



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N°043

**Place et déterminants de l'empathie
dans la pratique médicale
–À propos de 787 participants–**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/03/2021

PAR

Mr **Anas HAMDAOUI**

Né le 26 Mars 1994 à EL Ksiba

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Empathie clinique – Déterminants – Evolution – Echelle de Jefferson –
Etudiants en médecine – Médecins – Professeurs de médecine

JURY

Mme. N. MANSOURI

PRESIDENT

Professeur de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Mme. F. MANOUDI

RAPPORTEUR

Professeur de Psychiatrie

Mme. N. EL ANSARI

Professeur de d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Mme. W. FADILI

Professeur de Néphrologie

} **JUGES**



فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَادْخُلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

النمل : ١٩

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale

BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation

EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio-vasculaire	EL-QADIRY Rabi	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAIHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAIJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie

DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries » Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que Je dédie cette thèse ...

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu*

À la mémoire de mon adorable Père :

Ma grande école et mon idole, l'armature de ma personnalité est fondée sur le savoir-faire, être et devenir que vous m'avez appris. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tu m'as hissé vers le haut quand je baissais les bras. Merci de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien-être. Merci de m'avoir soutenue et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. Merci pour tout l'amour et la dévotion que tu m'as offerts. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu fais la mienne.

« Que Dieu, le Tout Puissant t'accorde son infinie miséricorde et t'accueille dans son éternel paradis ».

Je t'aime papa...

À ma douce et très chère Mère :

Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils, tes sacrifices et de tes encouragements.

Je t'aime maman...

À mon très cher Frère Ayoub :

Je te dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore. Qu'Allah t'apporte bonheur et santé, et que tous tes rêves voient le jour. Je suis très fière de toi.

Je t'aime beaucoup mon frère...

À ma grande mère maternelle :

Je te remercie pour ton soutien, tes prières et ta bénédiction qui m'ont toujours servi. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserve et t'accorde santé et longue vie

À la mémoire de ma grande mère paternel, mes deux grands pères maternel et paternel :

Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.

À mes tantes, mes oncles :

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé.

À mes cousines, cousins :

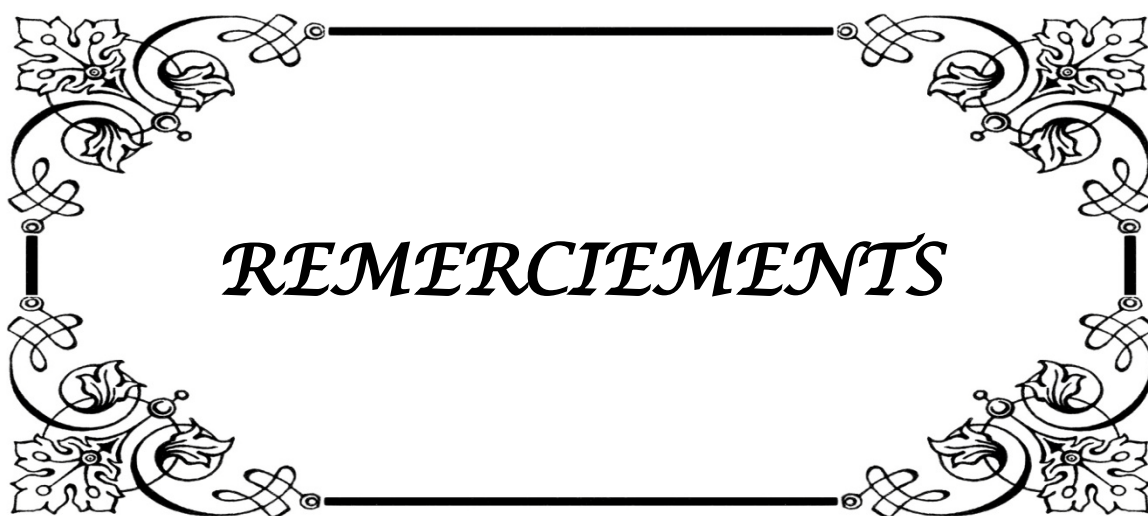
Cette humble dédicace ne saurait exprimer mon grand respect et ma profonde estime. Que Dieu vous protège.

À mes très chers amis

« Ilham, Aïmane, Youness, Mouad, Ayoub, Amine, Majda, Khaoula, ... »

En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs inoubliables que nous avons partagés ensemble, je vous dédie ce modeste travail. Sur ce, je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

À tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.



REMERCIEMENTS

*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR NADIA MANSOURI Professeur de l'Enseignement
Supérieur de Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqué. Veuillez trouver ici l'expression
de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour
toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous
l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR FATIHA MANOUDI Professeur de l'Enseignement
Supérieur de Psychiatrie
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction.
Merci pour la qualité de votre encadrement, et pour votre aide dans la
réalisation de ce travail. Je vous remercie pour la confiance que vous
avez placée en moi en me confiant ce travail. J'espère ne pas vous
décevoir.*

*Votre grande disponibilité, votre sérieux, votre rigueur de travail, votre
dévouement sincérité et amour pour ce métier, vos qualités humaines et
professionnelles, ainsi que votre simplicité nous servent d'exemple.
Veuillez accepter, cher Maître, mes sincères remerciements avec toute la
reconnaissance et l'appréciation que je vous témoigne.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
NAWAL EL ANSARI Professeur de l'Enseignement Supérieur
d'Endocrinologie et maladies métaboliques*

CHU Mohammed VI - Marrakech

*Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle
vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours
professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos
qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une
grande admiration et un profond respect. Permettez-nous, Cher Maître de
vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
WAFIA FADILI Professeur de l'Enseignement Supérieur de Néphrologie
CHU Mohammed VI - Marrakech*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre
gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous
l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude.
Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.*

*À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech*

*Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier
dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont
contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.*

*À tous les étudiants, médecins internes et résidents au sein du CHU
Mohammed VI de Marrakech*

*Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour
la réalisation de ce travail.*

Veillez accepter mes plus respectueuses salutations.

À tous le personnel du CHU Mohammed VI de Marrakech

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que
vous m'avez réservés à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener
à bien cette étude scientifique. Je vous l'offre aujourd'hui car chacun
parmi vous y a participé de loin ou de près.*

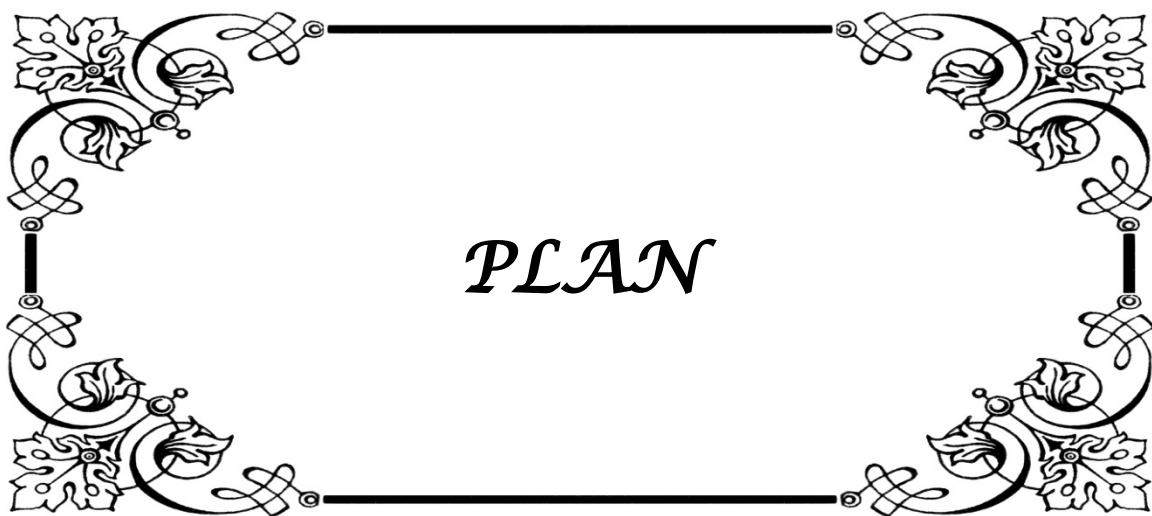
*À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce
travail.*



ABRÉVIATIONS

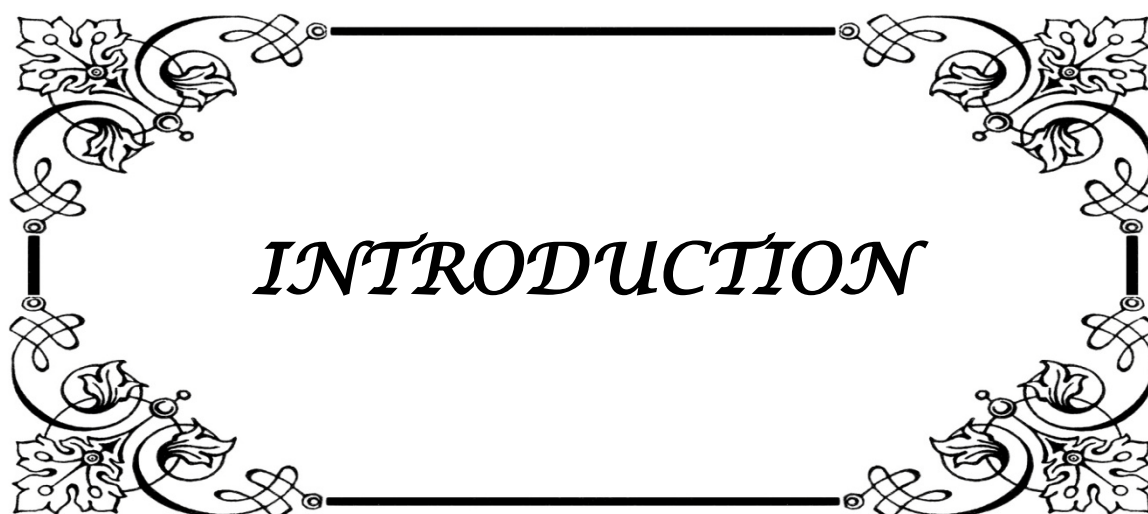
Liste des abréviations

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
JSPE	: Jefferson Scale of Physician Empathy
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Pr. Ass	: Professeur Assistant
Pr. Ag	: Professeur Agrégé
PES	: Professeur d'Enseignement Supérieur
IRI	: Interpersonal Reactivity Index
TEQ	: Toronto Empathie Questionnaire
ECN	: Epreuves Classantes Nationales



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type de l'étude	5
II. Population ciblée	5
1. Critères d'inclusion	5
2. Critères d'exclusion	5
III. Fiche d'exploitation	6
1. Les données socio-démographiques	6
2. Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie	7
IV. Consentement et aspect éthique	8
V. Collecte des données	8
VI. Traitement statistique	8
RESULTATS	9
I. Etude descriptive	10
1. Les résultats concernant les étudiants	10
2. Les résultats concernant les médecins internes et résidents	25
3. Les résultats concernant les professeurs	44
II. Etude analytique	61
1. Partie des étudiants	61
2. Partie des médecins internes et résidents	68
3. Partie des professeurs	74
DISCUSSION	82
I. Cadre conceptuel et définitions	83
1. Généralités	83
2. Empathie dans le domaine de la psychologie	84
3. Empathie et relation médecin-malade (empathie clinique)	87
4. Empathie en médecine générale	91
5. Synthèse	93
6. Evaluation de l'empathie	93
7. Déterminants de l'empathie	98
II. Discussion des corrélations et de l'évolution d'empathie	104
1. Partie des étudiants	105
2. Partie des médecins internes et résidents	111
3. Partie des professeurs	121
SUGGESTION ET RECOMMANDATION	127
I. Intérêt de l'empathie pour le patient	128
II. Apport de l'empathie pour le médecin	128
III. Peut-on enseigner l'empathie ?	129
IV. Le bien être du praticien	131
V. De la psychothérapie du médecin :	132
VI. Projet d'un médecin empathique	132

CONCLUSION.....	134
RESUMES.....	138
ANNEXES.....	145
BIBLIOGRAPHIE.....	150



INTRODUCTION

De croyance commune et ancienne, l'une des premières qualités du médecin est l'empathie que celui-ci porte à ces patients. En effet, si la relation médecin patient est un élément indiscutable pour une bonne prise en charge, l'empathie trouve toute sa place dans cette relation qui se fonde sur la communication, à vrai dire c'est une relation entre un auditeur et un souffrant.

Il est difficile à définir l'empathie, et sa définition varie d'un milieu à l'autre. Selon Balint, l'empathie clinique se résume certainement dans ces mots : « La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. À mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même.» [1]

L'empathie est un élément essentiel dans la pratique médicale, elle s'agit de l'instauration d'une relation positive entre le médecin et le malade. L'empathie et la communication efficace augmentent la satisfaction des patients, et leurs confiances et par conséquence augmentent la capacité des médecins à diagnostiquer et à traiter leurs patients.

Ce travail s'inscrit dans la continuité des études qui visent à mettre en évidence le degré de précision avec lequel les étudiants, les médecins et les professeurs comprennent le point de vue de leurs patients. Devant ce constat, on a réalisé une mesure de l'empathie des étudiants et cliniciens, et ce, en s'inspirant des travaux d'Hojat, avec l'idée de trouver des pistes utiles de formations.

Une proposition de sujet de thèse nous a été offerte, et bien que hésitant initialement sur nos capacités en tant qu'étudiant. C'était mon intérêt pour mettre en évidence la place privilégiée de l'empathie dans la relation médecin-malade qui m'a aidé à franchir le pas.

Notre thèse présente une étude quantitative analytique des caractéristiques de l'empathie et ses facteurs influençant. Elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères sociodémographiques (âge, genre, statut professionnel et marital, etc...) ainsi que l'évolution des choses en tant qu'étudiant à faculté de médecine et de pharmacie de

Marrakech puis médecins internes, résidents et professeurs au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Notre projet de thèse part de la constatation que l'empathie est un élément fondamental de la relation médecin-patient. Il s'agit d'une composante indispensable au soin.

Nos objectifs principaux sont de définir les déterminants de l'empathie clinique et l'évolution de cette empathie chez les étudiants, les médecins internes et résidents et les professeurs. Nos objectifs secondaires sont d'une part, savoir si les formations existantes modifient l'empathie, et d'autre part, savoir si la pratique varie avec l'empathie. Pour répondre à ces questions, nous avons étudié trois types de variables différentes : les variables sociodémographiques, les variables relatives à la formation et celles relatives à la pratique des médecins.

L'empathie reste parmi les points forts d'un médecin...En tant qu'étudiant, on assimile, on médite, on essaye de voir les comportements des grands, des gens expérimentés, des vrais professionnels de la santé. Puis en tant qu'interne on perçoit la réalité, les contraintes d'un métier qui n'est pas facile du tout, des urgences avec ses différentes scènes quotidiennes, stress, charge de travail, on essaye de garder le maximum d'humanité et de qualités qui nous rend différents des autres professions devant une population qui met de la pression sur le médecin car pour eux c'est le remède de la société et puis un résident qui commence la spécialité avec plus de responsabilité et enfin un professeur qui s'engage dans la formation des nouvelles générations des médecins. Donc l'empathie est un vrai sujet à discuter pour savoir on est où par rapport à la note d'humanité.

On essaye de répondre aux plusieurs questions concernant l'empathie, les facteurs influençant cette qualité humaine, son évolution, l'impact de l'empathie sur la relation médecin-malade et comment on peut l'améliorer ... quelques questions parmi d'autres qu'on va essayer d'avoir une réponse à la fin de ce travail.

*MATÉRIELS
ET MÉTHODES*

I. Type de l'étude :

C'est une étude descriptive transversale étalée sur une année (Juillet 2019 – Juin 2020), portant sur une série de 433 étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} année), 300 médecins internes et résidents et 54 professeurs au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

II. Population ciblée :

Nous avons effectué un recrutement prospectif auprès de 433 étudiants en médecine de la 3^{ème} à la 6^{ème} année lors de leurs passages aux services de médecine et de chirurgie après l'accord des chefs des services, 300 médecins internes et résidents affectés soit aux services de médecine soit de chirurgie et 54 professeurs de médecine et de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech.

1. Critères d'inclusion :

Pour être inclus à cette étude, il fallait être soit :

- Etudiant en médecine, de la 3^{ème} à la 6^{ème} année en stage hospitalier au sein des services de médecine ou de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Médecins internes ou résidents affectés aux services de médecine ou de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Professeurs dans un service de médecine ou de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech.

2. Critères d'exclusion :

Les étudiants, les médecins et les professeurs exclus de l'étude sont ceux abordés et informés ne désirant pas participer à l'étude.

III. Fiche d'exploitation : (Annexe 1)

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu, précisant les données suivantes :

1. Les données socio-démographiques :

1.1. Chez les trois groupes étudiés (les étudiants, les médecins internes et résidents et les professeurs) :

Ces données incluent, l'âge, le genre, statut marital, nombre des enfants, souhait de faire médecine, transport, distance de la résidence parentale, antécédent familial de maladie chronique, maladie chronique personnelle et maladie psychiatrique personnelle.

1.2. Chez les étudiants :

Ces données incluent en plus :

- Le niveau d'étude : 3^{ème} ou 4^{ème} ou 5^{ème} ou 6^{ème} année
- Le financement des études : seulement la famille ou aide/ bourse ou travail et étude
- Le logement actuel de l'étudiant : cité universitaire ou maison de famille ou loyer collectif ou individuelle

1.3. Chez les médecins internes et résidents :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : médecin interne ou résident
- Type de service du passage actuel de l'interne ou type de spécialité pour le résident : chirurgie ou médecine
- Type de contrat du résident : bénévolat ou contractuel
- Nombre de garde : nombre de garde des médecins durant les deux derniers mois.

1.4. Chez les professeurs :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : professeur assistant ou agrégé ou d'enseignement supérieur
- Type de spécialité du professeur : chirurgie ou médecine
- Nombre de garde : nombre de garde des professeurs durant les deux derniers mois.

2. Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie :

Cette échelle est composée de 20 items, avec une mesure par échelle de lickert allant de 1 à 7. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Le score total « **Jefferson total** » varie donc de 20 (empathie minimale) à 140 (empathie maximale).

L'analyse factorielle des résultats de cette échelle fait émerger trois concepts ou sous échelles :

- **«prise de perspective** » : c'est savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. (items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20). Le score « prise de perspective » varie donc de 10 à 70.
- **«compréhension émotionnelle** » : c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches. (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19). Le score « compréhension émotionnelle » varie donc de 8 à 56.
- **« Se mettre à la place du patient »** : capacité de se mettre à la place du patient. (items 3 et 6). Le score « Se mettre à la place du patient » varie donc de 2 à 14.

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger , Stoddart et Lilford 2007) [2].

IV. Consentement et aspect éthique :

Pour chaque groupe d'étudiants, médecins ou professeurs enquêtés nous avons expliqué l'étude, le but de l'étude, les modalités de mesure à travers l'échelle de Jefferson. Tout en rappelons que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs de l'empathie.

Un consentement verbal était suffisant pour démarrer l'étude.

V. Collecte des données :

Pour la récolte des données, une enquête par questionnaire a été menée.

Nous avons distribué 800 questionnaires et on a retenu les 787 questionnaires exploitables.

Le questionnaire a été rempli dans une durée moyenne de 15 min.

VI. Traitement statistique :

Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 20.0 (SPSS, Inc., Chicago)).

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts types, les variables qualitatives en effectifs et en pourcentages. La comparaison entre les variables qualitatives a été mesurée par le test Khi-deux de Pearson.

La comparaison des variables quantitatives a été réalisée au moyen du test T de Student pour séries indépendantes. La corrélation de Pearson a été utilisée pour l'étude de l'association entre les variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.



RESULTATS

I. Etude descriptive

1. Les résultats concernant les étudiants :

Concernant la partie des étudiants, sur un total de 440 questionnaires distribués on a retenu 433 qui étaient exploitables.

1.1. Données socio-démographiques :

a. Âge :

Les âges des étudiants sont répartis comme suit (Figure1).

L'âge moyen des étudiants était de 22 +/- 1.7 avec des extrêmes allant de 19 à 29 ans.

