	0 (0%)
Piercing	0 (0%)
Lunettes	16 (70%)
Moustaches et/ou barbe	9 (39%)
Nombre de refus pour la participation à l'étude	0 [0 ; 2]

Tableau n° 3 : Consultations et tenues vestimentaires des MG

3.1.2 Les patients

A ce moment de l'étude, l'effectif total des patients est n = 390 avec un âge moyen de 65 ± 13 ans. Nous allons nous intéresser aux résultats concernant les données sociodémographiques de ces derniers (Tableau n°4).

3.1.2.1 Profil sociodémographique

Ici, 54% (n = 209) des patients ayant répondu étaient de sexe féminin contre 46% (n = 179) qui étaient de sexe masculin, avec <1% (n = 1) qui a déclaré être d'un autre genre (Tableau n°4).

Par ailleurs, sur ces 390 patients, 25% (n = 94) ont déclaré vivre seul.

	Effectif total de patients (n=390)
Âge (années)	65 ± 13
Genre	0 : Masculin 179 (46%) 1 : Féminin 209 (54%) 2 : Autre 1 (<1%)
Le patient habite seul	94 (25%)
Niveau de diplôme	0 : Aucun diplôme 29 (8%) 1 : Brevet des collèges 21 (6%) 2 : Certificat d'études 67 (18%) 3 : BEP/CAP 132 (35%) 4 : Baccalauréat 69 (18%) 5 : Licence 18 (5%) 6 : Master 15 (4%) 7 : Doctorat 7 (2%) 8 : Autre 23 (6%)
Situation professionnelle	0 : En activité 92 (24%) 1 : Etudiant·e 1 (<1%) 2 : Sans emploi 50 (13%) 3 : Retraité·e 241 (63%)
Consommation régulière d'alcool	117 (30%)
Consommation régulière de tabac	60 (15%)
Consommation régulière de cannabis	4 (1%)

Tableau n° 4 : Profil sociodémographique des patients

Le niveau d'étude des patients est réparti de la façon suivante :

- 35% (n = 132) ont le niveau BEP/CAP
- 18% (n = 69) ont le niveau du Baccalauréat
- 18% (n = 67) ont le niveau du Certificat d'études
- 8% (n = 29) n'ont aucun diplôme
- 6% (n = 23) ont déclaré avoir un niveau autre que ceux présents
- 6% (n = 21) ont le niveau du brevet des collèges

- 5% (n = 18) ont le niveau de Licence
- 4% (n = 15) ont le niveau Master
- 2% (n = 7) ont le niveau Doctorat

Concernant la situation professionnelle :

- 63% (n = 241) des patients interrogés étaient des retraités
- 24% (n = 92) déclaraient être en activité
- 13% (n = 50) étaient sans emploi
- Et < 1% (n = 1) étaient étudiants

3.1.2.2 Suivi des traitements

On observe pour l'ensemble des patients un score médian pour le Girerd de 1 [0 ; 1] sur 6 (Tableau n°5).

Score de Girerd (points)	1 [0 ; 1]
Personne qui prend les traitements en pharmacie	
Patient	364 (96%)
Aidant familial	13 (3%)
Infirmier·e / autre aidant	3 (<1%)
Personne qui gère les traitements à domicile	
Patient	368 (97%)
Aidant familial	8 (2%)
Infirmier·e / autre aidant	4 (1%)
Nombre de consultations chez le MG cette année	
1 fois	4 (1%)
2 à 3 fois	35 (9%)
4 à 6 fois	176 (46%)
7 à 12 fois	118 (31%)
> 12 fois	48 (13%)
Nombre de visites à la pharmacie cette année	
1 fois	4 (1%)
2 à 3 fois	28 (7%)
4 à 6 fois	133 (35%)
7 à 12 fois	142 (37%)
> 12 fois	74 (19%)

Tableau n° 5 : Suivi des traitements

On peut aussi noter que 96% des patients vont chercher eux même leur traitement à la pharmacie, contre 3% qui disposent d'un aidant familial qui y va à leur place et <1% qui disposent d'un autre aidant ou d'un infirmier.

97% des patients gèrent eux même leur traitement, 2% délèguent cette tâche à un aidant familial et 1% dépendent d'un autre aidant ou d'un infirmier.

Les consultations chez le MG ont été scindées en 5 catégories :

- Les patients allant chez le MG 1 fois/an représentent 1%
- Les patients allant 2 à 3 fois/an chez le MG représentent 9%
- Les patients allant 4 à 6 fois/an chez le MG représentent 46%
- Les patients allant 7 à 12 fois/an chez le MG représentent 31%
- Les patients allant plus de 12 fois/an chez le MG représentent 13%

Les visites à la pharmacie ont été scindées de la même façon :

- Les patients allant 1 fois/an à la pharmacie représentent 1%
- Les patients allant 2 à 3 fois/an à la pharmacie représentent 7%
- Les patients allant 4 à 6 fois/an à la pharmacie représentent 35%
- Les patients allant 7 à 12 fois/an à la pharmacie représentent 37%
- Les patients allant plus de 12 fois/an à la pharmacie représentent 19%

3.1.2.3 Score de Duke et compétences émotionnelles

La moyenne du score de compétences émotionnelles est de 18 ± 3 points sur 25 (Tableau n°6).

Score compétences émotionnelles (points)	18 ± 3
Score Duke santé physique (points)	50 ± 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)	50 [50 ; 100]
Score Duke estime de soi (points)	73 ± 20
Score Duke anxiété (points)	37 ± 20
Score Duke dépression (points)	39 ± 24
Score Duke douleur (points)	50 [50 ; 100]
Score Duke incapacité (points)	0 [0 ; 0]

Tableau n° 6 : DUKE et CE

Concernant le Duke :

- le score de santé physique a une moyenne de 50 ± 25 sur 100 points
- le score de santé mentale a une moyenne de 65 ± 24 sur 100 points
- le score de santé sociale a une moyenne de 68 ± 20 sur 100 points
- le score de santé générale a une moyenne de 61 ± 18 sur 100 points
- le score de santé perçue a une médiane de 50 [50 ; 100] sur 100 points

- le score d'estime de soi a une moyenne de 73 ± 20 sur 100 points
- le score d'anxiété a une moyenne de 37 ± 20 sur 100 points
- le score de dépression a une moyenne de 39 ± 24 sur 100 points
- le score de douleur a une médiane de 50 [50 ; 100] sur 100 points
- le score d'incapacité a une médiane de 0 [0 ; 0] sur 100 points

3.1.2.4 Scores CARE

Le score total CARE pharmacien a une médiane de 37 points sur 50 [31 ; 42], qui se compose d'un score d'écoute CARE pharmacien avec une médiane à 22 points sur 30 [18 ; 26] et d'un score d'action CARE pharmacien avec une médiane de 15 points sur 20 [12 ; 17].