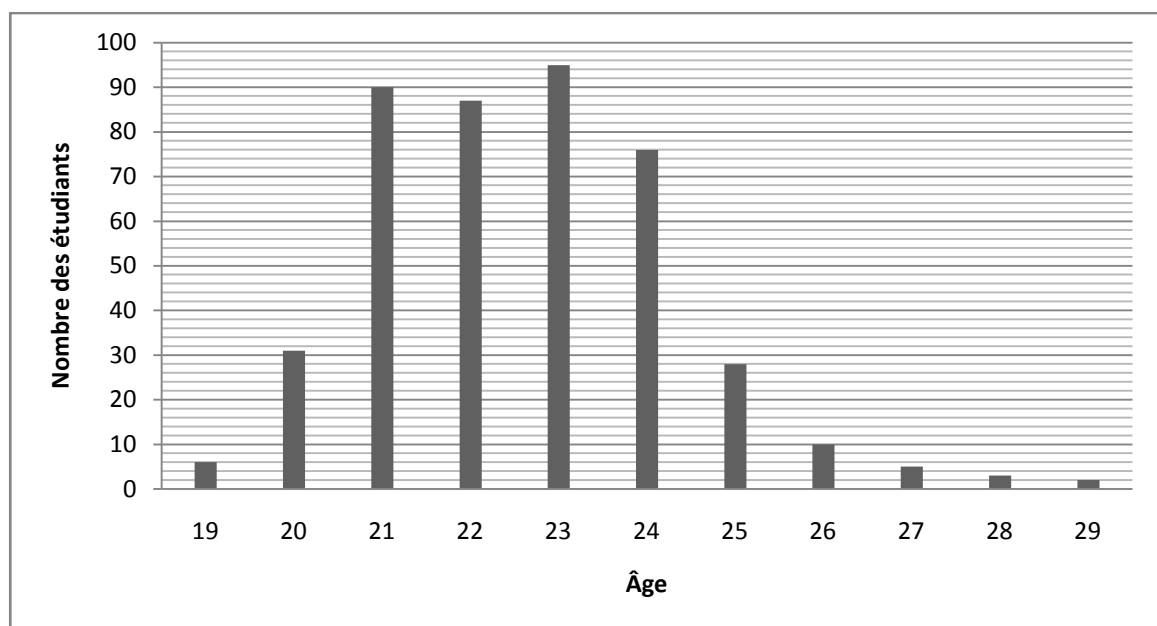


Figure 1 : Fréquences d'âges des étudiants.

b. Genre :

On a eu une prédominance du sexe féminin (59%) par rapport au sexe masculin (41%). (Figure 2)

Le sexe ratio (H/F) était de 0.68.

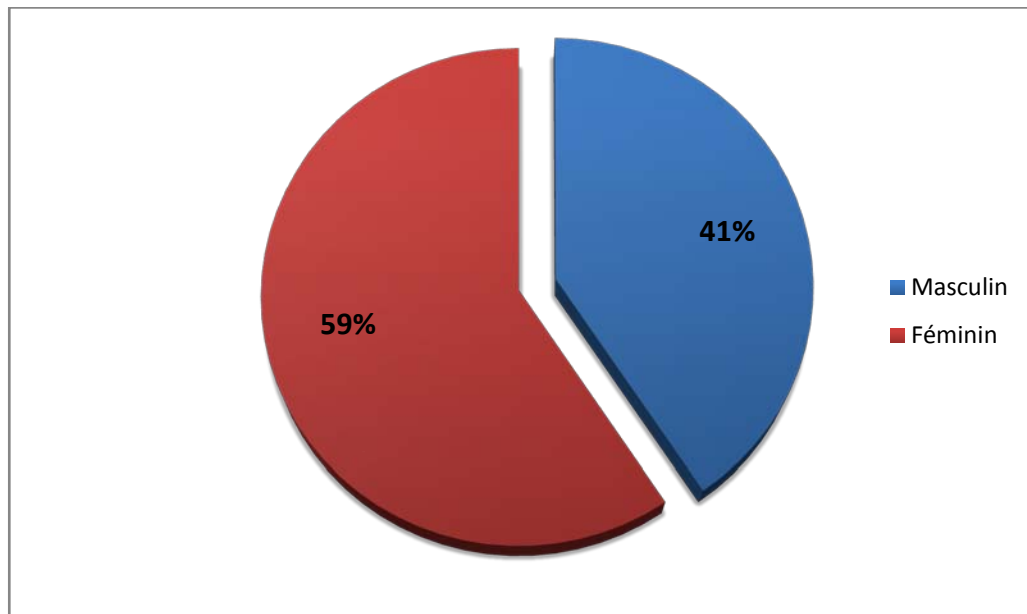


Figure 2 : Distribution en pourcentage des étudiants selon le genre.

c. Statut marital :

On a eu un pourcentage de 97% des étudiants célibataires, 2,3% des étudiants mariés et 0,7% des étudiants divorcés. (Figure 3)

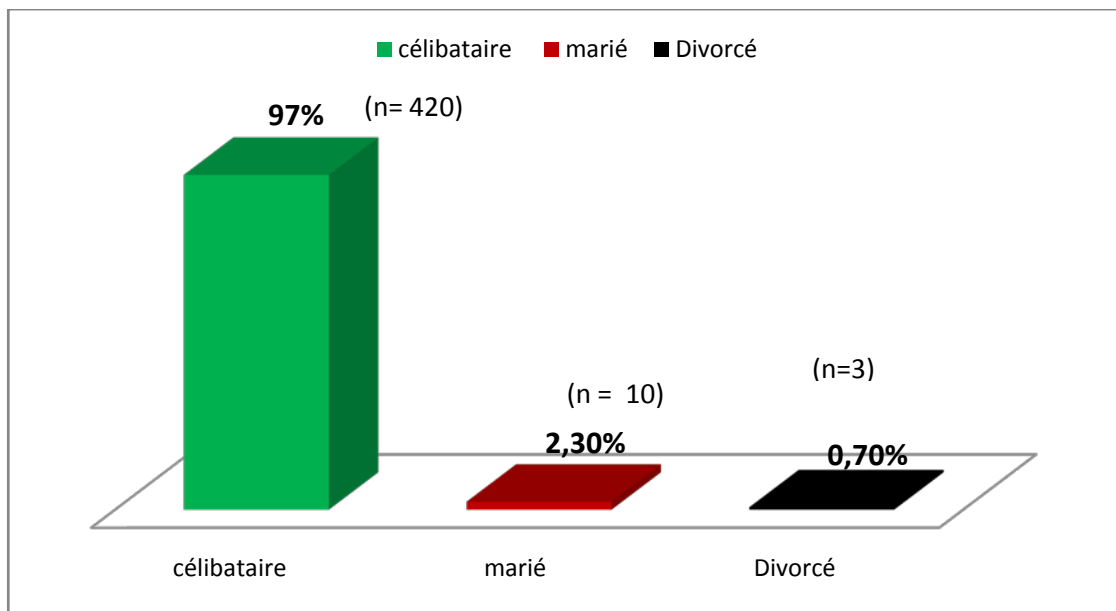


Figure 3 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le statut marital.

d. Nombre des enfants :

Dans notre étude, aucun étudiant n'avait d'enfant. (Figure 4)

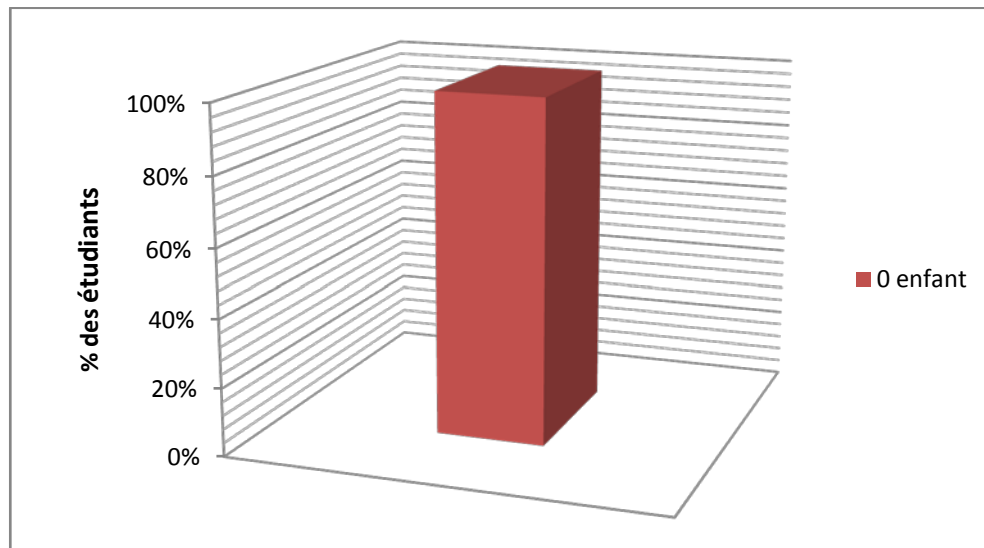


Figure 4 : Répartition du nombre des enfants selon le pourcentage des étudiants.

e. Niveau d'étude :

Notre échantillon est représenté par des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année, avec 26% des étudiants en 3^{ème} année, 25% des étudiants en 4^{ème} année, 28% des étudiants en 5^{ème} année et 21% des étudiants en 6^{ème} année. (Figure 5)

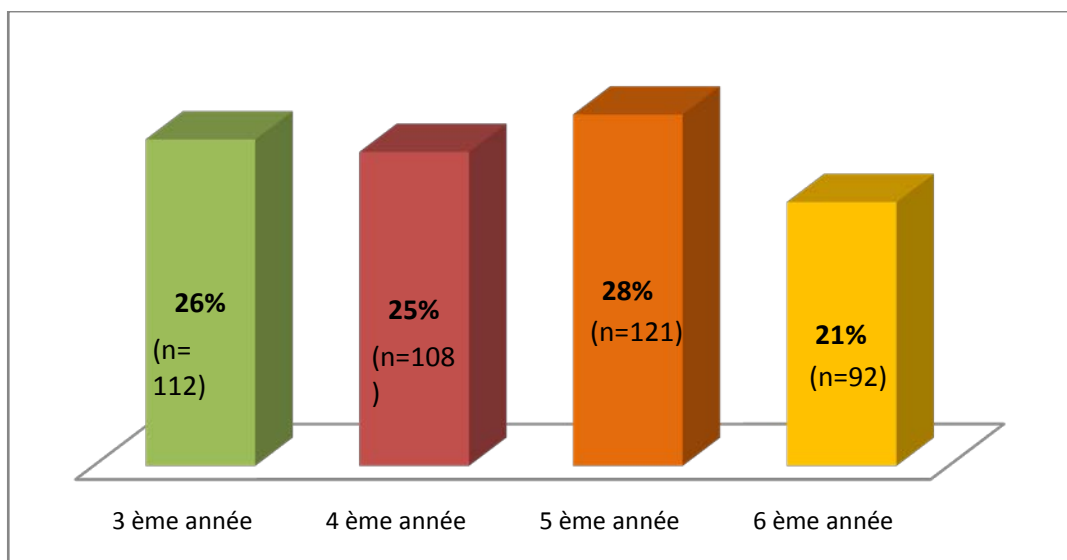


Figure 5 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le niveau d'étude.

f. Financement des études :

On a trouvé dans notre étude que 75% des étudiants finançaient leurs études par le biais de leurs familles et que 25% des étudiants avaient une bourse ou aide. (Figure 6)

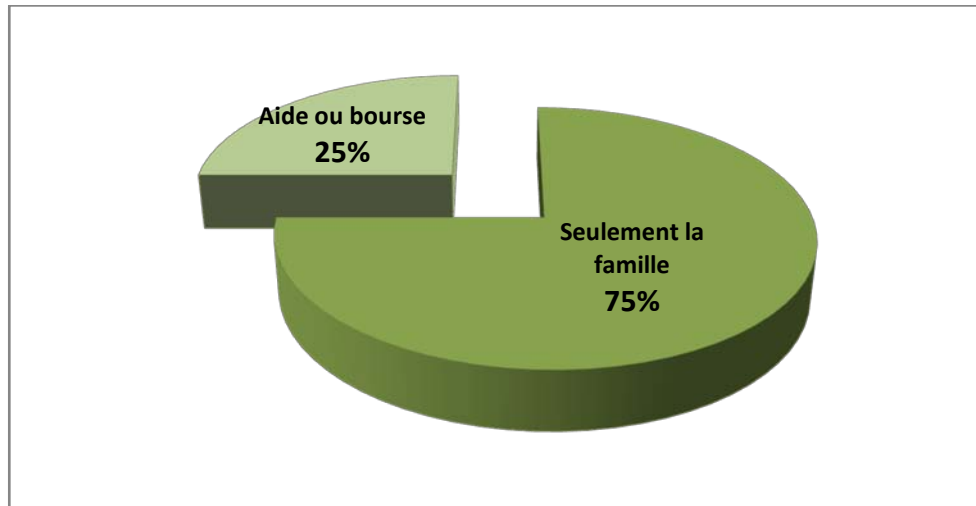


Figure 6 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le moyen de financement des études.

g. Souhait de faire médecine :

Dans notre étude, 71% des étudiants ont souhaité faire médecine et 29% des étudiants n'ont pas souhaité. (Figure 7)

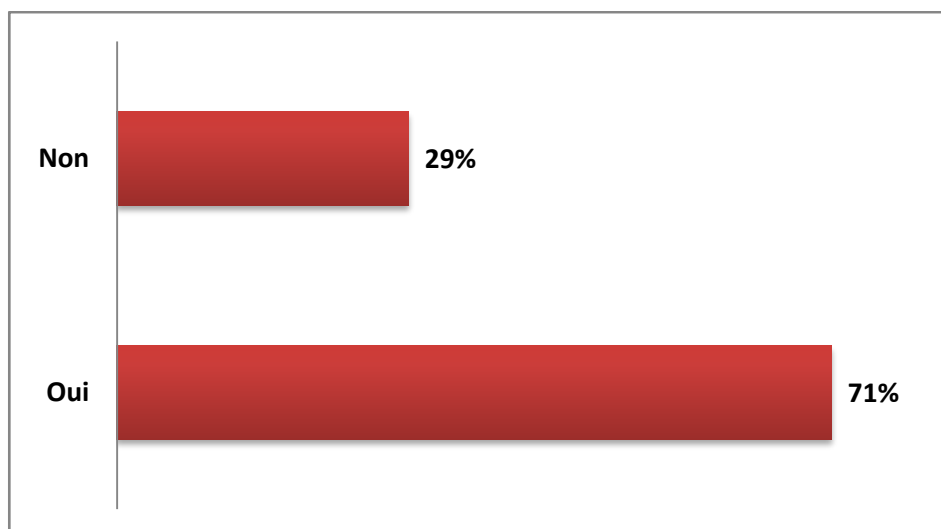


Figure 7 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le souhait de faire médecine.

h. Logement :

Dans notre étude, 30% des étudiants habitaient avec leurs familles, 25% dans une cité universitaire, 35% dans un loyer collectif et 10% dans un loyer individuel. (Figure 8)

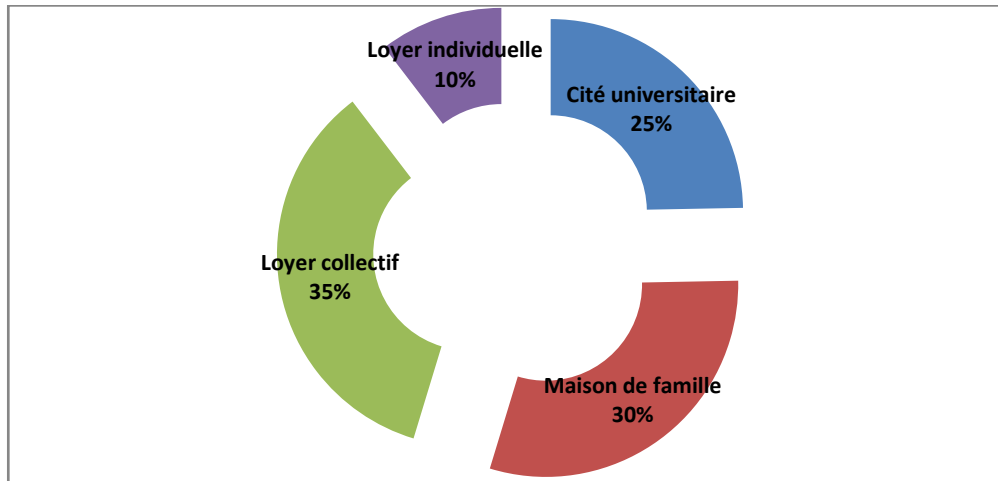


Figure 8 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le type de logement.

i. Transport :

On a trouvé que pour arriver à l'hôpital, 31% des étudiants avaient besoin de moins 10 min, 33% des étudiants avait besoin de 10 à 30 min alors que 36% des étudiants avaient besoin de plus de 30min. (Figure 9)

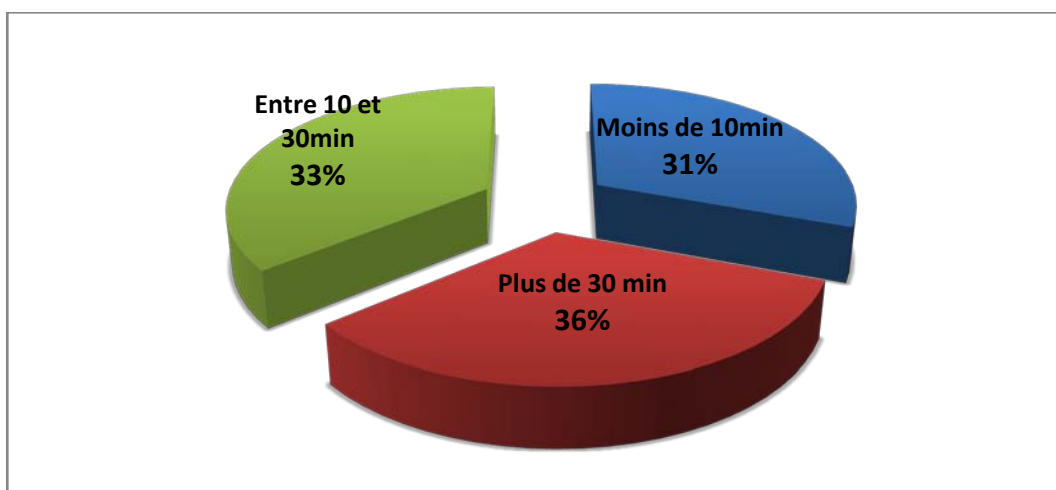


Figure 9 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital

j. La résidence parentale :

Dans notre étude, 30% des étudiants habitaient à moins de 10 Km de la résidence parentale, 5% des étudiants étaient entre 10 et 100 Km de la résidence parentale, 42% des étudiants habitaient entre 100 et 400 km de la résidence parentale et 23% des étudiants habitaient au-delà de 400 Km de la résidence parentale. (Figure 10)

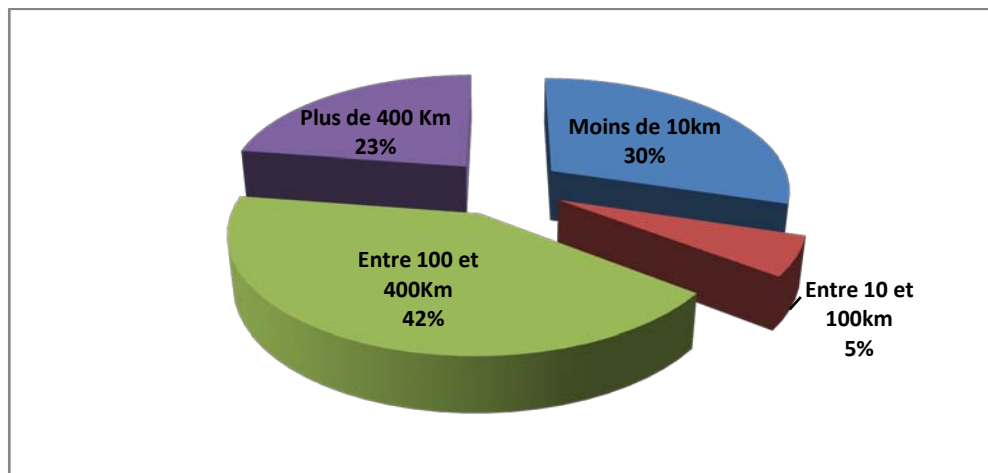


Figure 10 : Répartition en pourcentage des étudiants selon la distance en Km de la résidence parentale

k. Antécédent familial de maladie chronique :

Dans notre échantillon, 79% des étudiants ont reconnu avoir un antécédent familial de maladie chronique. (Figure 11)

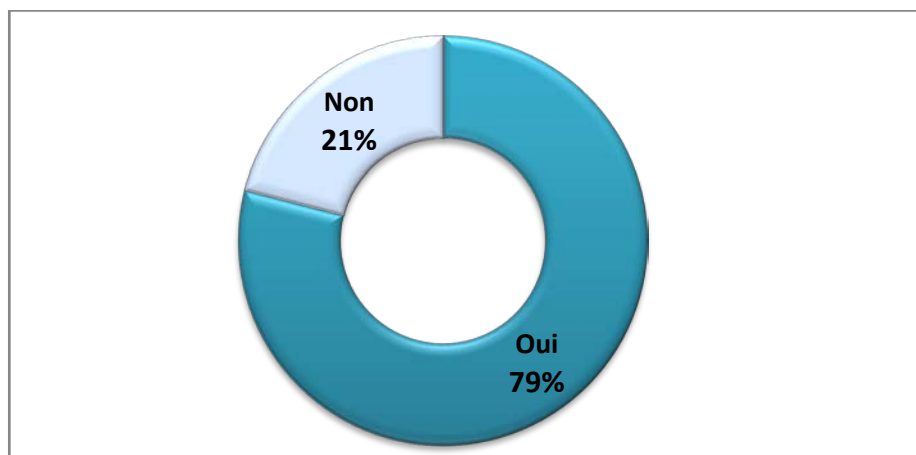


Figure 11 : Répartition en pourcentage des étudiants selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

Le diabète était l'antécédent familial le plus fréquent avec un pourcentage de 46,4%, suivie de l'hypertension artérielle avec un pourcentage de 11,5%. (Figure 12)

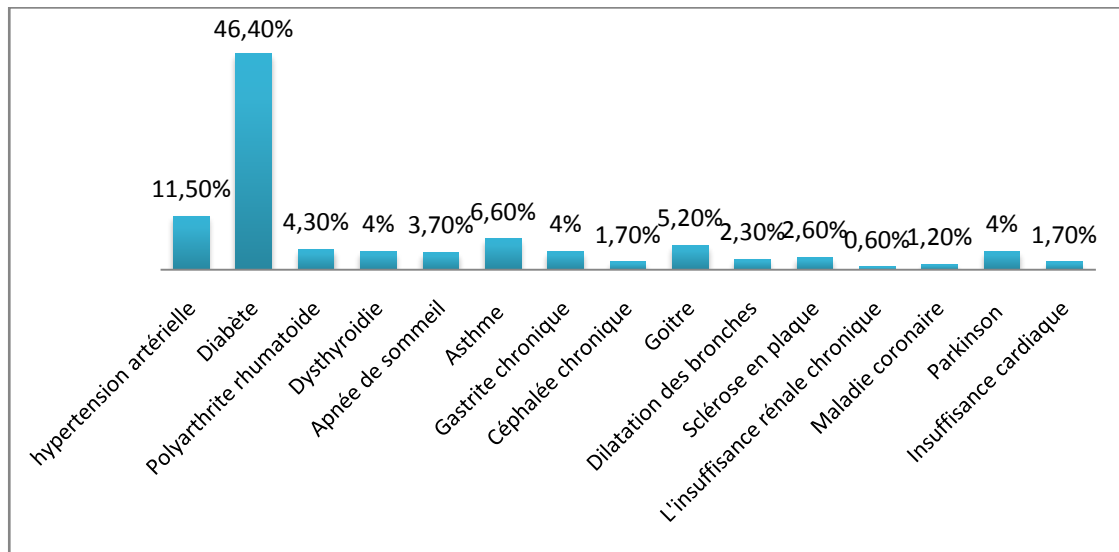


Figure 12 : Répartition en pourcentage des types des antécédents familiaux de maladie chronique chez les étudiants.

1. Maladie chronique personnelle :

Dans notre échantillon, 12% des étudiants déclaraient avoir une maladie chronique personnelle. (Figure 13)

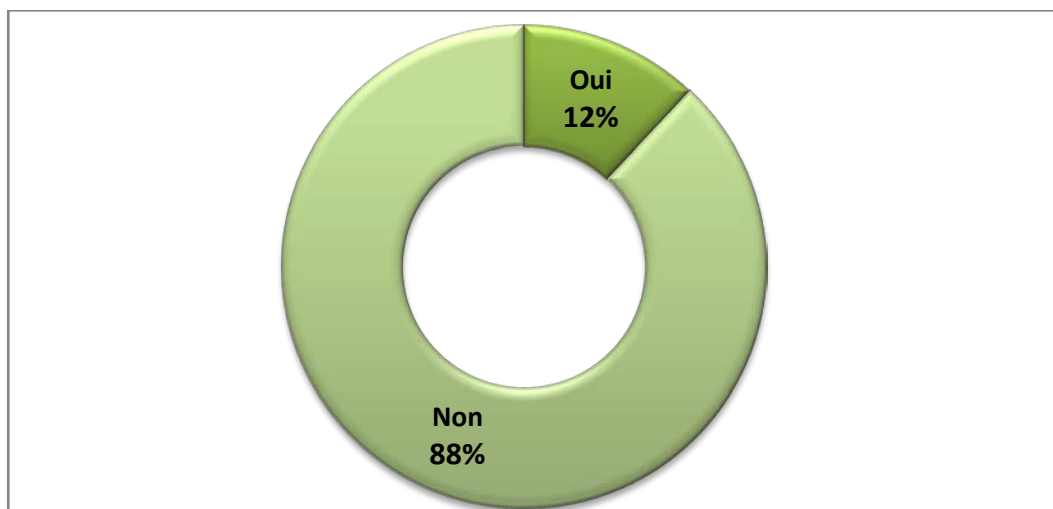


Figure 13 : Répartition en pourcentage des étudiants selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

L'asthme était la maladie chronique la plus fréquente avec un pourcentage de 55,2%, suivie du diabète à 30%. (Figure 14)

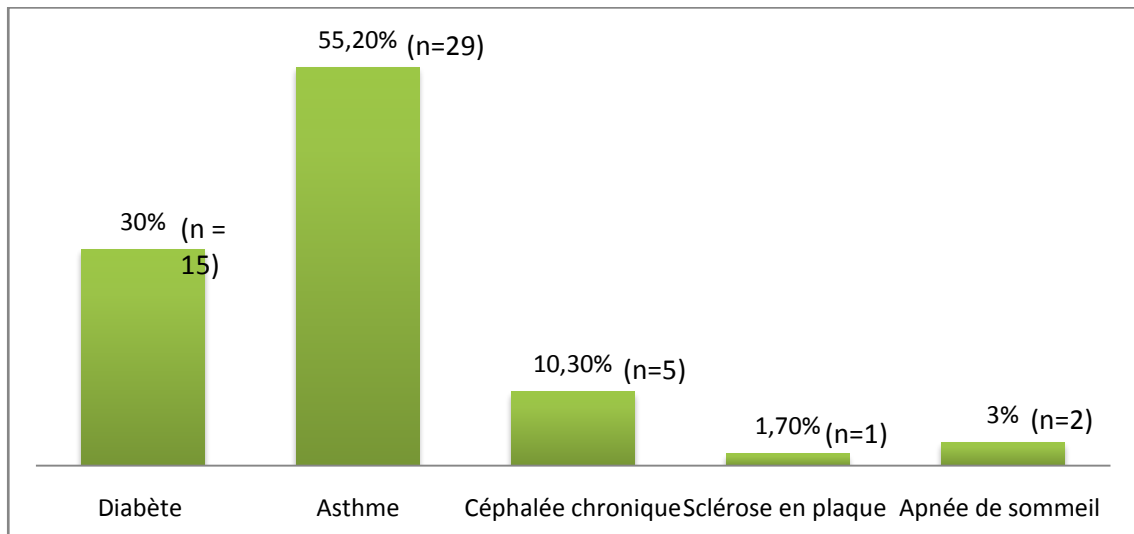


Figure 14 : Répartition en pourcentage des types des maladies chroniques personnelles chez les étudiants.

m. Maladie psychiatrique personnelle :

Dans notre échantillon, 39% des étudiants ont reconnu avoir une maladie psychiatrique. (Figure 15)

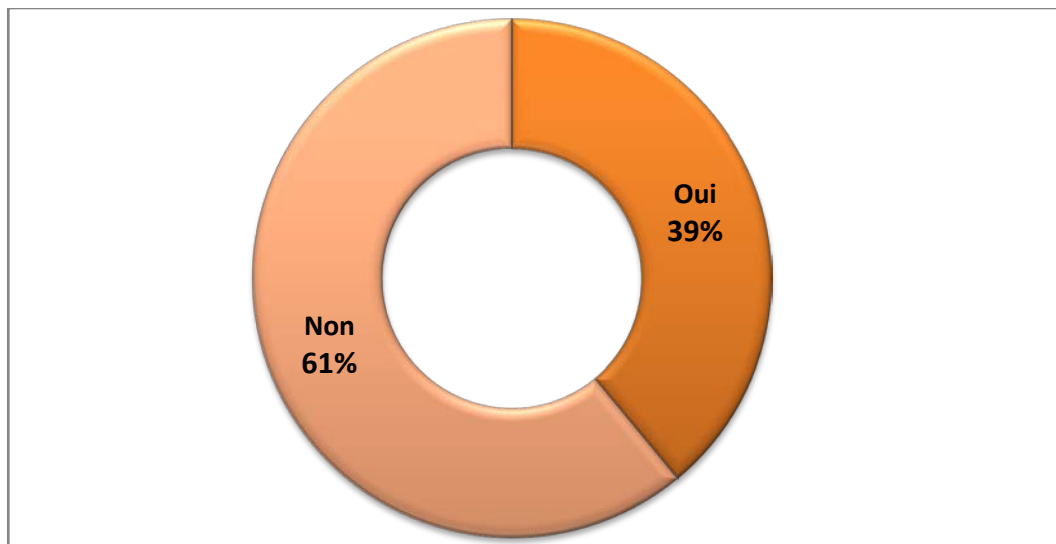


Figure 15 : Répartition en pourcentage des étudiants selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

La dépression présentait 55% de l'ensemble des pathologies psychiatriques chez les étudiants, suivie des troubles de comportements alimentaires à 31%. (Figure 16)

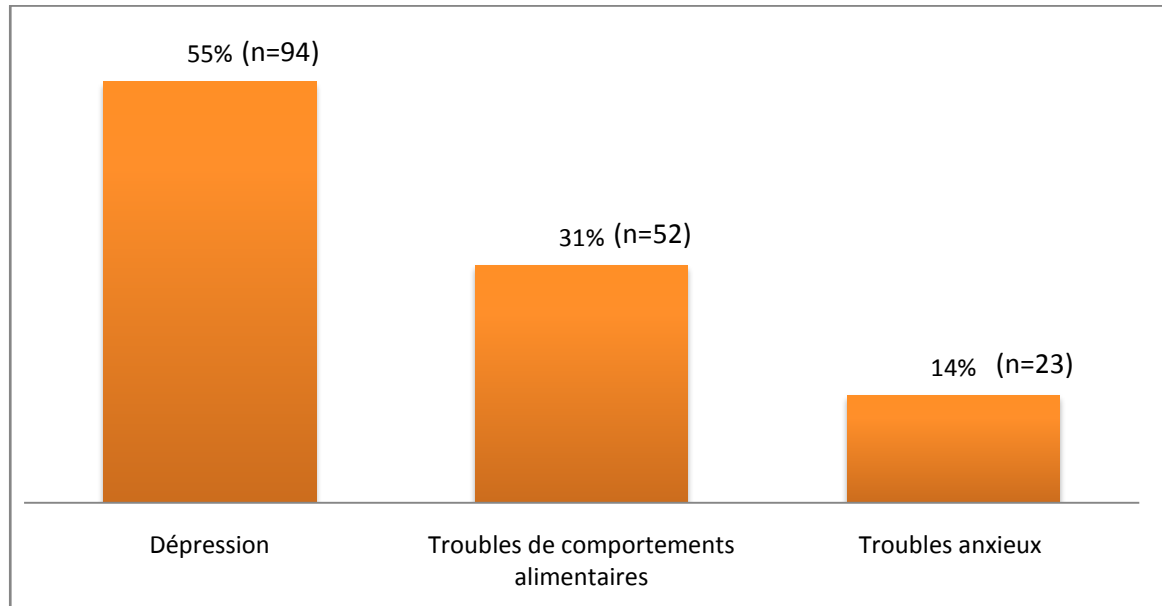


Figure 16 : Répartition en pourcentages des types des maladies psychiatriques chez les étudiants.

1.2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Dans notre échantillon, les réponses des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année de médecine aux items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie étaient comme suit. (Tableau I)

Tableau I : Les moyennes des scores des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical	433	4.34	1.265
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	433	4.20	1.297
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	433	4.15	1.284
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	433	4.24	1.264
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	433	4.25	1.254
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	433	4.13	1.252
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	433	4.21	1.283
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	433	4.15	1.328
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	433	4.22	1.416
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	433	4.23	1.370
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	433	4.51	1.419
12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	433	4.50	1.395
13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	433	4.55	1.360
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	433	4.64	1.487

Tableau I : Les moyennes des scores des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie "suite".

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	433	4.78	1.423
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	433	4.67	1.448
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	433	4.75	1.415
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	433	4.75	1.244
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	433	4.18	0.974
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	433	5.23	1.411

2; 4; 5; 9; 10; 13; 15; 16; 17; 20 : items du sous échelle « prise de perspective »

1; 7; 8; 11; 12; 14; 18; 19 : items du sous échelle « compréhension émotionnelle »

3;6 : items du sous échelle « se mettre à la place du patient »

a. Jefferson total :

La moyenne des scores «Jefferson total » des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année était de 88,69 +/- 21,49, avec un score minimal de 27 et un maximal de 130 (min = 27, max = 130), 3,9% (n=17) des étudiants avaient un score « Jefferson total » de 103 et 0,2% (n=1) avait un score de 130. (Figure 17)

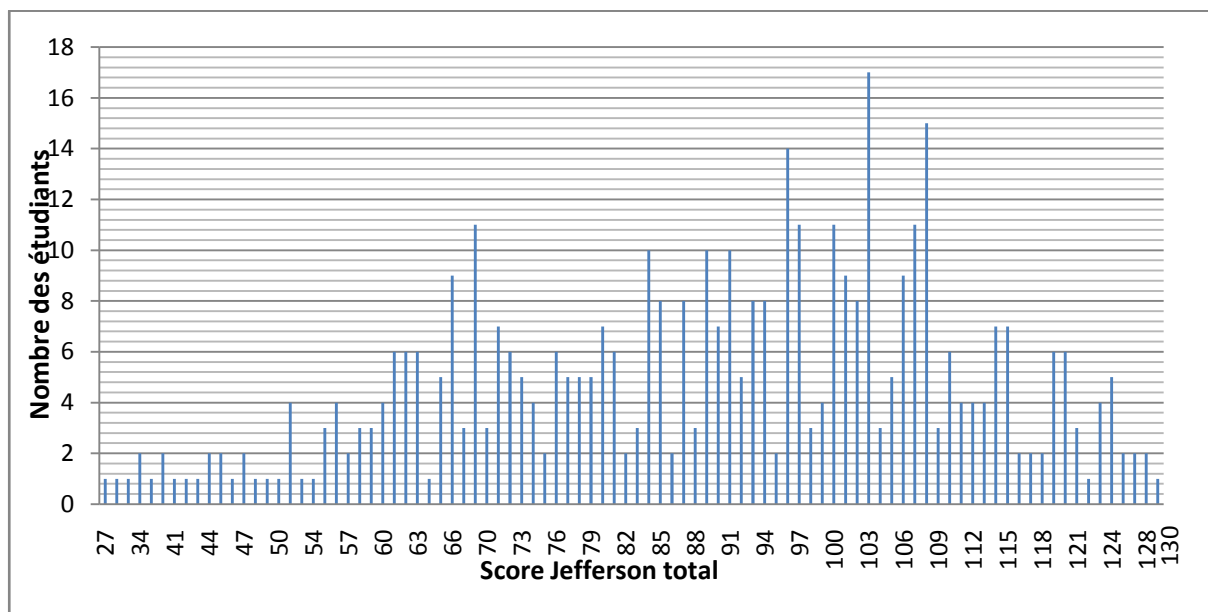


Figure 17 : Les fréquences des scores «Jefferson total» des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année.

Les étudiants de 3^{ème} année avaient une moyenne des scores de «Jefferson total » de 97,53 +/- 19,80, les étudiants de 4^{ème} année avaient une moyenne de 94 +/- 20,14, les étudiants de 5^{ème} année avaient une moyenne 84,83 +/- 19,20, les étudiants de la 6^{ème} année avaient une moyenne 76,25 +/- 21,23. (Figure 18)

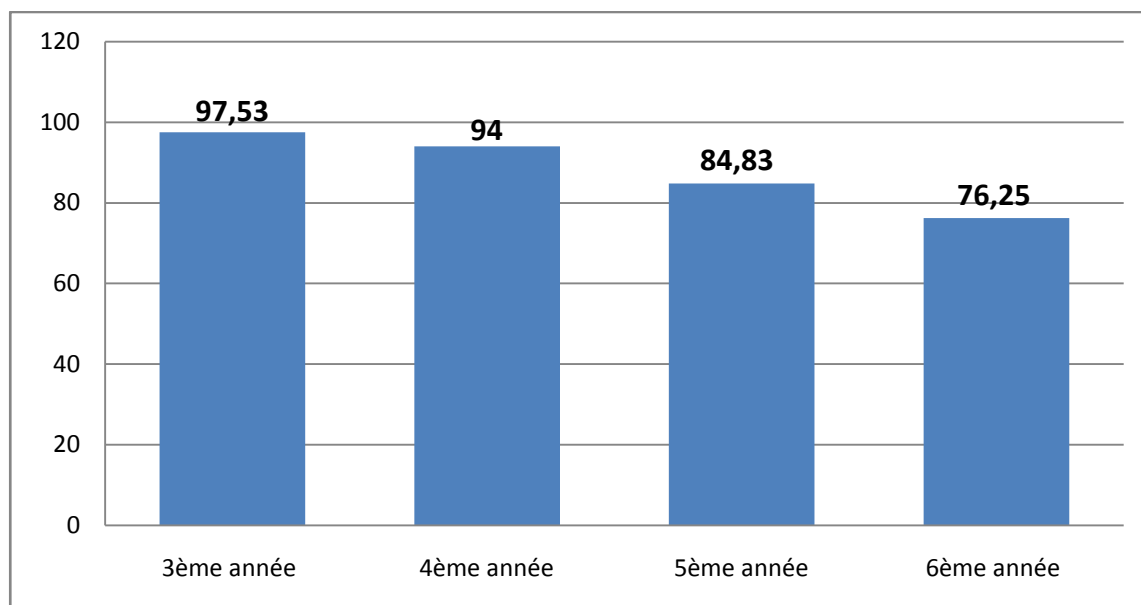


Figure 18 : Les moyennes des scores «Jefferson total» des étudiants par niveau d'étude.

b. Prise de perspective :

La moyenne des scores «prise de perspective» des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année était de 45,10 +/- 11,51. Le score maximal était de 67 chez 0,5% (n= 2) des étudiants et un score minimal de 13 chez 0.2% (n=1) des étudiants. 5.5% (n=24) des étudiants avaient le score de 55. (Figure 19)

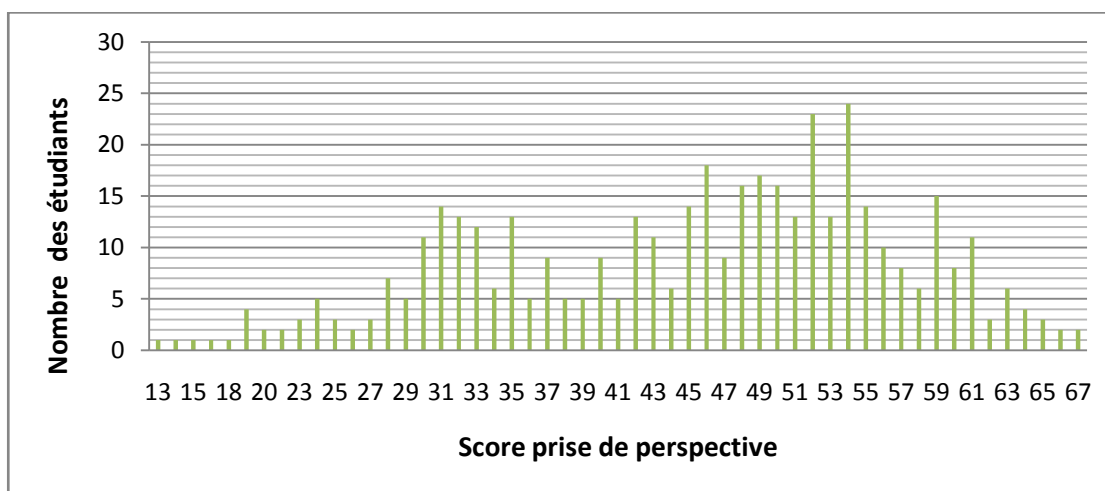


Figure 19 : Les fréquences des scores «prise de perspective» des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année