Le score total CARE MG a une médiane de 45 points sur 50 [39 ; 50], il se compose lui aussi d'un score d'écoute CARE MG avec une médiane de 27 points sur 30 [16 ; 20] et d'un score d'action avec une médiane de 18 points sur 20 [16 ; 20].

La participation à au moins un atelier d'ETP concerne 5% contre 95% qui n'y ont jamais participé et moins de 1% qui ne savent pas (Tableau n°7).

Score CARE pharmacien écoute (points)	22 [18 ; 26]
Score CARE pharmacien action (points)	15 [12 ; 17]
Score CARE pharmacien total (points)	37 [31 ; 42]
Participation à un ETP au moins	
Non	354 (95%)
Oui	17 (5%)
Ne sait pas	2 (<1%)
Score CARE MG écoute (points)	27 [24 ; 30]
Score CARE MG action (points)	18 [16 ; 20]
Score CARE MG total (points)	45 [39 ; 50]
Temps de la dernière consultation (minutes)	15 [15 ; 20]

Tableau n° 7 : Scores CARE pharmacien et MG

3.1.2.5 Tenue vestimentaire

Dans l'ensemble les patients semblent avoir une préférence pour les médecins portant une tenue semi formelle et sont majoritairement d'accord pour dire que la tenue du MG est importante (27% plutôt d'accord, 31% tout à fait d'accord), cependant 25% des patients déclarent ne pas y prêter pas attention (Tableau n°8).

La tenue du MG est importante	
Pas du tout d'accord	39 (11%)
Plutôt pas d'accord	24 (7%)
Ni d'accord ni pas d'accord	92 (25%)
Plutôt d'accord	98 (27%)
Tout à fait d'accord	113 (31%)
Le patient se sentirait plus écouté et compris par la tenue	
Blouse (Tenue A)	32
Formelle (Tenue B)	45
Semi formelle (Tenue C)	99
Casual (Tenue D)	28
Le patient suivrait davantage un traitement prescrit par un MG portant la tenue	
Blouse (Tenue A)	35
Formelle (Tenue B)	43
Semi formelle (Tenue C)	128
Casual (Tenue D)	26

Tableau n° 8 : Préférences des tenues vestimentaires du MG

3.1.2.6 Pathologies chroniques

Les patients interrogés ont une médiane de 2 pathologies chroniques [1 ; 3]. (Tableau n°9)

Nombre de pathologies chroniques	2 [1 ; 3]
Appareils concernés	
1. Cardiaque	89 (23%)
2. HTA	216 (57%)
3. Vasculo-hématopoïétique	36 (9%)
4. Respiratoire	52 (14%)
5. Ophtalmologique et ORL	18 (5%)
6. Gastro-intestinal supérieur	31 (8%)
7. Gastro-intestinal inférieur	29 (8%)
8. Hépatique	12 (3%)
9. Rénal	13 (3%)
10. Génito-urinaire	26 (7%)
11. Téguments musculo-squelettiques	88 (23%)
12. Nerveux central et périphérique	30 (8%)
13. Endocrino-métabolique	160 (42%)
14. Troubles psychiatriques/comportementaux	50 (13%)

Tableau n° 9 : Répartition des pathologies chroniques chez les patients

Ces dernières ont été classées en catégories dont la prévalence varie :

- 57% (n = 216) des patients souffrent d'hypertension artérielle (HTA)
- 42% (n = 160) souffrent de pathologie endocrino-métabolique
- 23% (n = 89) souffrent de pathologie cardiaque
- 23% (n = 88) souffrent de pathologie touchant les téguments musculo-squelettique
- 14% (n = 52) souffrent de pathologie respiratoire
- 13% (n = 50) souffrent de troubles psychiatriques/comportementaux
- 9% (n = 36) souffrent de pathologie vasculo-hématopoïétique
- 8% (n = 31) souffrent de pathologie gastro-intestinale supérieure
- 8% (n = 30) souffrent de pathologie touchant le système nerveux central et/ou périphérique
- 8% (n = 29) souffrent de pathologie gastro-intestinale inférieure
- 7% (n = 26) souffrent de pathologie génito-urinaire
- 5% (n = 18) souffrent de pathologie ophtalmologique et/ou ORL
- 3% (n = 13) souffrent de pathologie rénale
- 3% (n = 12) souffrent de pathologie hépatique

Délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (années)	14 [8 ; 22]
Nombre de traitements pris au long cours	4 [2 ; 6]
Consultation liée aux pathologies chroniques du patient	311 (83%)

Tableau n° 10 : Précisions concernant les pathologies chroniques

Chez ces même patients, la pathologie chronique la plus ancienne a été diagnostiquée il y a en moyenne 14 ans [8 ; 22]. La médiane des traitements pris est de 4 [2 ; 6] en rapport avec leur(s) pathologie(s) chronique(s). Et pour 83% (n = 311) d'entre eux, la consultation était liée à leurs pathologies chroniques (Tableau n°10).

3.1.3 Analyses de l'empathie perçue du pharmacien

3.1.3.1 Analyses univariées

A ce moment de l'étude, les analyses portent sur un effectif de n = 330 patients (Tableau n°11).

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et l'âge du patient (pente estimée à 0.02, IC 95% [-0.04 ; 0.09], p=0.51)

	Pente	IC95%	p
Âge (par année)	0.02	[-0.04 ; 0.09]	0.51
Genre féminin (vs. masculin ou autre)	1.26	[-0.38 ; 2.90]	0.13
Le patient habite seul	1.08	[-0.90 ; 3.06]	0.28
Niveau de diplôme (vs. aucun diplôme)			0.81
Brevet des collèges	-0.94	[-6.17 ; 4.29]	
Certificat d'études	-0.88	[-4.55 ; 2.78]	
BEP/CAP	-1.63	[-5.03 ; 1.77]	
Baccalauréat	-0.10	[-3.83 ; 3.63]	
Licence	-1.19	[-5.91 ; 3.52]	
Master ou doctorat	-2.47	[-7.49 ; 2.55]	
Autre	0.77	[-3.85 ; 5.39]	
Situation professionnelle (vs étudiant·e ou sans emploi)			0.44
En activité	1.65	[-1.07 ; 4.37]	
Retraité·e	1.45	[-0.98 ; 3.88]	
EDI de la commune (par point)	1.00	[-4.71 ; 6.70]	0.72
Consommation régulière d'alcool	-0.15	[-1.94 ; 1.64]	0.87
Consommation régulière de tabac	1.79	[-0.48 ; 4.07]	0.12
Consommation régulière de cannabis	-2.10	[-9.63 ; 5.44]	0.58

Tableau n° 11 : Modèles de régression linéaire univariés pour le CARE Pharmacien (Paramètres sociodémographiques)

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le fait que le patient aille lui-même chercher son traitement en pharmacie. De la même façon, on ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le fait que le patient gère lui-même son traitement à son domicile (Tableau n°12).