Les étudiants de 3^{ème} année avaient une moyenne des scores « Prise de perspective » de 49,15 +/- 10,87, les étudiants de 4^{ème} année avaient une moyenne de 47,42 +/- 10,8 , les étudiants de 5^{ème} année avaient une moyenne 43,26 +/- 10,19, les étudiants de la 6^{ème} année avaient une moyenne 39,66 +/- 12,28. (Figure 20)

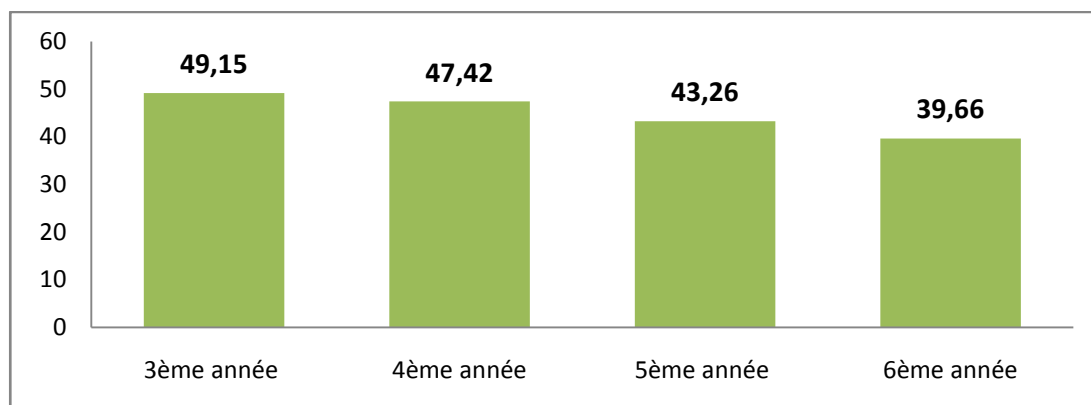


Figure 20 : Les moyennes des scores «prise de perspective» par niveau d'étude.

c. Compréhension émotionnel :

La moyenne du score «compréhension émotionnel» des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année était de 35,30 +/- 8,28. Un score maximum des étudiants était de 52 chez 0.2% (n=1) des étudiants et un score minimal de 12 chez 0.7% (n=3) des étudiants. 5,8% (n=25) des étudiants avaient le score de 41. (Figure 21)

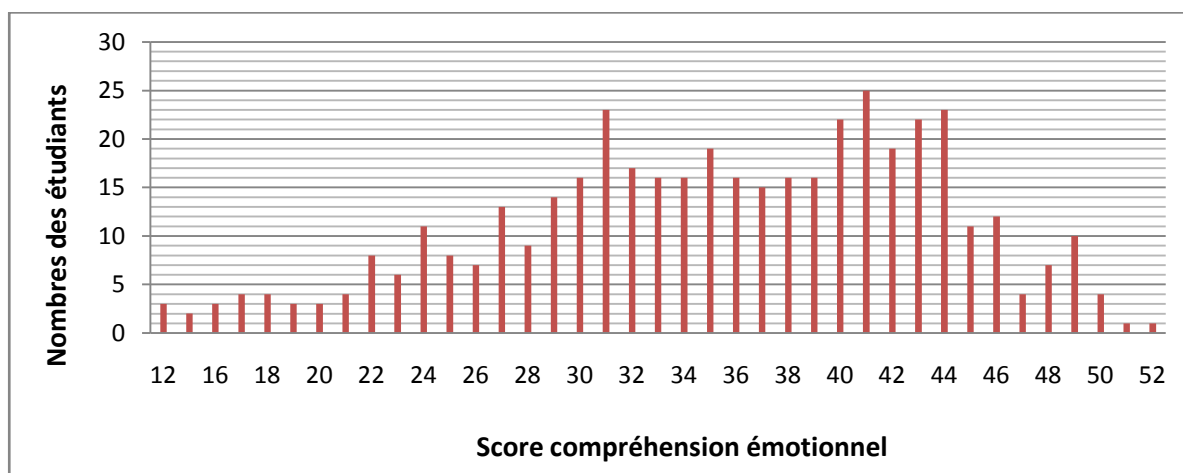


Figure 21 : Les fréquences des scores « compréhension émotionnel » des étudiants de 3^{ème} à la 6^{ème} année.

Les étudiants de 3^{ème} année avaient une moyenne des scores « Compréhension émotionnelle » de 38,96 +/- 7,04 , les étudiants de 4^{ème} année avaient une moyenne de 37,44 +/- 7,72 , les étudiants de 5^{ème} année avaient une moyenne 33,77 +/- 7,61 , les étudiants de la 6^{ème} année avaient une moyenne 30,11 +/- 8,21. (Figure 22)

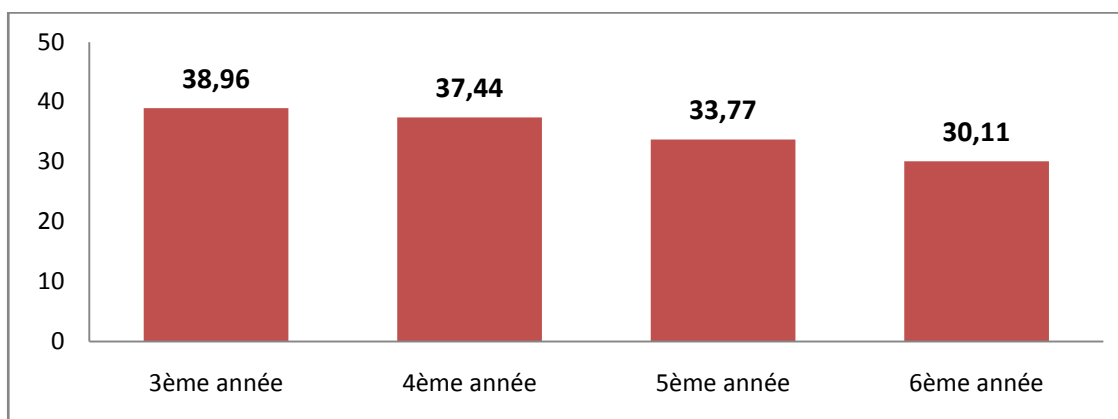


Figure 22 : Les moyennes des scores « compréhension émotionnel » par niveau d'étude.

d. Se mettre à la place du patient :

La moyenne du score « se mettre à la place du patient » chez les étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année était de 8,28 $\pm$ 2,37, avait un score maximal de 14 chez 1,2% (n=5) des étudiants et un score minimal de 2 chez 0.9% (n=4) des étudiants. 18,6% (n = 80) des étudiants avaient le score de 8.(Figure 23)

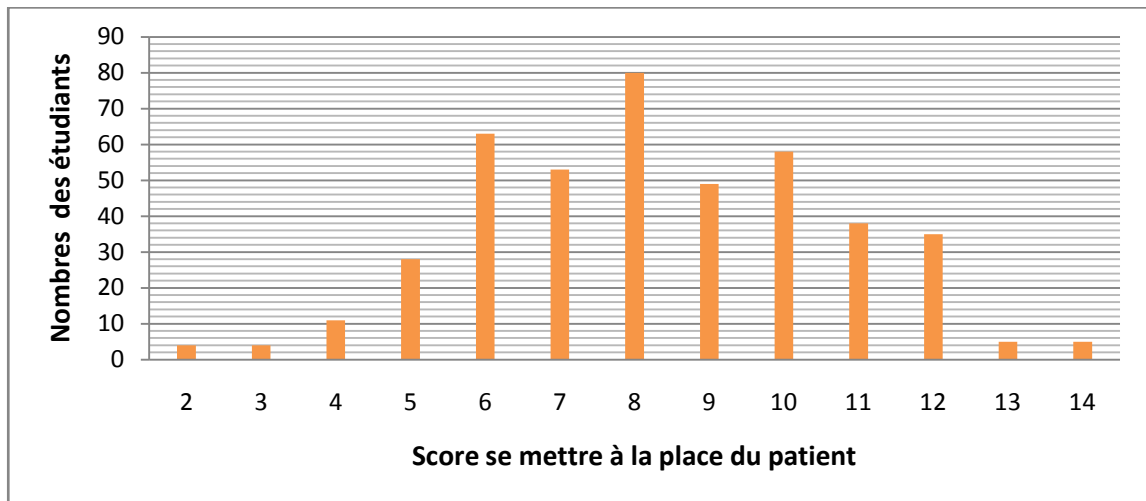


Figure 23 : Les fréquences des scores « se mettre à la place du patient » des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année.

Les étudiants de 3^{ème} année avaient une moyenne des scores « Se mettre à la place du patient » de 9,41 $\pm$ 2,37 , les étudiants de 4^{ème} année avaient une moyenne de 9,12 $\pm$ 2,19 , les étudiants de 5^{ème} année avaient une moyenne 7,79 $\pm$ 1,88 , les étudiants de la 6^{ème} année avaient une moyenne 6,48 $\pm$ 1,85.(Figure 24)

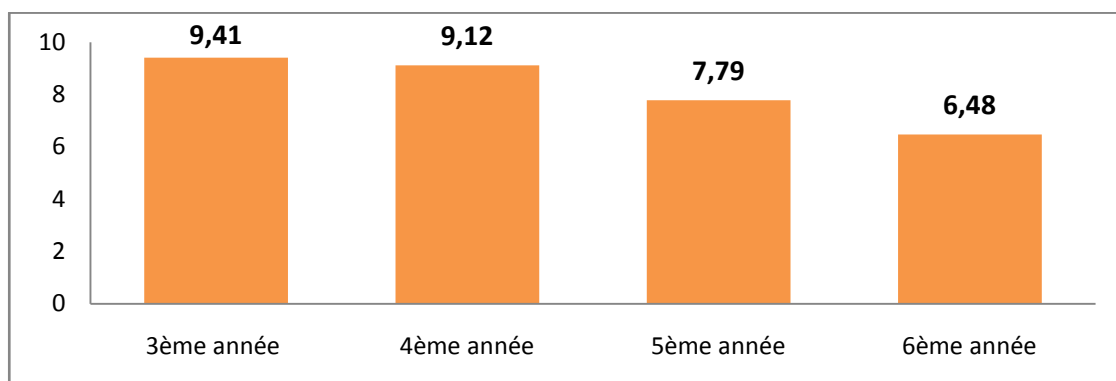


Figure 24 : les moyennes des scores « se mettre à la place du patient » par niveau d'étude.

2. Les résultats concernant les médecins internes et résidents :

Concernant la partie des médecins internes et résidents, aucun refus de consentement n'a été déclaré et sur un total de 300 questionnaires distribués, les 300 étaient exploitables.

2.1. Les données socio-démographiques :

a. âge :

Les âges des médecins internes et résidents sont répartis comme suit. (Figure 25)

L'âge moyen des médecins internes et résidents était de 28,81 $\pm$ 3.2 avec des extrêmes allant de 23 à 40 ans.

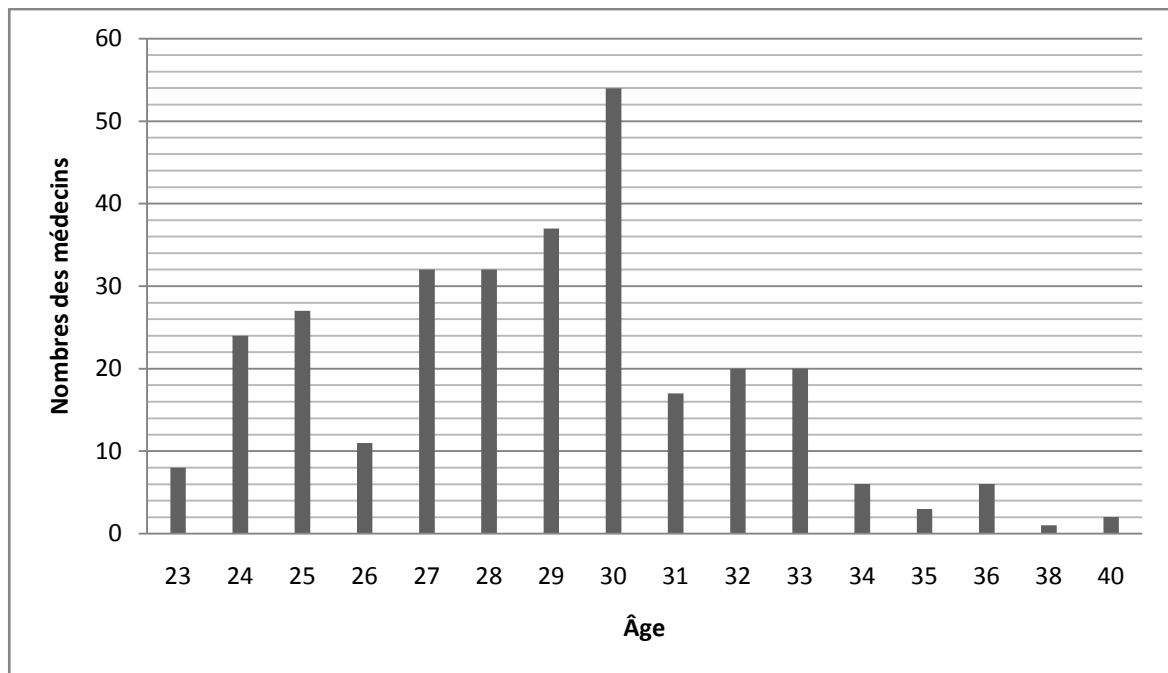


Figure 25 : Fréquences des âges des médecins internes et résidents.

b. Genre :

On a eu une prédominance du genre féminin (68,3%) par rapport au genre masculin (31,7%). (Figure 26)

Le sexe ratio (H/F) était de 0.46.

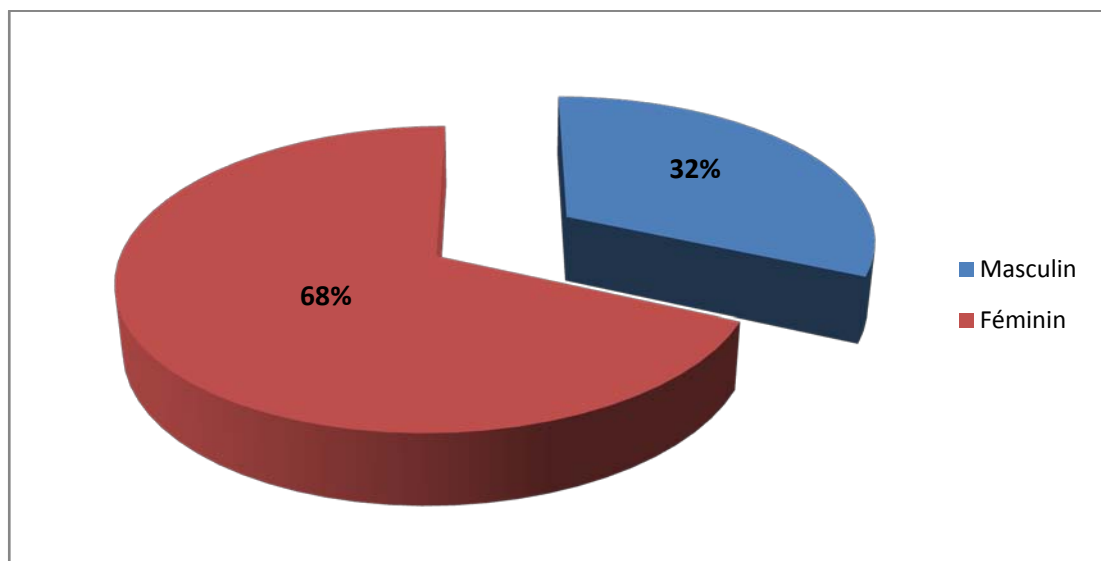


Figure 26 : Répartition en pourcentage des médecins internes et résidents selon le genre.

c. Statut marital :

On a eu un pourcentage de 53,3% des médecins qui étaient célibataires, 40,3% des médecins marié(e)s, 3,7% des médecins divorcé(e)s et 2,7% des médecins veuves ou veufs. (Figure 27)

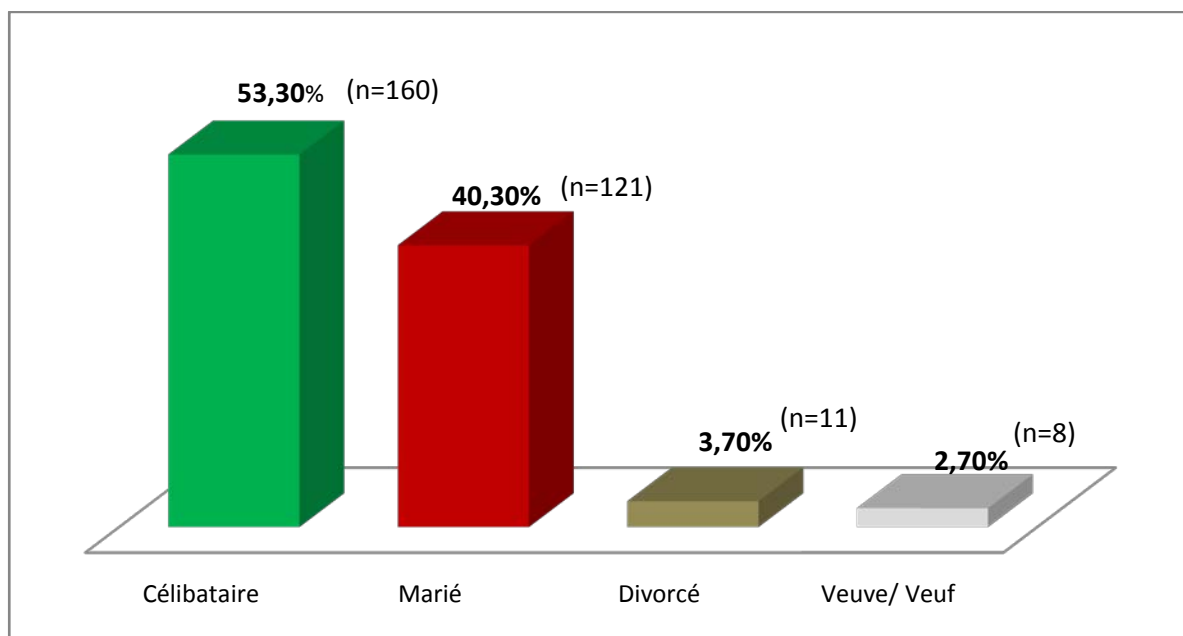


Figure 27 : Répartition en pourcentages des médecins internes et résidents selon le statut marital.

d. Nombre des enfants :

On a trouvé que le nombre des enfants variait entre 0 et 3. 79% des médecins n'avaient pas d'enfants, 12% avaient un seul enfant, 8% avaient 2 enfants et 1% avaient 3 enfants. (Figure 28)

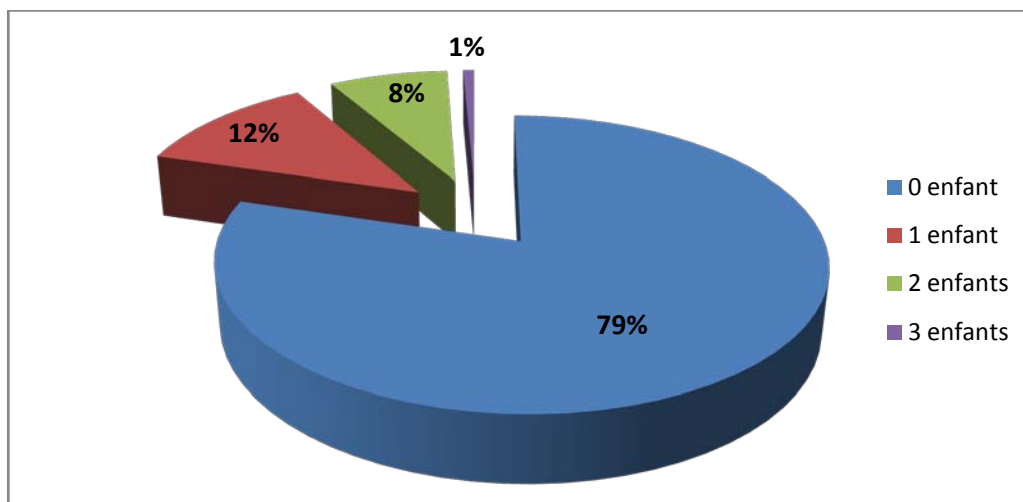


Figure 28 : Distribution en pourcentages des médecins internes et résidents selon le nombre d'enfants.

e. Statut professionnel :

L'échantillon des médecins internes et résidents étudié était constitué de : 72% des médecins résidents et 28% des médecins internes. (Figure 29)

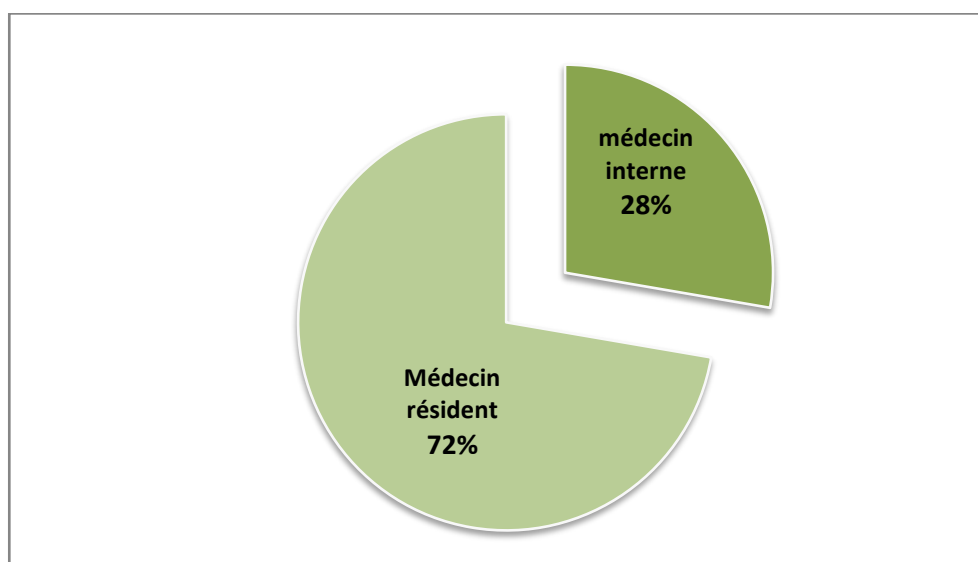


Figure 29 : Répartition en pourcentage des médecins selon le statut professionnel.

f. Type de service ou de spécialité :

Tous les services de médecine et de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech avaient participé à l'étude.

Les médecins internes et résidents issus des services de médecine constituaient 62%. (Figure 30)

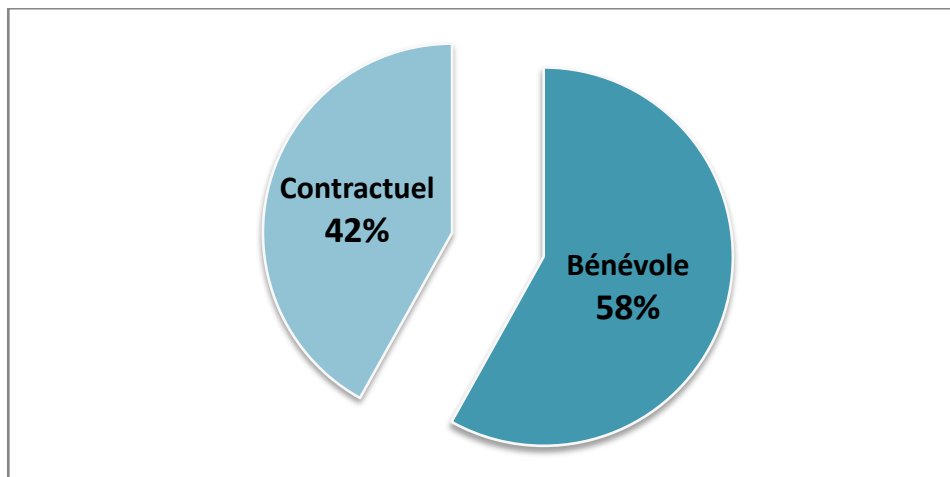


Figure 30 : Distribution en pourcentage des médecins internes et résidents selon le type de service ou de spécialité.

g. Type du contrat des résidents :

On a trouvé que 58% des médecins résidents étaient bénévoles, et 42% étaient contractuels. (Figure 31)

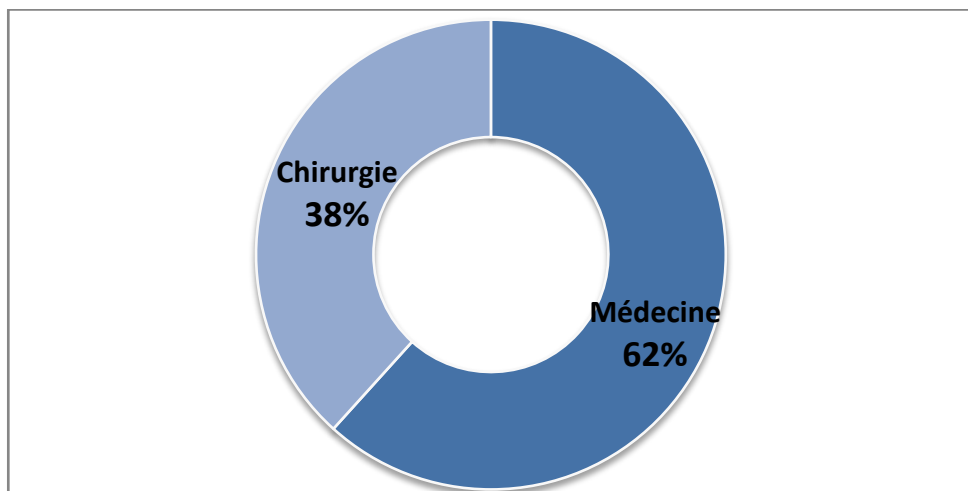


Figure 30 : Répartition en pourcentages des médecins résidents selon le type de contrat.

h. Nombre des gardes :

La moyenne des nombres des gardes durant les deux derniers mois qui précédaient la passation du questionnaire, des médecins internes et résidents était de 10,64 $\pm$ 4,43. Avec un minimum de 0 garde pour un pourcentage de 2% des médecins et un nombre maximum de 18 gardes pour 5,7% des médecins. (Figure 31)

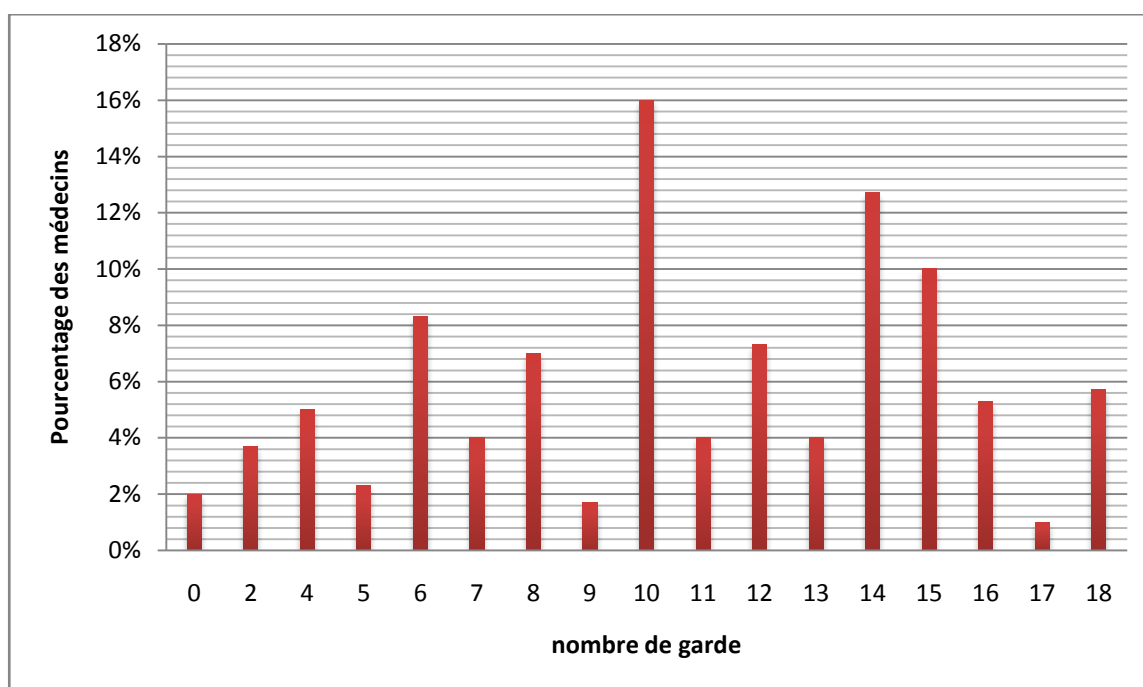


Figure 31 : Distribution en pourcentage du nombre des gardes des médecins internes et résidents durant les deux derniers mois.

i. Souhait de faire médecine :

Le pourcentage des médecins internes et résidents qui ne souhaitent pas faire médecine, était de 48%. (Figure 32).

Pour les médecins internes, 40% ne souhaitent pas faire médecine. (Figure 33)

Pour les médecins résidents, 58% ne souhaitent pas faire médecine. (Figure 34)

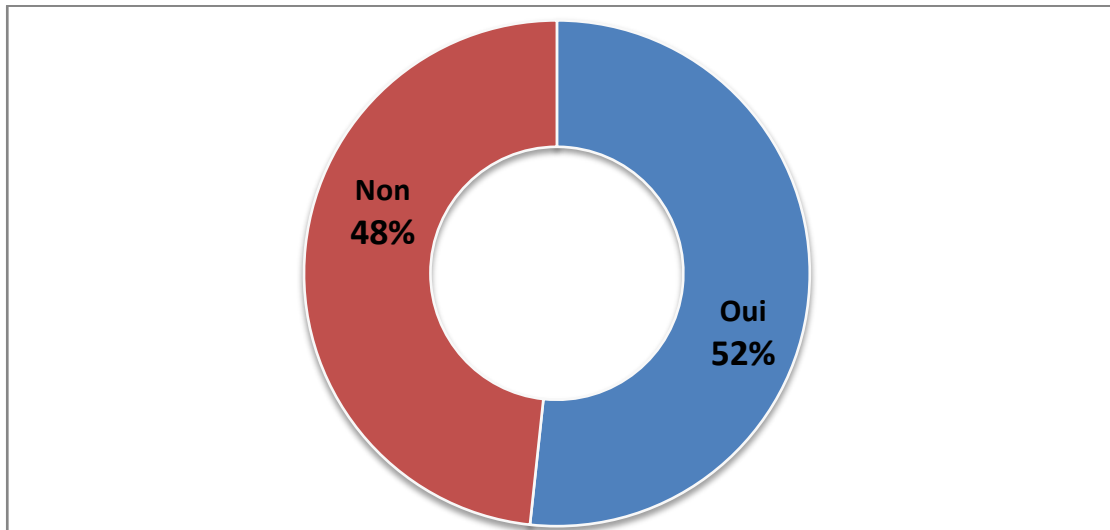


Figure 32 : Répartition en pourcentage des médecins selon le souhait de faire médecine.

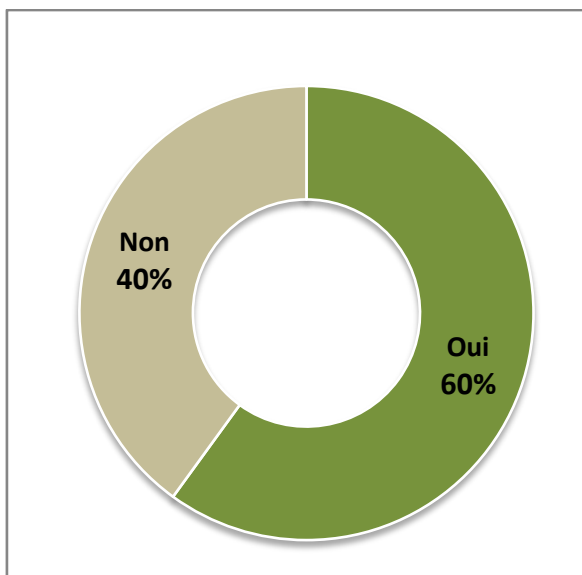


Figure 33 : Répartition en pourcentage des internes selon le souhait de faire médecine.

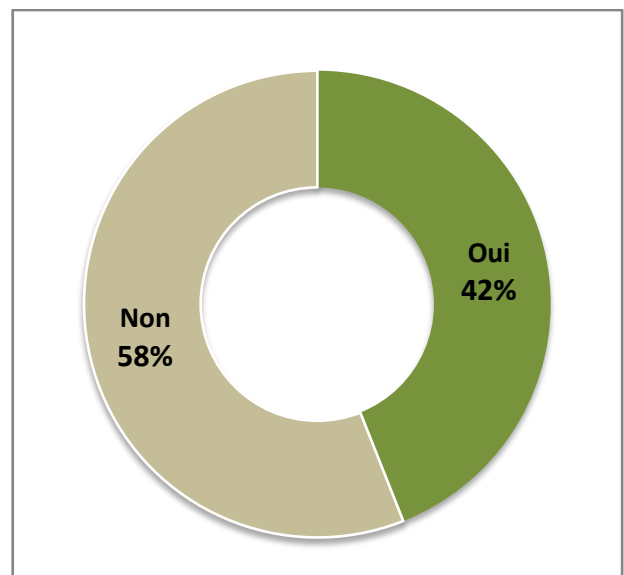


Figure 34 : Répartition en pourcentage des résidents selon le souhait de faire médecine.

j. Transport :

38% des médecins avaient besoin de moins de 10 min pour arriver au CHU, 38% avaient besoin de 10 à 30 min et 24% avaient besoin de plus de 30min. (Figure 35)

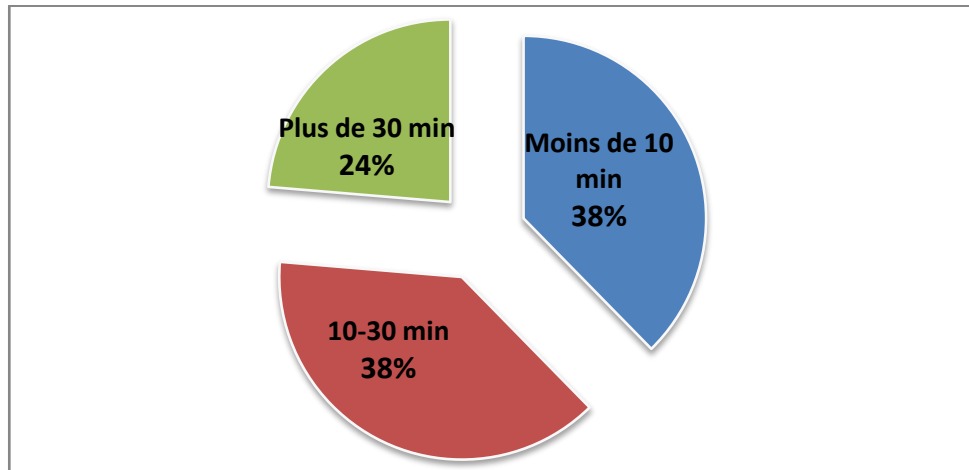


Figure 35 : Répartition en pourcentages des médecins selon le temps nécessaire pour arriver au CHU.

k. Distance de la résidence parentale :

39% des médecins avaient une distance entre 100 à 400 km de la résidence parentale, 22% avaient une distance entre 10 à 100 km, 21% avaient une distance de plus de 400km et 18% avaient une distance inférieure à 10km résidence parentale. (Figure 36).

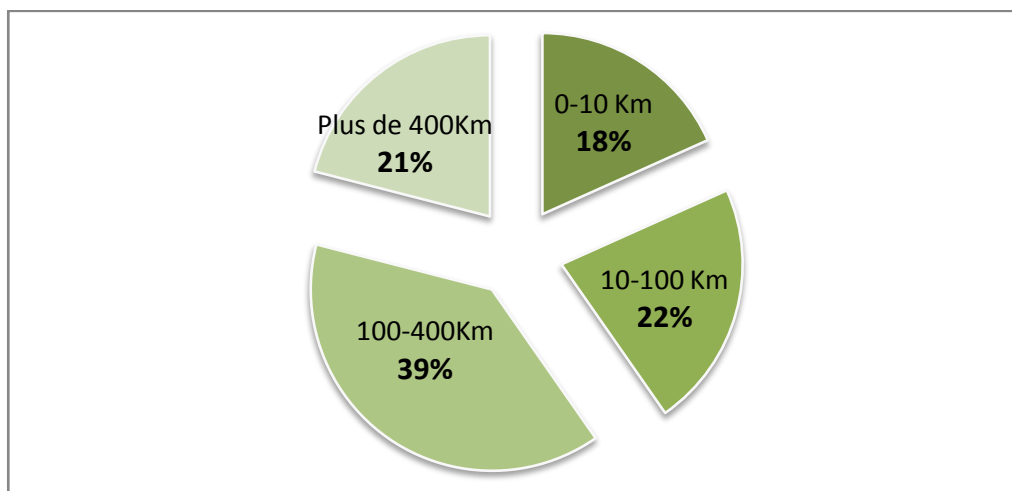


Figure 36 : Répartition en pourcentage des médecins selon la distance en Km de la résidence parentale.

l. Antécédent familial de maladie chronique :

51% des médecins avaient reconnu avoir un antécédent familial de maladie chronique. (Figure 37)

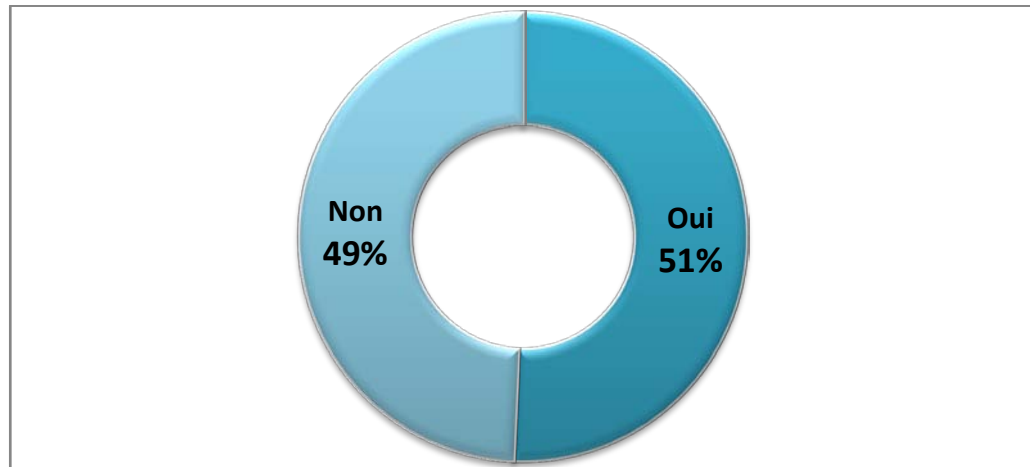


Figure 37 : Répartition en pourcentage des médecins selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

L'hypertension artérielle était l'antécédent le plus fréquent avec un pourcentage de 40%, suivie du diabète à 35%. (Figure 38)

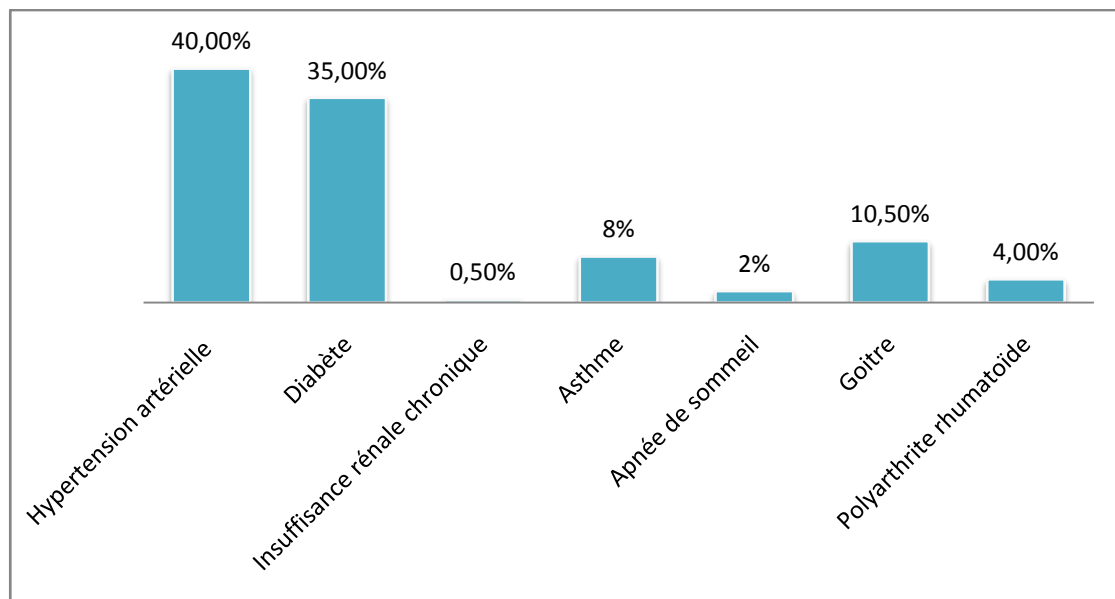


Figure 38 : Distribution en pourcentage des types des antécédents familiaux de maladie chronique chez les médecins internes et résidents.