Sujet prenant les traitements en pharmacie (vs. patient)			0.29
Aidant familial	3.43	[-1.59 ; 8.46]	
Infirmier·e / autre aidant	-4.32	[-14.87 ; 6.24]	
Sujet gérant les traitements à domicile (vs. patient)			0.26
Aidant familial	2.65	[-3.50 ; 8.79]	
Infirmier·e / autre aidant	-7.49	[-18.05 ; 3.07]	
Nombre de visites à la pharmacie cette année (vs. ≤ 3 fois)			0.03
4 à 6 fois	4.33	[0.79 ; 7.88]	
7 à 12 fois	5.34	[1.81 ; 8.87]	
> 12 fois	4.48	[0.72 ; 8.24]	

Tableau n° 12 : Modèles de régression linéaire univariés pour le CARE Pharmacien (Suivi des traitements)

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le nombre de visites à la pharmacie durant l'année. En comparaison à moins de 3 visites par an, pour 4 à 6 visites par année, le score CARE pharmacien augmente en moyenne de 4.33 points (IC 95% [0.79 ; 7.88], p=0.03).

Pour un nombre de visites compris entre 7 et 12 par année, le score CARE pharmacien augmente en moyenne de 5.34 points (IC 95% [1.81 ; 8.87], p=0.03).

Pour un nombre de visites supérieur à 12 par année, le score CARE pharmacien augmente en moyenne de 4.48 points (IC 95% [0.72 ; 8.24], p=0.03).

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score de compétences émotionnelles, lorsque le score de CE est inférieur à 17 points, le CARE diminue de 0.64 points par augmentation d'un point de score de CE (IC 95% [-1.25 ; -0.03], p=0.04). En revanche lorsque le score de CE est supérieur ou égal à 17 points, la CARE augmente de 1.21 points par augmentation d'un point du score de CE (IC 95% [0.74 ; 1.68], p<0.0001) (Tableau n°13).

Score compétences émotionnelles (par point)			
Pour un score ≤ 17 points	-0.64	[-1.25 ; -0.03]	0.04
Pour un score ≥ 17 points	1.21	[0.74 ; 1.68]	<0.0001
Score Duke santé physique (par point)	0.02	[-0.01 ; 0.06]	0.18
Score Duke santé mentale (par point)			
Pour un score ≤ 60 points	-0.05	[-0.11 ; 0.02]	0.19
Pour un score ≥ 60 points	0.10	[0.03 ; 0.17]	0.005
Score Duke santé sociale (par point)			
Pour un score ≤ 70 points	-0.02	[-0.10 ; 0.05]	0.51
Pour un score ≥ 70 points	0.19	[0.08 ; 0.29]	0.0004
Score Duke santé générale (par point)			
Pour un score ≤ 40 points	-0.26	[-0.46 ; -0.05]	0.02
Pour un score ≥ 40 points	0.10	[0.04 ; 0.16]	0.0008
Score Duke santé perçue > 0	-1.35	[-3.49 ; 0.78]	0.21
Score Duke estime de soi (par point)			
Pour un score ≤ 60 points	-0.12	[-0.22 ; -0.02]	0.02
Pour un score ≥ 60 points	0.12	[0.05 ; 0.19]	0.0004
Score Duke anxiété (par point)	-0.01	[-0.05 ; 0.03]	0.56
Score Duke dépression (par point)			
Pour un score ≤ 50 points	-0.08	[-0.14 ; -0.02]	0.006
Pour un score ≥ 50 points	0.08	[-0.00 ; 0.16]	0.06
Score Duke douleur > 0	-2.89	[-5.31 ; -0.47]	0.02
Score Duke incapacité > 0	1.25	[-1.79 ; 4.29]	0.42

Tableau n° 13 : Modèles de régression linéaire univariés pour le CARE Pharmacien (Duke et CE)

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le score Duke de santé physique (pente estimée à 0.02, IC 95% [-0.01 ; 0.06], p=0.18). On observe

des résultats similaires pour les scores Duke de santé perçue, d'anxiété et d'incapacité où les résultats ne permettent pas de mettre en évidence de lien avec le CARE pharmacien.

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le score Duke de santé mentale pour un score inférieur à 60 points (pente estimée à -0.05, IC 95% [-0.11 ; 0.02], p= 0.19). En revanche, pour un score Duke de santé mentale supérieur ou égal à 60 points, le CARE augmente de 0.10 points par augmentation d'un point du score Duke (IC 95% [0.04 ; 0.16], p=0.05). Les résultats sont similaires pour les scores Duke de santé sociale, santé générale, d'estime de soi et de dépression, où les résultats sont négatifs pour des scores bas et positifs pour des scores élevés. Cependant, les résultats ne sont pas significatifs pour les scores bas pour les scores Duke de santé mentale et sociale. A contrario, les résultats ne sont pas significatifs pour les scores hauts concernant le Duke dépression.

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score Duke de douleur où le CARE diminue de 2.89 points lorsque le score Duke est positif (IC 95% [-5.31 ; -0.47], p=0.02).

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et la participation à au moins un ETP où le CARE augmente de 5.05 points lorsqu'il y a eu au moins un ETP (IC 95% [1.17 ; 8.94], p=0.01) (Tableau n°14).

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score CARE MG. Pour un score inférieur à 40 points, le CARE pharmacien augmente de 0.32 point par augmentation d'un point du score CARE MG (IC 95% [0.07 ; 0.56], p=0.01). Alors que pour un score supérieur ou égal à 40 points, le CARE pharmacien augmente de 0.71 point par augmentation d'un point de score CARE MG (IC 95% [0.51 ; 0.91], p<0.0001).

Participation à un ETP au moins (vs. non ou ne sait pas)	5.05	[1.17 ; 8.94]	0.01
Score CARE MG total (par point)			
Pour un score ≤ 40 points	0.32	[0.07 ; 0.56]	0.01
Pour un score ≥ 40 points	0.71	[0.51 ; 0.91]	<0.0001

Tableau n° 14 : Modèles de régression linéaire univariés pour le CARE Pharmacien (ETP et CARE MG)

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le nombre de pathologies chroniques (p=0.77) (Tableau n°15).

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et l'appareil concerné.

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (pente estimée à 0.03 par année IC 95% [-0.04 ; 0.10], p=0.36).

On ne met pas non plus en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le nombre de traitements pris au long cours avec une pente estimée à -0.11 par traitement supplémentaire (IC 95% [-0.40 ; 0.18], p=0.45).