m. Maladie chronique personnelle :

Dans notre étude, 40% des médecins déclaraient avoir une maladie chronique personnelle. (Figure 39)

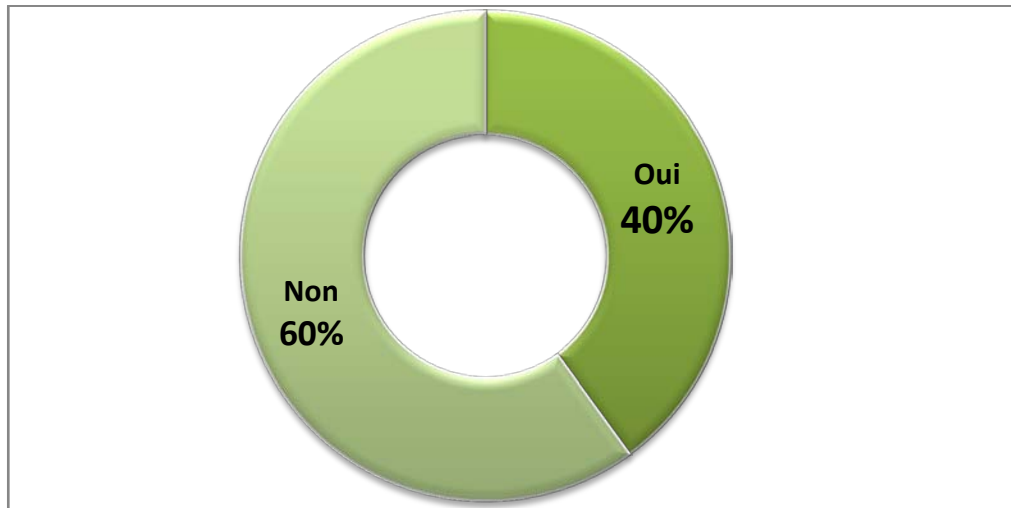


Figure 39 : Répartition en pourcentage des médecins selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

Le diabète constituait la maladie chronique la plus fréquente avec un pourcentage de 50%, suivie de l'asthme à 40%. (Figure 40)

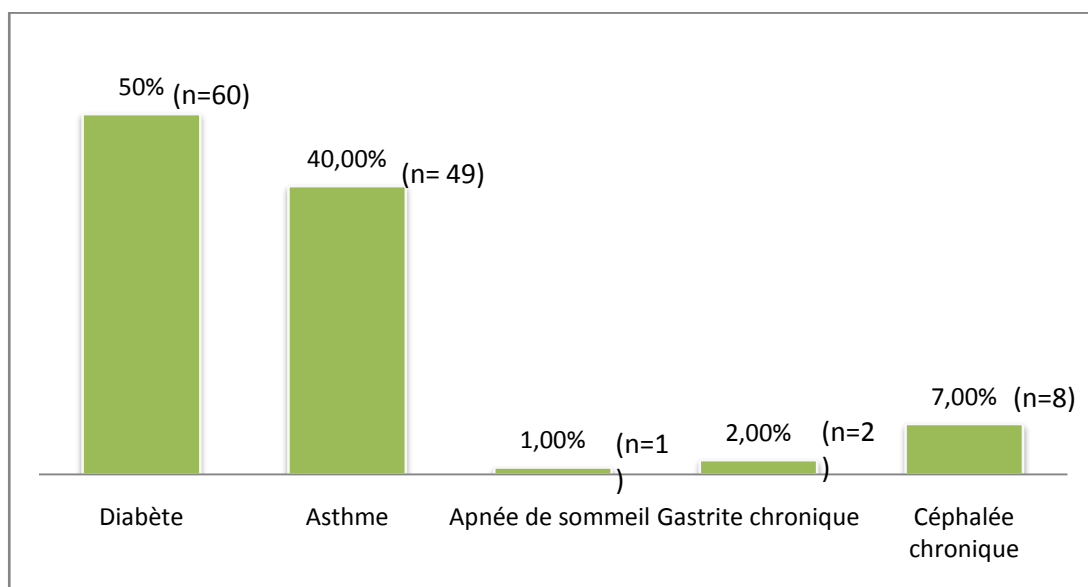


Figure 40 : Distribution en pourcentage des types des maladies chroniques chez les médecins internes et résidents.

n. Maladie psychiatrique personnelle :

Dans notre échantillon, on a trouvé que 25% des médecins internes et résidents avaient une maladie psychiatrique. (Figure 41)

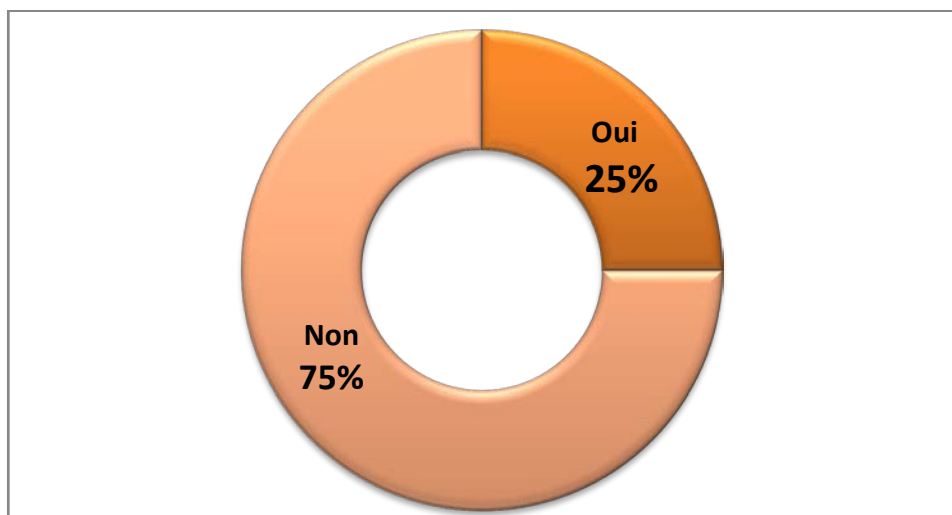


Figure 41 : Répartition en pourcentage des médecins internes et résidents selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

Pour les médecins internes, 42% déclaraient avoir une maladie psychiatrique. (Figure 42)

Pour les médecins résidents, 18% déclaraient avoir une maladie psychiatrique. (Figure 43)

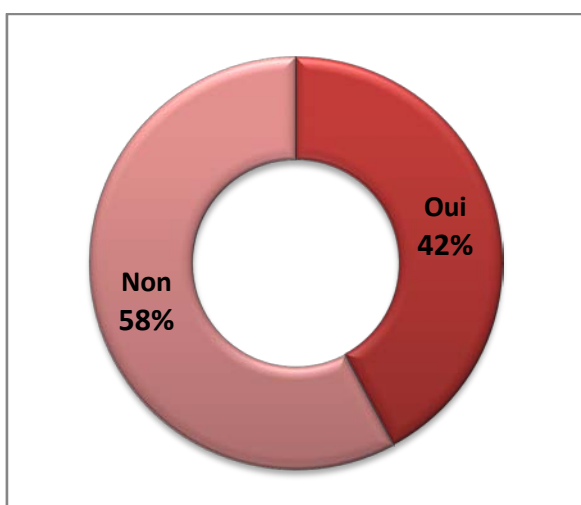


Figure 42 : Répartition en pourcentage des internes selon la présence ou non de maladie psychiatrique

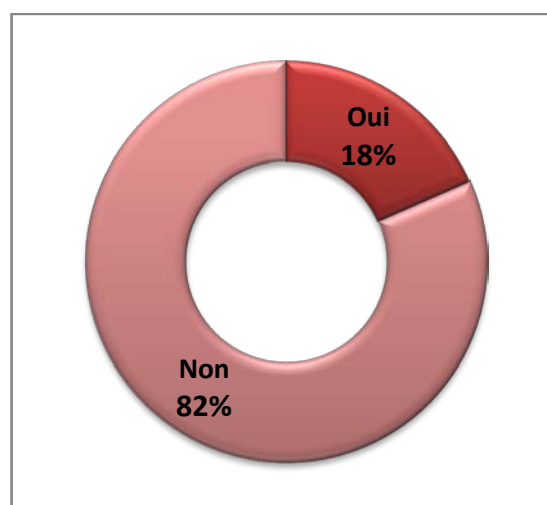


Figure 43 : répartition en pourcentage des résidents selon la présence ou non de maladie psychiatrique

Pour les médecins internes et résidents issus des services de médecine, 18% disaient avoir une maladie psychiatrique. (Figure 44)

Pour les médecins internes et résidents issus des services de chirurgie, 39% disaient avoir une maladie psychiatrique. (Figure 45)

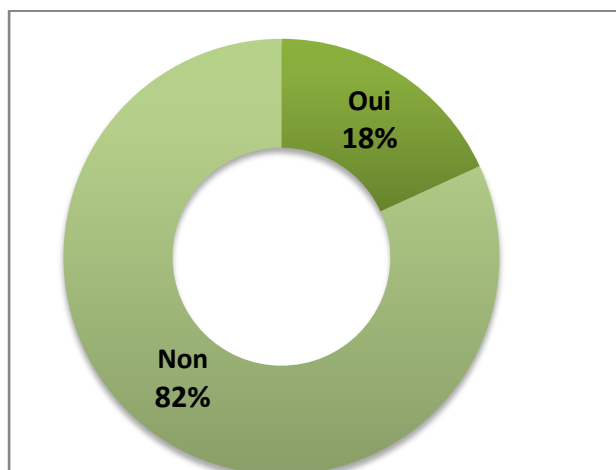


Figure 44 : Répartition en pourcentage des médecins issus des services de médecine selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

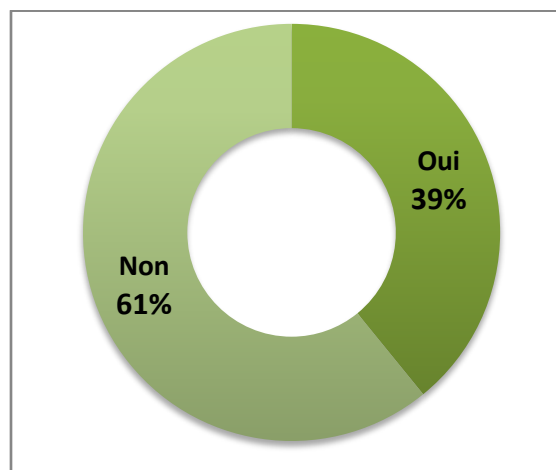


Figure 45 : Répartition en pourcentage des médecins issus des services de chirurgie selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

Pour les médecins internes et résidents qui souffraient des pathologies psychiatriques, la dépression constituait 60% de l'ensemble de ces pathologies. (Figure 46)

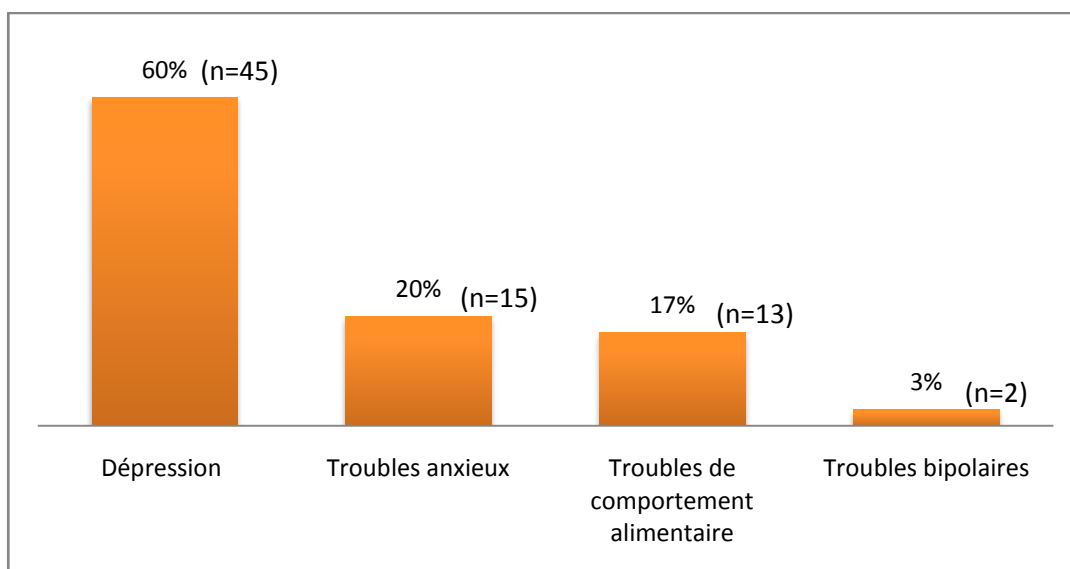


Figure 46 : Distribution en pourcentage des types des maladies psychiatriques chez les médecins internes et résidents.

2.2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Dans notre échantillon, les réponses des médecins internes et résidents aux items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie étaient comme suit. (Tableau II)

Tableau II : Les moyennes des scores des médecins internes et résidents pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical	300	4.37	1.264
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	300	4.23	1.346
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	300	3.87	1.479
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	300	4.20	1.575
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	300	4.18	1.680
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	300	3.92	1.512
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	300	4.20	1.704
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	300	3.96	1.749
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	300	4.58	1.627
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	300	4.56	1.617
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	300	4.32	1.774
12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	300	4.27	1.796

Tableau II : Les moyennes des scores des médecins internes et résidents pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie. "suite".

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	300	4.48	1.685
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	300	3.76	1.768
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	300	4.60	1.764
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	300	4.46	1.785
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	300	4.23	1.753
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	300	4.65	1.764
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	300	2.61	1.158
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	300	5.53	1.396

2/4/5/9/10/13/15/16/17/20

: items du sous échelle « prise de perspective »

1/7/8/11/12/14/18/19

: items du sous échelle « compréhension émotionnelle »

3/6/

: items du sous échelle « se mettre à la place du patient »

a. Jefferson total :

La moyenne des scores « Jefferson total » des médecins internes et résidents était de 84,98 +/- 22,77, avec un score minimal de 37 et un maximal de 128 (min = 37 , max = 128). 4,7% (n = 16) des médecins avaient un score « Jefferson total » de 94. (Figure 47)

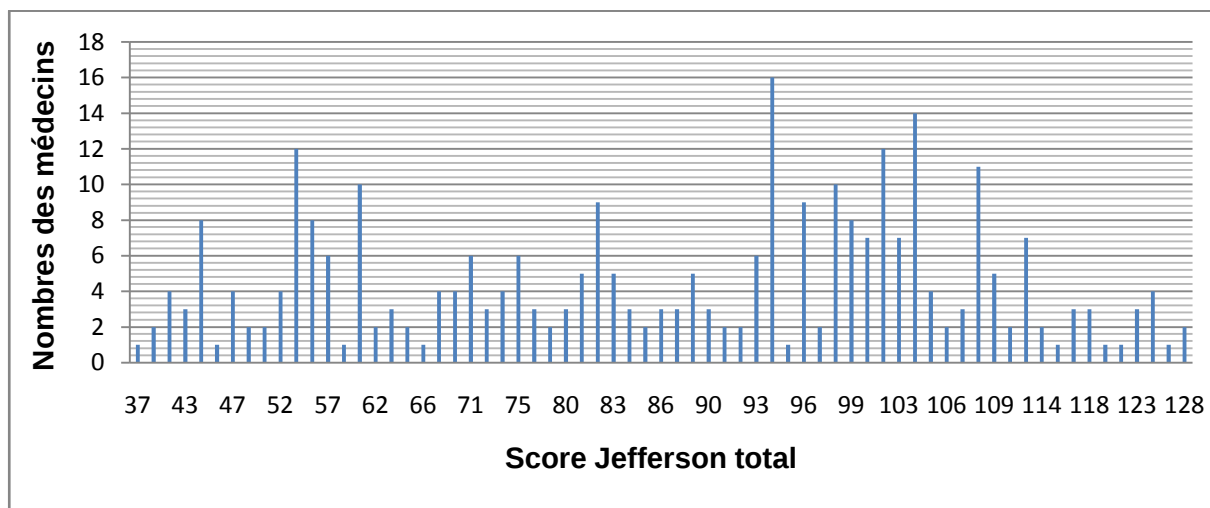


Figure 47 : Les fréquences des scores « Jefferson total » des médecins internes et résidents.

Pour les médecins internes, la moyenne des scores Jefferson total était de 91,38 +/- 22,50. Alors que pour les médecins résidents cette moyenne était de 82,53 +/- 22,85. (Figure 48)

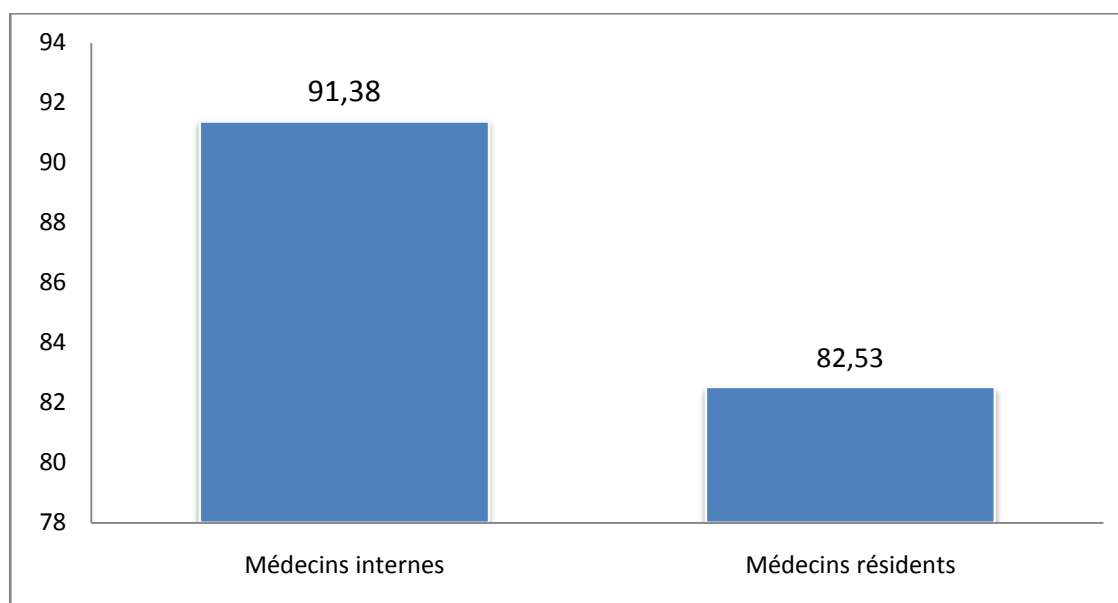


Figure 48 : Les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins par statut professionnel.

Pour les médecins internes et résidents issus des services de médecine, la moyenne du score « Jefferson total », était de 92,51 +/- 20,07. Alors pour ceux issus des services de chirurgie, la moyenne était de 72,86 +/- 21,69. (Figure 49)

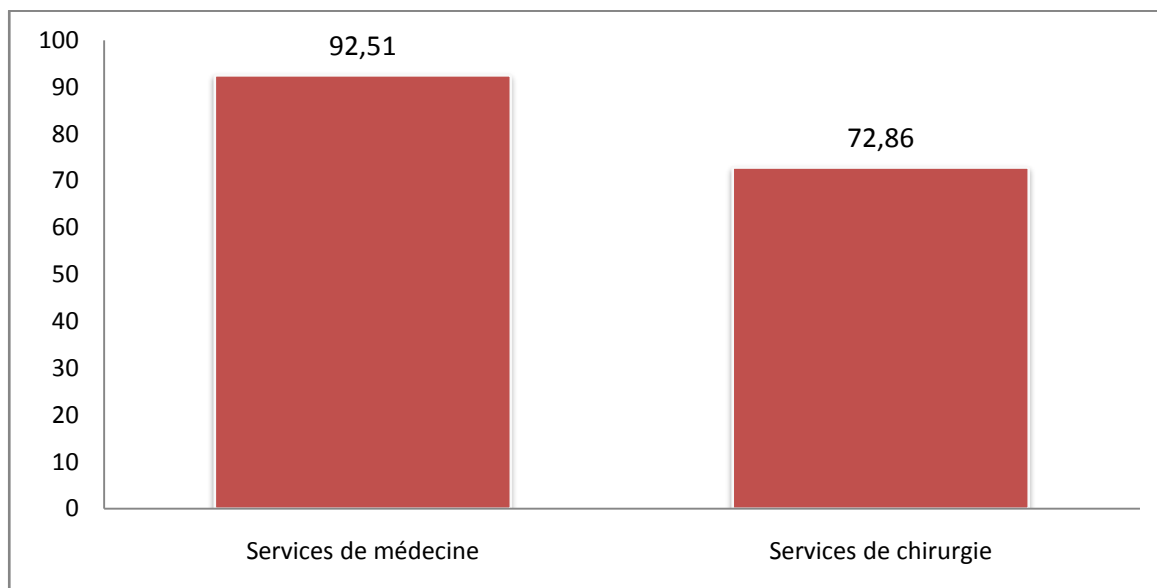


Figure 49 : Les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins internes et résidents selon le type de service ou de spécialité.

b. Prise de perspective :

La moyenne des scores « prise de perspective » des médecins internes et résidents était de 45,06 +/- 12,91, avec un maximum de 68 chez 1% (n=3) des médecins et un minimum de 17 chez 0.3% (n=1) des médecins, 6,3% (n=19) des médecins avaient un score de 56. (Figure 50)

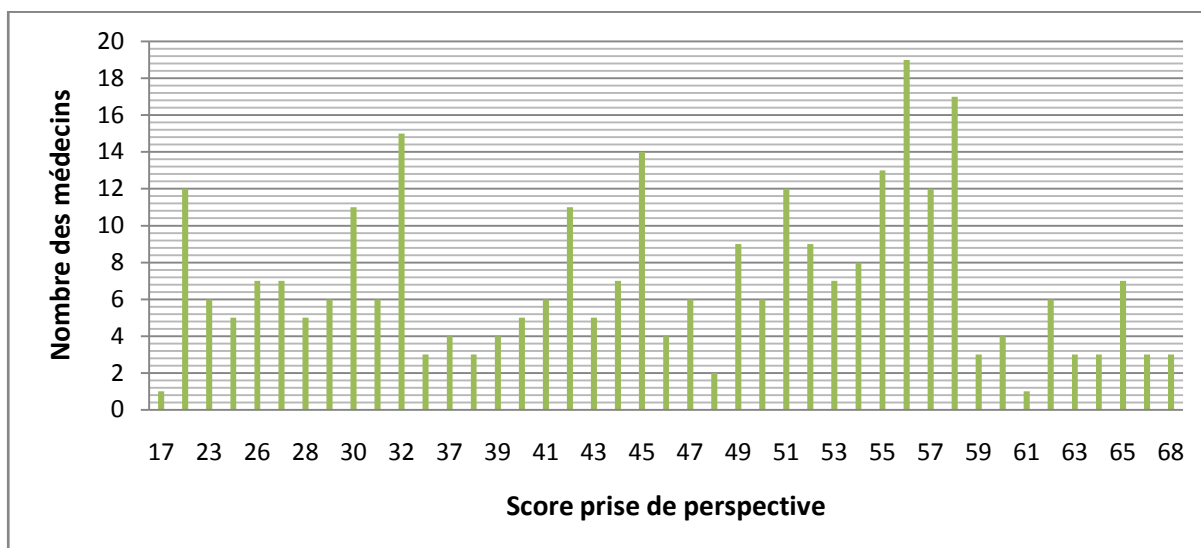


Figure 50 : Les fréquences des scores « prise de perspective » des médecins internes et résidents.

Pour les médecins internes, la moyenne des scores « prise de perspective » était de 47,02 + /- 11,67. Alors que les médecins résidents avaient une moyenne de 44,30 + /- 13,30. (Figure 51)

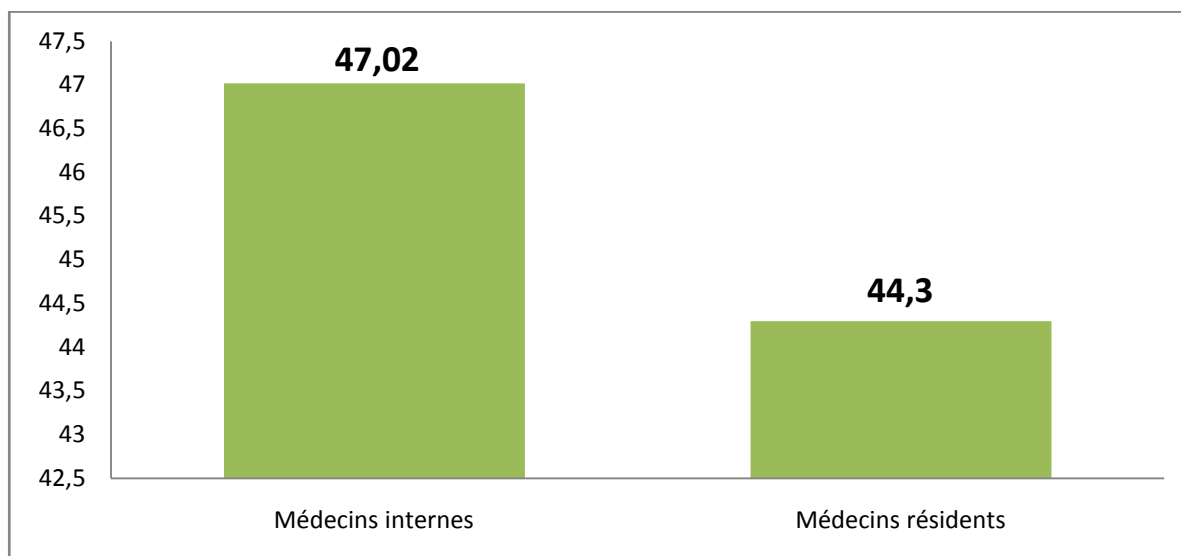


Figure 51 : Les moyennes des scores « prise de perspective » des médecins par statut professionnel.

Pour les médecins internes et résidents issues des services de médecine, la moyenne des scores de « prise de perspective » était de 49,17 + /- 11,33. Alors que les médecins issues des services de chirurgie avaient une moyenne de 38,44 + /- 12,57. (Figure 52)

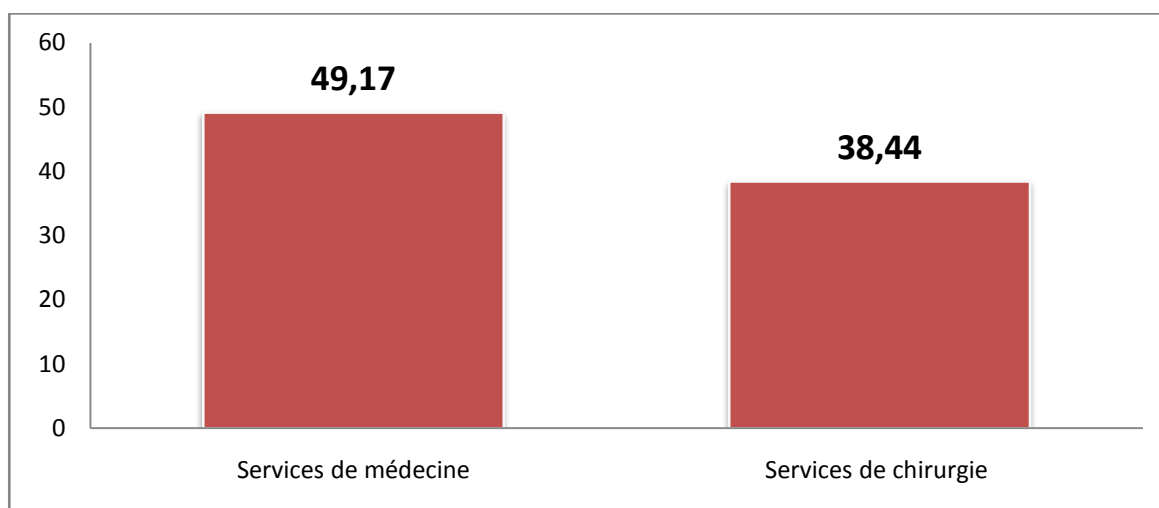


Figure 52 : Les moyennes des scores « prise de perspective » des médecins internes et résidents selon le type du service ou de spécialité.

c. Compréhension émotionnel :

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes et résidents était de 32,13 +/- 9,15, avec un maximum de 53 chez 0,3% (n=1) des médecins et un minimum de 11 chez 1% (n=3) des médecins, 7% (n= 21) des médecins avaient le score de 37. (Figure 53)

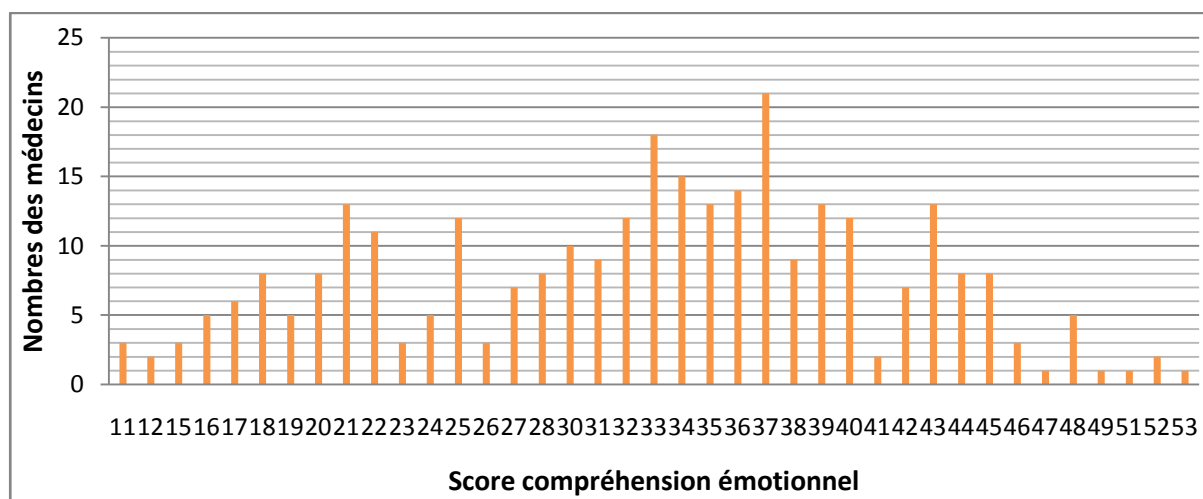


Figure 53 : Les fréquences des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes et résidents.

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes était de 35,68 +/- 9,09. Alors que les médecins résidents avaient une moyenne de 30,76 +/- 8,82. (Figure 54)

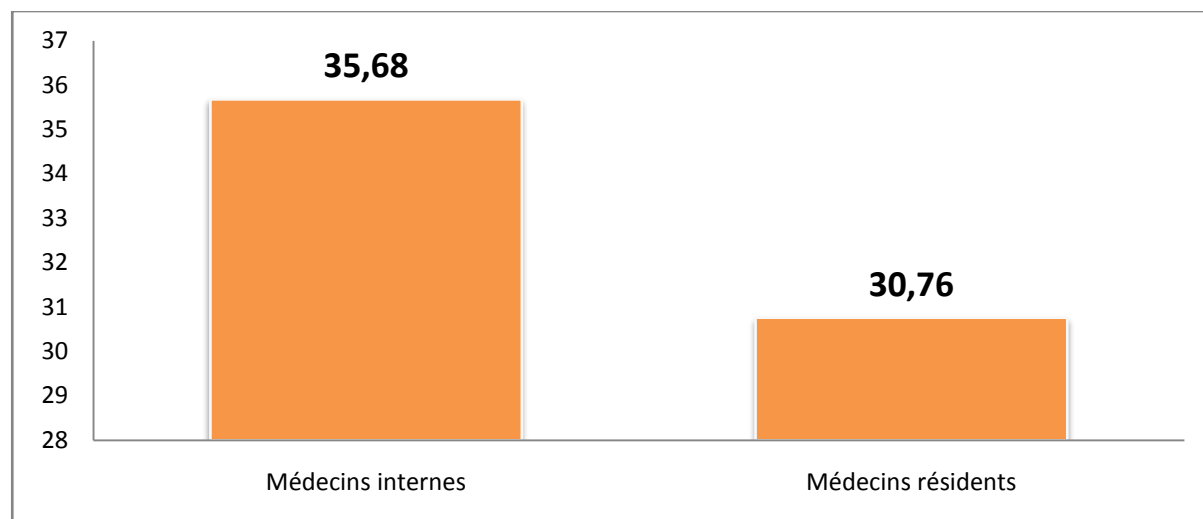


Figure 54 : Les moyennes des scores « compréhension émotionnel » selon le statut professionnel du médecin.

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes et résidents issues des services de médecine était de $34,75 \pm 8,46$. Alors que les médecins issues des services de chirurgie avaient une moyenne de $27,90 \pm 8,66$. (Figure 55)

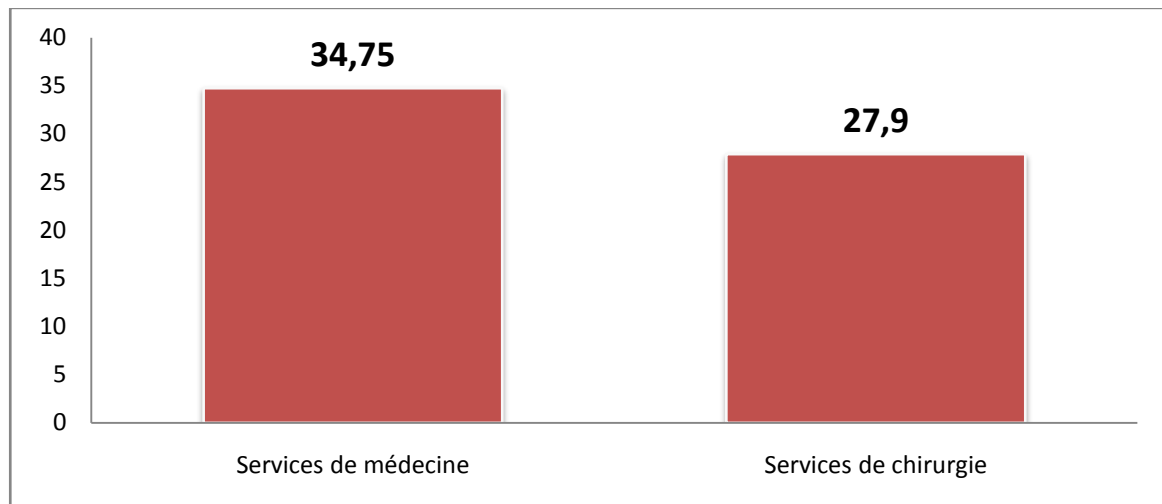


Figure 55 : les moyennes des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes et résidents selon le type de service ou de spécialité.

d. Se mettre à la place du patient :

La moyenne des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes et résidents était de $7,72 \pm 2,59$, un maximum de 14 chez 0,7% (n=2) des médecins et un minimum de 3 chez 7% (n=21) des médecins, 19% (n= 57) des médecins avaient le score de 8. (Figure 56)

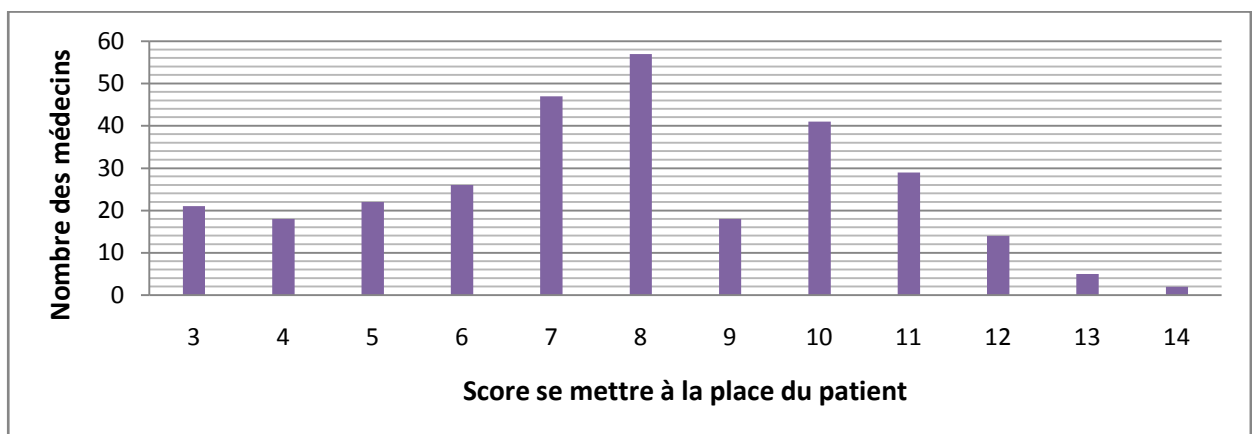


Figure 56 : Les fréquences des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes et résidents.

La moyenne des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes était de $8,67 \pm 2,71$. Alors que les médecins résidents avaient une moyenne de $7,45 \pm 2,47$. (Figure 57).

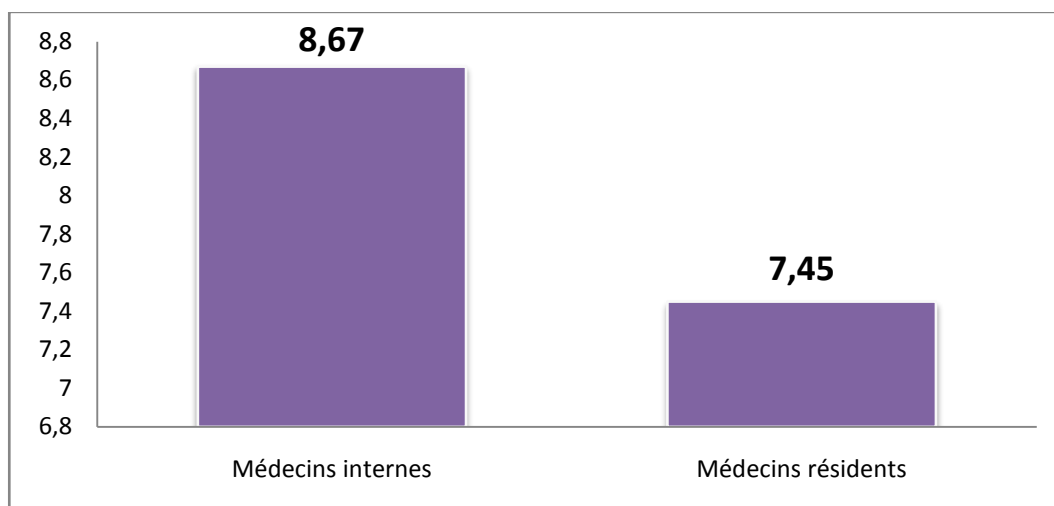


Figure 57 : Les moyennes des scores « se mettre à la place du patient » selon le statut professionnel du médecin.

Les médecins internes et résidents issues des services de médecine avaient une moyenne des scores « se mettre à la place du patient » de $8,58 \pm 2,34$. Alors que les médecins issues des services de chirurgie avaient une moyenne de $6,52 \pm 2,48$. (Figure 58)

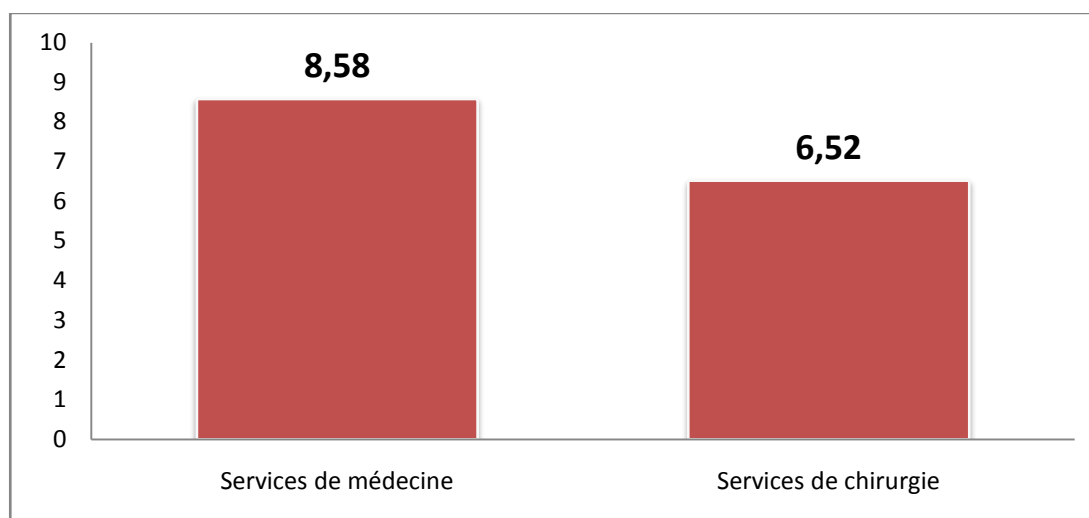


Figure 58 : Les moyennes des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes et résidents selon le type de service ou de spécialité.

3. Les résultats concernant les professeurs :

Concernant la partie des professeurs, sur un total de 60 questionnaires distribués on a retenu 54 qui étaient exploitables.