Nombre de pathologies chroniques (vs 1)				0.77
	2	0.32	[-2.06 ; 2.69]	
	3	1.34	[-1.21 ; 3.89]	
	4	-0.18	[-3.61 ; 3.25]	
	5 ou plus	-0.81	[-5.01 ; 3.40]	
Appareils concernés				
1. Cardiaque		-1.20	[-3.18 ; 0.78]	0.23
2. HTA		-0.75	[-2.44 ; 0.94]	0.39
3. Vasculo-hématopoïétique		-0.35	[-3.15 ; 2.45]	0.80
4. Respiratoire		0.95	[-1.46 ; 3.35]	0.44
5. Ophtalmologique et ORL		-0.73	[-4.36 ; 2.90]	0.69
6. Gastro-intestinal supérieur		-2.59	[-5.67 ; 0.49]	0.10
7. Gastro-intestinal inférieur		-1.17	[-4.25 ; 1.91]	0.45
8. Hépatique		-2.52	[-6.91 ; 1.86]	0.26
9. Rénal		2.94	[-1.27 ; 7.16]	0.17
10. Génito-urinaire		-3.05	[-6.41 ; 0.31]	0.08
11. Téguments musculo-squelettiques		1.15	[-0.85 ; 3.15]	0.26
12. Nerveux central et périphérique		-1.83	[-4.79 ; 1.13]	0.23
13. Endocrino-métabolique		-0.30	[-2.00 ; 1.41]	0.73
14. Troubles psychiatriques/comportementaux		1.16	[-1.25 ; 3.57]	0.34
Délai depuis le diagnostic de la pathologie la plus ancienne (par année)		0.03	[-0.04 ; 0.10]	0.36
Nombre de traitements pris au long cours		-0.11	[-0.40 ; 0.18]	0.45

Tableau n° 15 : Modèles de régression linéaire univariés pour le CARE Pharmacien (Pathologies chroniques)

3.1.3.2 Analyses multivariées

Pour les analyses multivariées nous avons travaillé ici avec un échantillon de n = 285 patients (Tableau n°16).

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le score de compétences émotionnelles pour un score inférieur à 17 points (pente estimée à -0.67, IC 95% [-1.40 ; 0.06], p=0.07). En revanche, pour un score de CE supérieur ou égal à 17 points, le CARE augmente de 1.17 points par augmentation d'un point du score de CE (IC 95% [0.65 ; 1.68], p<0.0001).

On ne met pas en évidence de lien entre le score CARE pharmacien et le score Duke de santé générale pour un score inférieur à 40 points (pente estimée à -0.20 (IC 95% [-0.42 ; 0.02], p=0.07), alors que pour un score supérieur ou égal à 40 points, le CARE augmente de 0.08 point par augmentation d'un point du score Duke (IC 95% [0.02 ; 0.15], p=0.01).

On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et la participation à au moins un ETP où le score CARE augmente de 4.52 points lorsqu'il y a eu au moins un ETP (IC 95% [0.36 ; 8.68], p=0.03).

On met en évidence un lien entre le score CARE et l'appareil concerné :

- Pour l'appareil endocrino-métabolique, chez les femmes, le score CARE diminue de 2.58 points (IC 95% [-4.96 ; -0.19], p=0.03)
- Pour les troubles psychiatriques/comportementaux chez les femmes, le score CARE augmente de 3.85 points (IC 95% [0.88 ; 6.81], p=0.01)

	Pente	IC95%	p
Score compétences émotionnelles (par point)			
Pour un score ≤ 17 points	-0.67	[-1.40 ; 0.06]	0.07
Pour un score ≥ 17 points	1.17	[0.65 ; 1.68]	<0.0001
Score Duke santé générale (par point)			
Pour un score ≤ 40 points	-0.20	[-0.42 ; 0.02]	0.07
Pour un score ≥ 40 points	0.08	[0.02 ; 0.15]	0.01
Participation à un ETP au moins (vs. non ou ne sait pas)	4.52	[0.36 ; 8.68]	0.03
Appareils concernés			
1. Cardiaque	-0.53	[-2.62 ; 1.57]	0.62
2. HTA	-0.47	[-2.19 ; 1.25]	0.59
3. Vasculo-hématopoïétique	0.70	[-2.19 ; 3.60]	0.63
4. Respiratoire	1.05	[-1.44 ; 3.53]	0.41
5. Ophtalmologique et ORL	-1.18	[-4.85 ; 2.49]	0.53
6. Gastro-intestinal supérieur	-1.62	[-4.78 ; 1.54]	0.31
7. Gastro-intestinal inférieur	0.64	[-2.66 ; 3.94]	0.70
8. Hépatique	-3.24	[-7.92 ; 1.43]	0.17
9. Rénal	4.27	[-0.52 ; 9.06]	0.08
10. Génito-urinaire	-1.52	[-5.29 ; 2.25]	0.43
11. Téguments musculo-squelettiques	1.87	[-0.26 ; 3.99]	0.08
12. Nerveux central et périphérique	-1.32	[-4.46 ; 1.83]	0.41
13. Endocrino-métabolique			
Chez les hommes	1.48	[-1.18 ; 4.14]	0.27
Chez les femmes	-2.58	[-4.96 ; -0.19]	0.03
14. Troubles psychiatriques/comportementaux			
Chez les hommes	-2.18	[-6.97 ; 2.60]	0.37
Chez les femmes	3.85	[0.88 ; 6.81]	0.01

Tableau n° 16 : Modèle de régression linéaire multivarié pour le CARE Pharmacien

4 Discussion

4.1 Recrutement

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si la perception de l'empathie du pharmacien variait en fonction du type de la pathologie chronique.

Pour rappel, la population étudiée avait une moyenne d'âge de 65 ans avec une répartition de 54% de femmes. Vingt-cinq pourcent de cette population déclarait vivre seul, ce qui semble correspondre à la représentation réelle des patients disposant du régime d'Affectation Longue Durée (ALD). En effet, on observe qu'en 2017 les femmes représentaient 52% des patients ALD et que la moyenne d'âge de l'ensemble des patients ALD était de 63 ans en France. (44) C'est donc une majorité de patients retraités qui ont participé à l'étude (63%), suivi des personnes en activités à hauteur de 24%, 13% de personnes sans emploi et une minorité (<1%) qui était étudiante.

Concernant les pathologies, les patients avaient une médiane de 2 pathologies chroniques [1 ; 3], ce qui semble correspondre aux données de 2011 où l'on observe pour les patients de 55 à 64 ans une moyenne de 1.14 maladies ou traitements par rapport à la population générale de la même classe d'âge et 1.65 maladies ou traitements de moyenne pour les patients de 65 à 74 ans. (45) Ces pathologies chroniques ont été classées en 14 appareils à des fins pratiques pour les analyses. Sont principalement représentés : l'HTA (57% de l'échantillon), les troubles endocrino-métaboliques (42%), les téguments musculo-squelettiques et affections cardiaques (concernant tous les deux 23% des patients). La classification CIRS permet d'englober un plus grand nombre de patients chroniques qui n'auraient pas été intégrés dans la classification des régimes ALD. Cependant, on retrouve sensiblement les mêmes observations sans pouvoir réellement comparer avec la classification des pathologies selon le système d'ALD. On observe en effet que les traitements des risques vasculaires concernent 7 429 000 patients sur près de 20 000 000. A cela s'ajoutent les 3 878 000 de personnes bénéficiant de traitements concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires. De la même manière, les traitements pour le diabète concernent 3 160 000 personnes. (46)

Sur l'ensemble des patients de l'étude on observe un score moyen de compétences émotionnelles égal à 18 ± 3 . Une minorité a déjà participé à un atelier d'ETP (5%), 95% n'y a jamais participé et moins de 1% ne sait pas.

4.2 Déterminants du score CARE pharmacien

Cette étude met ainsi en évidence un lien entre quatre variables et l'empathie perçue par le patient.

On remarque que les compétences émotionnelles du patient (si score > 17 points) ont un effet sur le score CARE pharmacien. Cela confirme ce qui avait été énoncé précédemment, que l'empathie perçue du pharmacien par le patient serait variable en fonction des compétences émotionnelles de ce dernier. (22) En effet, l'obtention d'un score de compétences émotionnelles élevé indique que le patient est plus à même

d'interpréter les sentiments/réactions de son pharmacien, et donc indirectement l'empathie dont ce dernier fait preuve.

On peut aussi remarquer que le fait que le pharmacien ait réalisé un atelier d'ETP avec le patient joue sur l'empathie perçue par ce dernier. On peut supposer que le fait de participer à un atelier d'ETP peut être vu par le patient comme la possibilité d'améliorer sa prise en charge, son quotidien et que le pharmacien lui en donne les moyens. Au cours de cet entretien, qui tourne autour du patient, des situations ont pu être identifiées, notamment par la capacité à se mettre à la place de son patient par le pharmacien et donc de l'empathie, ce qui a pu contribuer à améliorer le lien qui lie les deux protagonistes.

Il semblerait que l'empathie perçue par le patient ait également un lien avec l'état de santé générale de ce dernier. Dans les analyses multivariées, on observe la même tendance pour un score Duke supérieur ou égal à 40 points avec une empathie perçue qui augmente. Ce qui ne correspond pas totalement à ce qui avait été vu précédemment où l'empathie du soignant devait améliorer l'état de santé du patient, mais aussi avoir un impact psychologique positif. (9,14)

A la vue de ces résultats, on peut se demander si ce n'est pas plutôt l'empathie perçue du pharmacien qui vient conditionner l'état de santé du patient ? Dans un souci d'objectivité c'est l'état de santé générale qui a été utilisé et non pas l'état de santé perçue qui n'est pas forcément l'état de santé réel.

Il a aussi été mis en évidence un lien entre type de pathologie et empathie perçue dans deux cas de figure. On observe dans les analyses multivariées que les pathologies psychologiques et endocrino-métaboliques chez les femmes influent sur l'empathie perçue de leur pharmacien. On peut y associer l'observation faite que les patients ayant des problèmes psycho-sociaux, une pathologie ou un handicap chronique apprécient l'empathie du soignant lors d'une consultation. On peut alors se demander si le lien entre pathologies et empathie perçue ne serait pas dû au fait que ces patients sont justement à la recherche d'empathie de la part de leur pharmacien. Cette empathie est d'ailleurs considérée comme un élément important de la relation thérapeutique tacite qui lie le patient et son soignant, et aurait un intérêt à devenir une norme dans la prise en charge des patients souffrants de problèmes chroniques. (10) Si l'on observe dans les analyses que la moyenne du temps de consultation est de 15 minutes environ, ce n'est pas la durée de consultation qui limite l'empathie dont fait preuve le soignant mais bien la capacité d'empathie du soignant qui peut être améliorée lors des études. (47)

La relation patient-pharmacien fait donc quand même parfois intervenir l'empathie de ce dernier. Cependant, il est difficile de mesurer l'empathie de manière fiable. En effet, il est possible que le pharmacien ne fasse pas preuve d'empathie, comme il se peut que le patient ne la ressente pas. Dans les deux cas de figures, les mesures vont se baser sur des scores issus des retours du patient. Et à moins de confronter les résultats CARE pharmacien de chaque patient avec le quotient émotionnel de son pharmacien, il semble peu probable de pouvoir discerner si l'empathie réelle du pharmacien correspond à l'empathie perçue par le patient, en sachant qu'une personne empathique ne l'est pas forcément avec tout le monde. De plus, si l'empathie est une capacité qui varie, il a été observé que certains déterminants font varier cette capacité. (48)

Dans cette étude, le recueil de l'empathie a été réalisé non pas pour le pharmacien en particulier mais pour l'officine où se rend le patient. En effet, il est compliqué de cibler spécifiquement le pharmacien, les patients n'ayant pas forcément à faire à ce dernier à chaque fois. C'est aussi pour cette raison que l'étude s'est intéressée aux patients chroniques qui sont les plus à même de consulter leurs pharmaciens, ne serait-ce que pour le renouvellement de leurs traitements. Cependant nous aurions pu demander aux patients s'ils allaient toujours dans la même officine (en dehors des périodes de vacances), afin de pouvoir affiner cette variable concernant le pharmacien. D'un autre côté, cette variable a été pondérée par le nombre de visites annuelles du patient à la pharmacie, mais aussi par le fait de savoir si le patient va lui-même à la pharmacie et qui gère son traitement. On a observé lors du codage des questionnaires que certains patients n'allaient pas eux même à la pharmacie mais répondaient au CARE pharmacien. De prime abord, un patient qui ne va pas chercher ou ne s'occupe pas de son traitement ne semble, a priori, pas apte à juger de l'empathie de son pharmacien car il n'est peut-être pas acteur de son traitement. (on retrouve les lignes de conduites publiées par la HAS en 2015). Il faut cependant prêter attention au fait que certains patients ne se déplacent pas, mais ne restent pas sans pour autant sans relation avec leur pharmacien. En effet, cela peut être un employé de la pharmacie qui vient lui porter ses traitements, chose qui n'a pas été demandée dans le questionnaire et donc pris en compte dans les analyses. De la même façon, si c'est un proche ou une aide qui vient à la place du patient, il n'est pas rare d'avoir le patient au téléphone par rapport à son traitement, conseils ou questions qu'il pourrait avoir. Concernant le nombre de visites annuelles à la pharmacie et chez le MG, on a observé que certains patients ont déclaré n'y aller qu'une fois par an. Or cela semble peu probable pour une pathologie chronique, c'est d'ailleurs pour cette raison que l'étude ciblait les médecins pour recruter des patients chroniques car ils étaient les plus à même de répondre précisément concernant les pathologies chroniques de leurs patients. Il se peut que le patient ait mal répondu au questionnaire ou alors qu'il y ait eu une erreur de recrutement de la part du médecin en plus de la possibilité de livraisons par la pharmacie. Cependant, il faut noter la présence d'un MG pro-pharmacien dans nos effectifs, qui était habilité à délivrer certains traitements comme nous l'a notifié un des patients.

Toutefois, il est intéressant de souligner que les scores CARE concernant le MG et le pharmacien ont pu être modifiés inconsciemment par le patient. Ce dernier sortant de la consultation avec son MG ne répond pas forcément de la même façon aux deux questionnaires CARE en fonction de la façon dont la consultation vient de se dérouler. On peut aussi imaginer que les patients avaient peur que leur médecin lise leurs réponses une fois partis, d'où l'utilisation d'urnes scellées pour pallier ce problème. De plus, de par la façon dont les MG ont été recrutés (c'est-à-dire que, malgré l'utilisation d'une liste randomisée des MG du Nord-Pas-De-Calais, leur participation à l'étude reposait sur le volontariat et donc à leur intérêt aux sujets), il est possible qu'il y ait eu une sélection involontaire des MG plus empathiques que la moyenne, et potentiellement aussi des patients plus réceptifs à l'empathie de leurs soignants. Cependant, les MG devaient proposer à tous les patients qui pouvaient être inclus de participer à l'étude et de le notifier afin de limiter la sélection par ces derniers, et de connaître le taux d'abstention. A contrario, le lien avec le pharmacien étant retranscrit

au travers de leurs patients, on possède une meilleure vision globale de l'empathie de ces derniers sans sélection possible.

Concernant le Questionnaire Duke, il s'agit d'un questionnaire assez long qui peut donc générer des données manquantes et donc des scores manquants. Cependant il s'agissait du score de santé le plus court existant et validé. Il était donc malgré tout plus facile à remplir et moins long que ses homologues, qui auraient donc pu générer encore plus de données manquantes.

Au cours de l'étude, en ce qui concerne le statut professionnel du patient, le statut d'invalidité n'avait pas été anticipé et certains patients le notifiaient d'eux-mêmes. Il serait intéressant de vérifier si le score CARE pharmacien possède un lien avec ce statut.

Malgré tout, cette étude est la première de son genre concernant les pharmaciens, qui plus est en France et qui a été validée par le comité d'éthique de l'université de Lille. Elle correspond à une représentation globale de la population du Nord-Pas-de-Calais avec des recrutements de tous milieux (défavorisés ou non), et un nombre de patients raisonnable pour une étude intermédiaire. Certains médecins ont été recrutés très rapidement, de même pour leurs patients (se pose alors la question de savoir si ces médecins n'étaient pas les plus empathiques d'entre tous). Tandis que d'autres ont pris plus de temps et se pose alors la question de la possible sélection des patients par ces derniers, alors que d'autres n'y consacraient qu'une journée par semaine en raison de leur charge de travail. Les résultats sont à approfondir, notamment avec les résultats de l'analyse finale qui pourraient mettre plus en relief le rôle des pathologies chroniques sur l'empathie.

5 Conclusion

Le métier de pharmacien est un métier de contact où l'échange avec les patients est quotidien. Cet échange peut être bref avec de simples politesses, comme il peut être long au décours d'une ordonnance. Ils peuvent être rapprochés dans le temps dans le cadre de conseil ou d'ordonnances ponctuelles, ou régulier pour les renouvellements. L'empathie du pharmacien peut être conditionnée, à force de voir et d'échanger avec son patient.

En conclusion, cette étude a permis de montrer que la perception de l'empathie du pharmacien varie avec le type de pathologie, chez les femmes atteintes de troubles endocrino-métaboliques et/ou de troubles psychologiques/comportementaux. Dans le premier cas, l'empathie perçue était en moyenne plus faible et a contrario, dans le second cas, plus importante.

On a aussi pu observer que l'empathie perçue variait en fonction des compétences émotionnelles du patient, mais aussi de son état de santé et de la participation à des ateliers d'ETP.

Maintenant que le lien entre pathologies chroniques et empathie perçue a été fait, il serait intéressant de voir quelles sont les répercussions de cette empathie. En quoi va-t-elle intervenir pour le patient ? Va-t-elle améliorer son quotidien et/ou sa santé ? On peut imaginer que ce soit de façon directe rien que par l'échange avec son pharmacien, ou indirecte par une meilleure observance, et donc moins de rechute ou complications.

Il serait aussi intéressant d'élargir l'étude et de voir si les patients trouvent que leur pharmacien répond à leurs attentes, que ce soit au niveau des conseils ou de leur écoute. On peut en effet imaginer qu'un pharmacien qui ne sait pas conseiller-dépanner ses patients serait vu comme moins empathique. Seulement il faudrait distinguer les aides/conseils/dépannages possibles de ceux qui ne le seraient pas. On entend par là que les patients ne sont pas toujours au courant de ce que le pharmacien peut faire ou non et peuvent se retrouver frustrés et mécontents face au refus de ce dernier, refus qui aurait pour conséquence une mauvaise interprétation de l'empathie du pharmacien.

On peut aussi se demander quelles sont les attentes de ces patients en fonction de leur pathologie chronique. En effet, on peut par exemple imaginer qu'une personne asthmatique sera beaucoup plus demandeuse de conseils qu'une personne diabétique, le premier ressentant plus facilement les symptômes de sa maladie par rapport au second. La capacité du pharmacien à répondre à ces attentes pourrait faire varier l'empathie perçue par le patient.

L'empathie ne dépend pas du temps consacré, mais de la capacité du pharmacien à être empathique, à échanger. Cette capacité pourrait être améliorée pendant les études. En effet, il y a de plus en plus de formations appliquées avec des mises en situations, parfois même interprofessionnelles. Cependant, ces situations n'évaluent pas ou ne prennent pas en compte l'empathie, l'absence de véritables patients n'y est pas étrangère. Recourir à des patients experts issus d'associations ne pourrait qu'améliorer l'expérience des étudiants, leurs apprentissages et l'acquisition de leurs compétences.

6 Annexes

Annexe 1 :

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

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

Gimard X. et al. Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Coeur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- Si votre patient répond non à toutes les questions, il est considéré comme un bon observant.
- Si votre patient répond oui une ou deux fois, il est considéré comme non observant mineur.
- Si votre patient répond oui trois fois ou plus, il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



Annexe 2 :

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : APPEL TELEPHONIQUE

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

Annexe 3 :

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

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

Annexe 4 :



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 : <i>cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté (OUI / NON)</i>	OUI	NON
1) J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche « E.M.P.A.TH.I.E.S »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :
Signature du participant :

Date :
Signature de l'investigateur:

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

Annexe 5 :

Annexe 3

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

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

NOM et Prénom du médecin :

MSU Non MSU

Age du médecin : ans

Année de fin d'études :

Année d'installation :

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

Formation(s) complémentaire(s) :
.....
.....
.....
.....

Lieu d'exercice :

EDI :

Zone dite « en difficulté »

Zone dite « fragile »

Type d'activité :

Libéral

Salarié

Mixte

Zone d'exercice :

rural

urbain

Type de cabinet :

Cabinet seul

Cabinet de groupe

Maison de santé pluri-professionnelle

Autre :

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

Temps prévu de consultation par patient en moyenne : min

Tenue vestimentaire du médecin observée :

Blouse

Formel

Semi-formel

Casual

Autre(s) :

tatouage

Piercing/écarteur d'oreille

lunettes

Moustaches / barbe

Annexe 6 :

GUIDE DE RECRUTEMENT DU PATIENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE

1. Vérifier que le patient réponde bien aux critères d'inclusion (et d'exclusion)
 - o Critères d'inclusion :
 - **Âge ≥ 18 ans**
 - Patient affilié à un régime de sécurité sociale
 - **Pathologie chronique** dont le diagnostic a été posé depuis au moins **6 mois** et nécessitant la prise régulière d'un traitement
 - Être un patient ayant déclaré un médecin généraliste participant à l'étude comme « **médecin traitant** ».
 - o Les critères d'exclusion sont :
 - Incapacité à remplir le questionnaire seul (trouble cognitif ou émotionnel jugé trop important par le médecin traitant pour la participation à l'étude dans des conditions optimales, handicap...)
 - Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.
2. Les patients doivent être recrutés de façon consécutive : tous les patients éligibles doivent se voir proposer l'étude.
3. Proposer l'étude au patient selon ces termes :
 - o 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.
 - o 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...).
 - o Il s'agit de répondre à un questionnaire (cases à cocher) juste après cette consultation. Sa durée est d'environ 15 minutes.
 - o 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) pour contacter l'équipe de recherche en charge de cette étude qui pourra répondre en détails à toutes vos questions.
 - o 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.
 - o Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est votre ressenti et votre opinion qui importent.
 - o 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.
 - o Il vous suffira de glisser votre questionnaire une fois rempli dans l'urne dédiée.
 - o Les urnes scellées seront relevées par les chercheurs. Je n'y aurai pas accès.
4. Lui demander s'il a des questions autour de cette étude et y répondre.
5. Recueillir son consentement oral.
6. Prendre un questionnaire et remplir la dernière page (page 7) appelée « Partie à remplir par le professionnel de santé » avec les informations concernant le patient.
7. Remettre le questionnaire au patient avec la feuille d'information de l'étude. Lui montrer la partie qu'il aura à remplir. Lui fournir un stylo et lui indiquer où se situe l'urne dans laquelle il devra remettre le questionnaire une fois complété.
8. Remercier encore une fois le patient et insister sur l'intérêt à ce qu'il réponde à TOUTES les questions, afin que l'étude puisse être de la meilleure qualité possible.
9. Dans tous les cas, consigner sur la feuille de compte si le patient a accepté ou refusé (comptes non nominatifs, un trait dans la colonne concernée suffit). Une fois que 20 patients ont accepté, vous pouvez arrêter de proposer les questionnaires aux patients.

**FEUILLE DE COMPTE POUR LE MEDECIN GENERALISTE
ETUDE EMPATHIES**

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

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

Annexe 7 :

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

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

LA COMMUNICATION AVEC VOTRE 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 médecin généraliste ? (merci d'indiquer un chiffre)	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 :

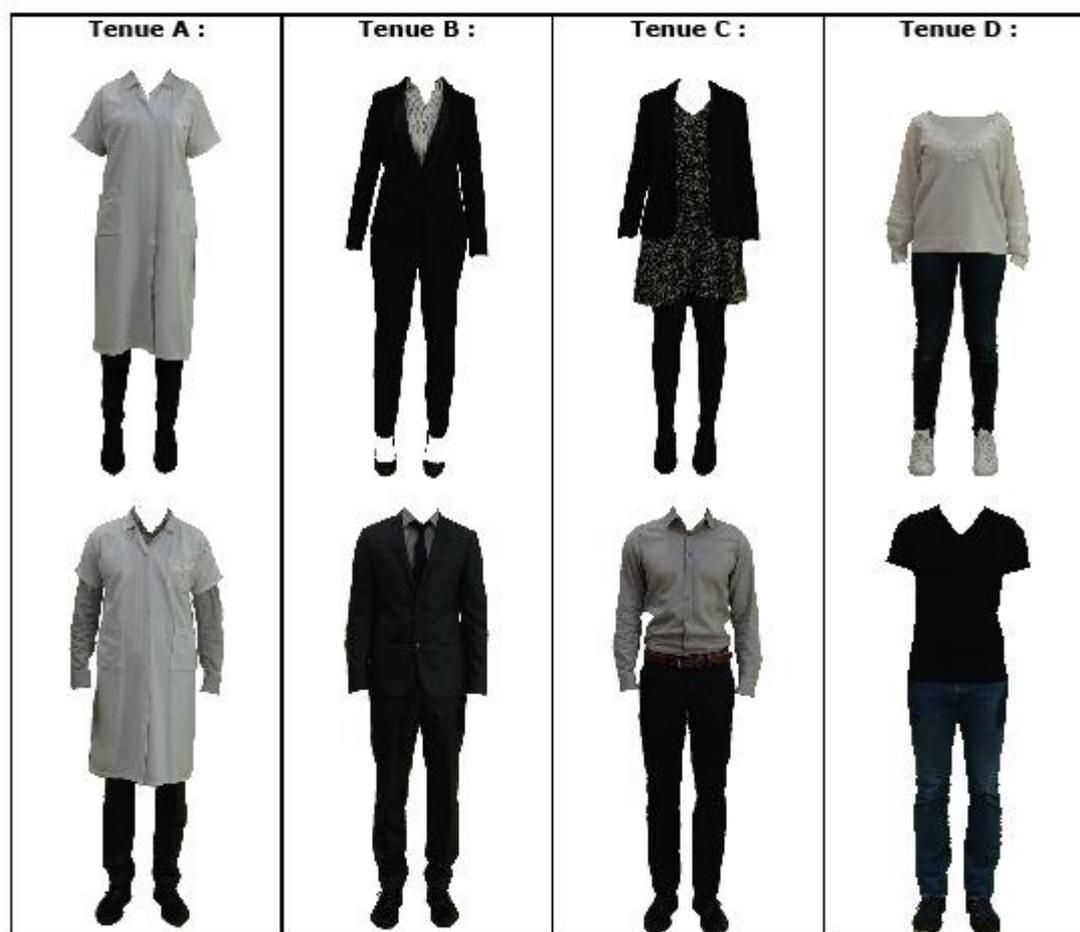
- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

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

7 Bibliographie

1. Vischer R. Über das optische Formgefühl. Ein Beitrag zur Ästhetik. Leipzig: Herman Credner; 1873.
2. Lipps T, Galland-Szymkowiak M. Traduction de l'article de Theodor Lipps : "Le savoir d'autres Moi (Das Wissen von fremden Ichen)" (1907) [Internet]. 2015 [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01651992>
3. Rogers CR. Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*. juin 1975;5(2):2-10.
4. Scheler M, Scheler M. Nature et formes de la sympathie: contribution à l'étude des lois de la vie affective. Paris: Payot & Rivages; 2003.
5. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*. juill 2004;34(5):911-9.
6. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*. 25 juill 2007;7(1):24.
7. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. Springer Science & Business Media; 2007. 303 p.
8. demarche_centree_patient_web.pdf [Internet]. [cité 30 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
9. Steinhausen S, Ommen O, Thüm S, Lefering R, Koehler T, Neugebauer E, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*. avr 2014;95(1):53-60.
10. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract*. 1 juin 2005;22(3):328-34.
11. 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/>
12. 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.
13. 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.

14. 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.
15. Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. mars 2001;357(9258):757-62.
16. Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korhuis 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.
17. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*. juill 2018;111(7):240-52.
18. Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie. Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie « Observance des traitements médicamenteux en France » - 2015. 2015.
19. Être en relation avec le patient [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/Etre-en-relation-avec-le-patient>
20. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship | Medical Education and Training | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://jamanetwork-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/journals/jama/fullarticle/200456>
21. 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.
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. Stanke-Labesque PF. Aspects Pharmacodynamiques. :40.
24. Allenet B, Baudrant M, Lehmann A, Gauchet A, Roustit M, Bedouch P, et al. Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 mars 2013;71(2):135-41.
25. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*. juin 1999;21(6):1074-90.
26. GIRERD (X.), GIRERD (X.), RADAUCEANU (A.), ACHARD (J.M.), FOURCADE (J.), TOURNIER (B.), et al. Evaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées. *Evaluation de*

l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées. 2001;

27. 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.
28. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* janv 1986;24(1):67-74.
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. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ.* 7 oct 2000;321(7265):867-71.
31. Perret-Guillaume C, Briançon S, Guillemin F, Wahl D, Empereur F, Nguyen Thi PL. Which generic health related Quality of Life questionnaire should be used in older inpatients: comparison of the Duke Health Profile and the MOS Short-Form SF-36? *J Nutr Health Aging.* avr 2010;14(4):325-31.
32. 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.
33. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. [The DUKE health profile: a generic instrument to measure the quality of life tied to health]. *Sante Publique.* mars 1997;9(1):35-44.
34. Street Jr. RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling.* mars 2009;74(3):295-301.
35. 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>
36. 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.
37. 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.
38. CIRS_Manual_V_201608_FR_final.pdf [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur:

https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/CIRS_Manual_V_201608_FR_fin_al.pdf

39. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
40. 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.
41. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health.* nov 2012;66(11):982-9.
42. 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.
43. 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.
44. ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
45. document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf
46. rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>
47. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice.* 2002;4.
48. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty | *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [cité 30 août 2019]. Disponible sur: <https://ajp-psychiatryonline-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>

RECU le
20 AOÛT 2019



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : ABEYARATHNE INE : 03040754078

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 11 | 08 | 2019 à 18 h 30 Amphithéâtre ou salle : Guyot

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant :

Avis du directeur de thèse

Nom : PINSON Prénom : Lucien

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 18/08/2019
Signature:

Avis du président du jury

Nom : DECAUDIN Prénom : BERTHAUD

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 20/08/2019
Signature:

Décision du Doyen

- Favorable
 Défavorable

Le Doyen

E. DECAUDIN


NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2018/2019

Nom : DHELFT
Prénom : Antoine

**Titre de la thèse : L'EMPATHIE DU PHARMACIEN PERÇUE PAR LE PATIENT
CHRONIQUE VARIE-T-ELLE SELON LE TYPE DE PATHOLOGIE CHRONIQUE ?**

**Mots-clés : Empathie, Quotient émotionnel, Girerd, Duke, CARE, Pathologie
chronique, Pharmacien, Patient**

Résumé :

Contexte : Aujourd'hui, les médecins généralistes et les pharmaciens sont les acteurs de santé les plus consultés et sont donc en première ligne pour les patients chroniques de plus en plus âgés et de plus en plus nombreux.

Méthode : Etude réalisée par questionnaire anonyme, distribué aux patients majeurs affiliés à un régime de sécurité sociale, capables de remplir le questionnaire seuls et présentant au moins une pathologie chronique depuis plus de 6 mois nécessitant la prise d'un traitement régulier. Des modèles de régression linéaire mixtes ont été construits afin de mettre en évidence les déterminants du score CARE d'empathie du pharmacien perçue par le patient.

Résultats : 390 patients ont répondu au questionnaire. On met en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et un score de compétences émotionnelles supérieur ou égal à 17 points (sur 25) (pente estimée à 1.17 points, IC 95% [0.65 ; 1.68], $p < 0.0001$). On met aussi en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et un score Duke de santé générale supérieur ou égal à 40 points (sur 100) (pente estimée à 0.08 point, IC 95% [0.02 ; 0.15], $p = 0.01$). De la même façon, il a été mis en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et la participation à au moins un atelier d'éducation thérapeutique (pente estimée à 4.52 points, IC 95% [0.36 ; 8.68], $p = 0.03$). Et il a aussi été mis en évidence un lien entre le score CARE et l'appareil par la pathologie chronique dans 2 cas de figure : l'appareil endocrino/métabolique chez les femmes (pente estimée à -2.58 points, IC 95% [-4.96 ; -0.19], $p = 0.03$) ; les troubles psychiatriques/comportementaux chez les femmes (pente estimée à 3.85 points, IC 95% [0.88 ; 6.81], $p = 0.01$).

Conclusion : Il a été mis en évidence un lien entre l'empathie du pharmacien et le type de pathologie chronique.

Membres du jury :

Président : Pr DECAUDIN Bertrand, Doyen de la faculté de Pharmacie de Lille

Conseiller de thèse : PINÇON Claire, Maître de Conférences Universitaire

Faculté de pharmacie de Lille

Assesseurs :

Dr FOULON Eric, Docteur en pharmacie

Pharmacie CARNOT

**Dr LEROUGE Patrick, Directeur du Département de Médecine Générale de la
Faculté de Médecine de Lille**