3.1. Données socio-démographiques :

a. Âge :

Les âges des professeurs sont répartis comme suit.(Figure 59).

L'âge moyen des professeurs était de 43 +/- 6.23 avec des extrêmes allant de 35 à 58 ans.

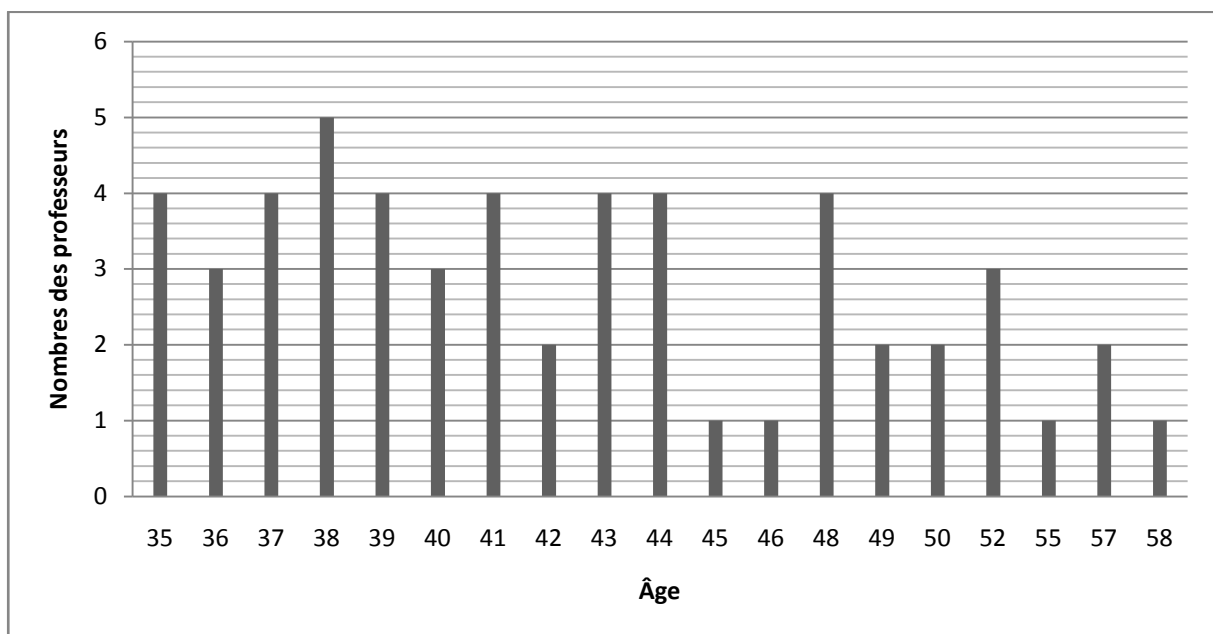


Figure 59 : Les fréquences d'âges des professeurs.

b. Genre :

On a eu une prédominance du sexe féminin à 52% par rapport au sexe masculin à 48%. (Figure 60)

Le sexe ratio (H/F) était de 0,92.

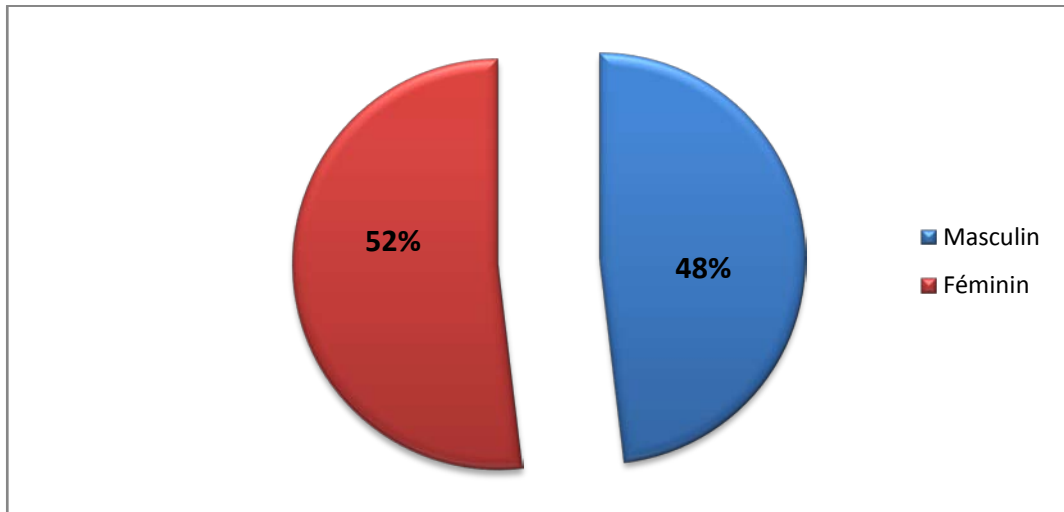


Figure 60 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le genre.

c. Statut marital :

On a eu un pourcentage de 85% des professeurs qui étaient marié(e)s, 10% célibataires et 5% divorcé(e)s. (Figure 61)

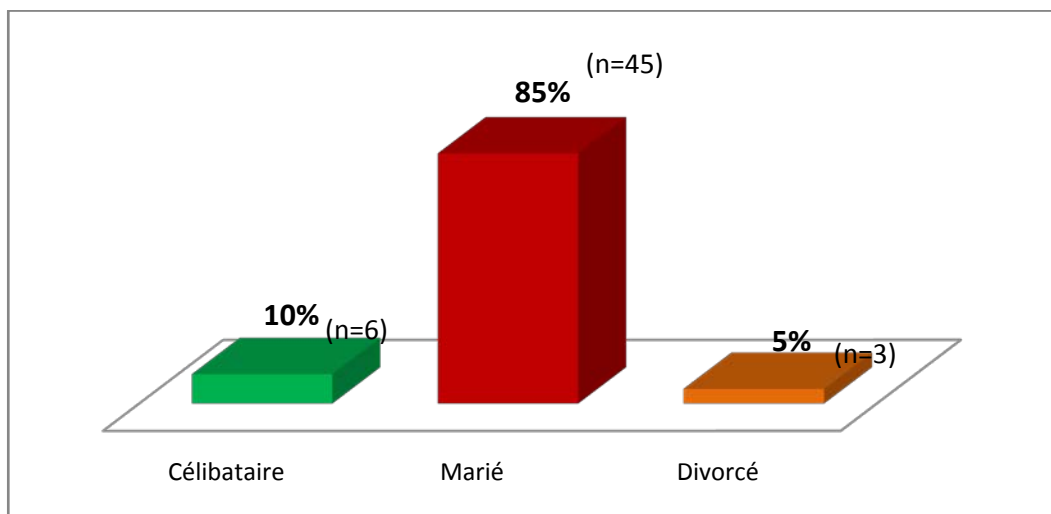


Figure 61 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le statut marital.

d. Nombre des enfants :

On a trouvé que le nombre des enfants variait entre 0 et 4. Et que 28% des professeurs n'avaient pas d'enfants, 15% avaient 1 seul enfant, 33% avaient 2 enfants, 20% avaient 3 enfants et 4% avaient 4 enfants. (Figure 62)

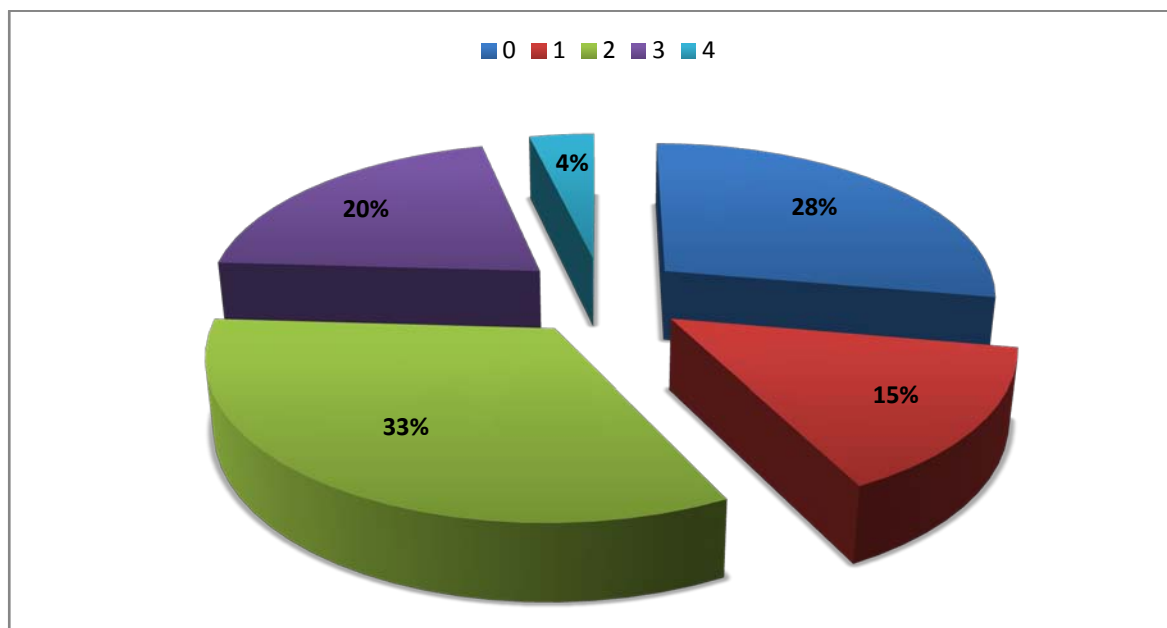


Figure 62 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le nombre des enfants.

e. Statut professionnel :

On a trouvé que les professeurs agrégés constituaient 43% de l'échantillon étudié, suivie des professeurs assistants à 33% et des professeurs de l'enseignement supérieur à 24%. (Figure 63)

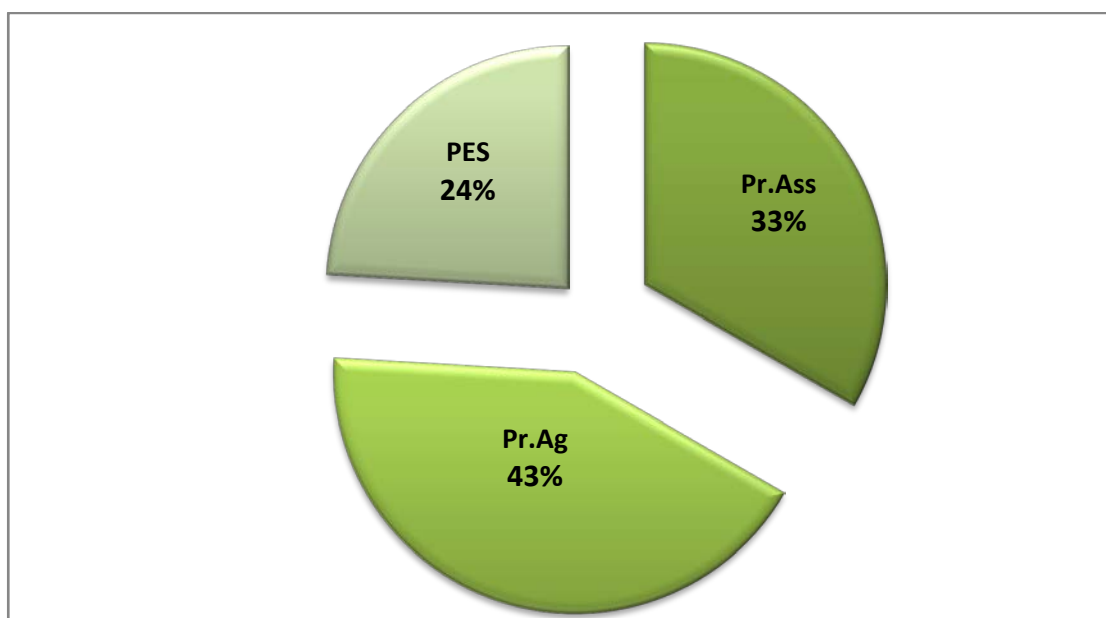


Figure 63 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le statut professionnel.

f. Type de spécialité :

La majorité des professeurs (61%) étaient issus des services de médecine. (Figure 64)

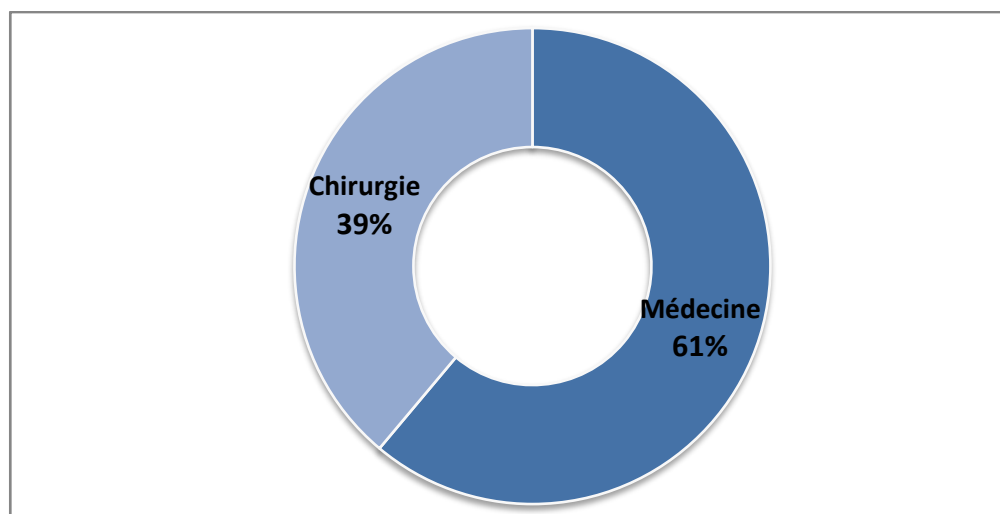


Figure 64 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le type de spécialité.

g. Nombre de garde :

Dans notre échantillon, 5% des professeurs n'avaient aucune garde durant le deux derniers mois qui précèdent la passation du questionnaire, 20% avaient une garde, 45% avaient 2 gardes et 30% avaient 3 gardes. (Figure 65)

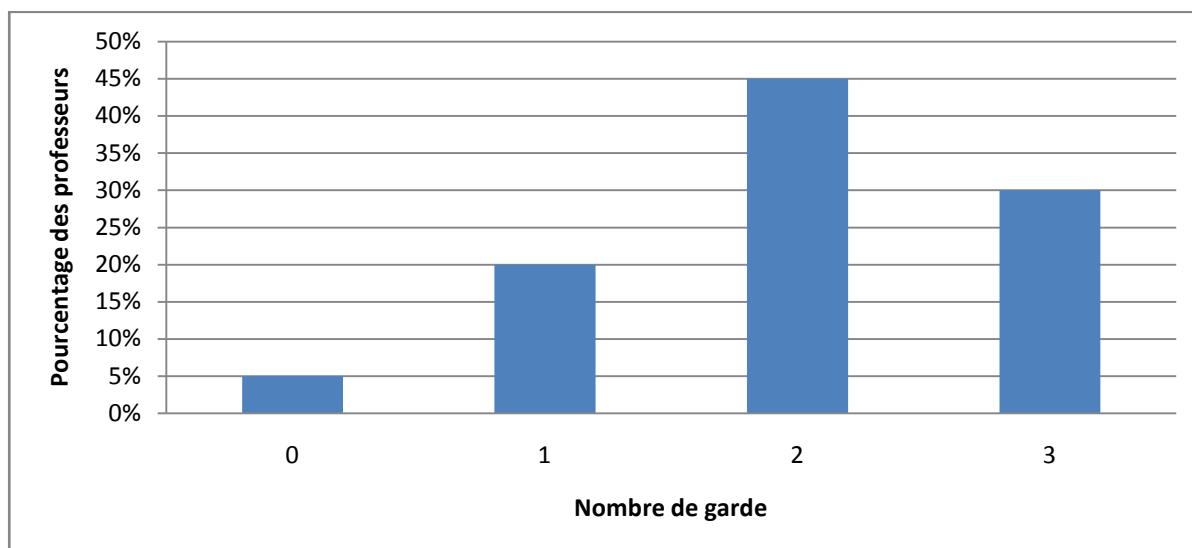


Figure 65 : Distribution en pourcentage des professeurs selon le nombre des gardes durant les deux derniers mois.

h. Souhait de faire médecine :

On a trouvé que 93% des professeurs avaient souhaité faire médecine. (Figure 66)

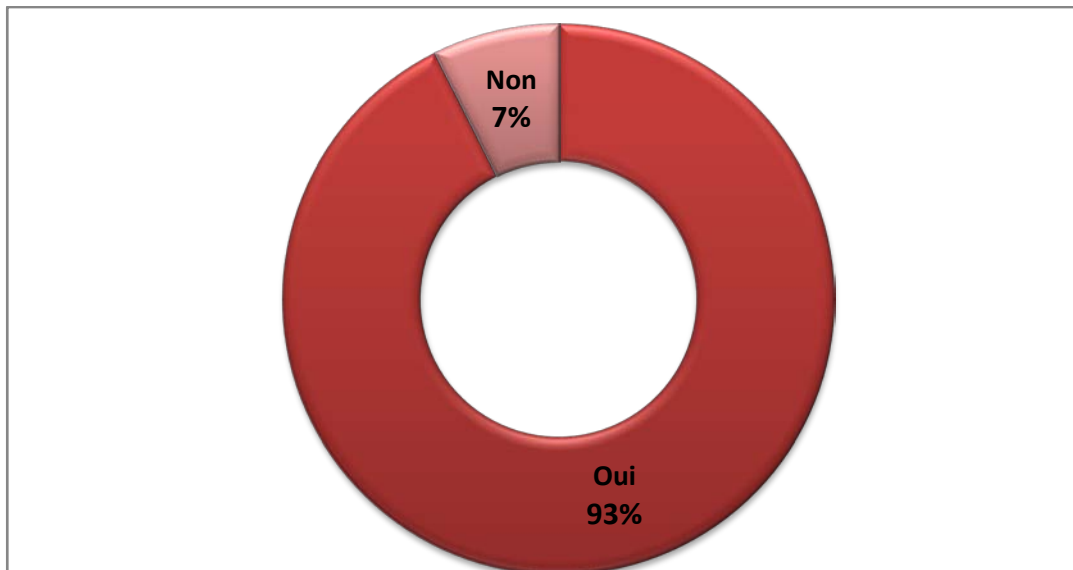


Figure 66 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le souhait de faire médecine.

i. Transport :

Pour arriver à l'hôpital, 39% des professeurs avaient besoin entre 10 à 30min, 37% avaient besoin de plus de 30min et 24% avaient besoin de moins de 10 min. (Figure 67)

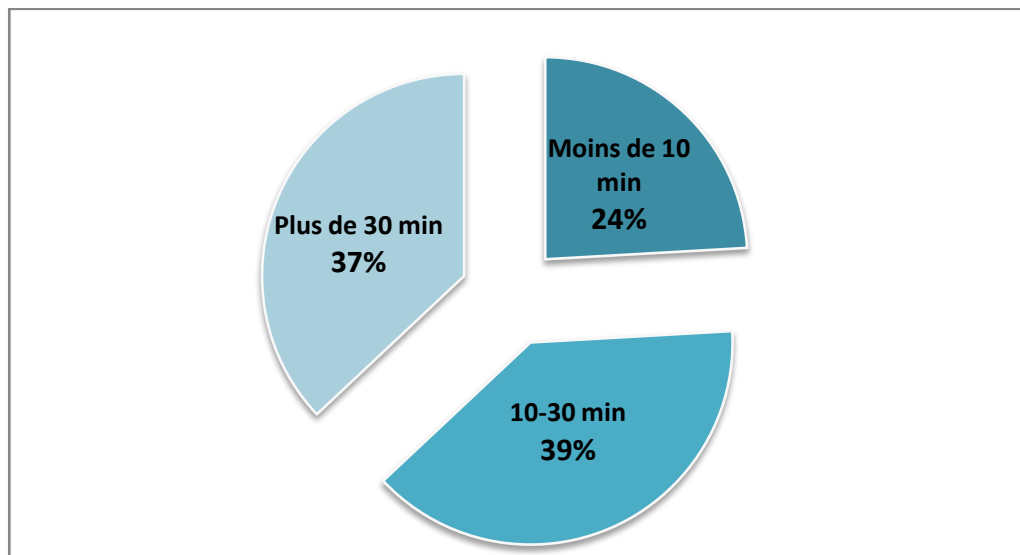


Figure 67 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital.

j. La résidence parentale :

Dans notre échantillon, 45% des professeurs avaient une distance de 100 à 400 Km de la résidence parentale, 28% avaient une distance à plus de 400 Km, 20% avaient une distance entre 10 et 100 Km et 7% avaient une distance inférieure à 10Km de la résidence parentale. (Figure 68)

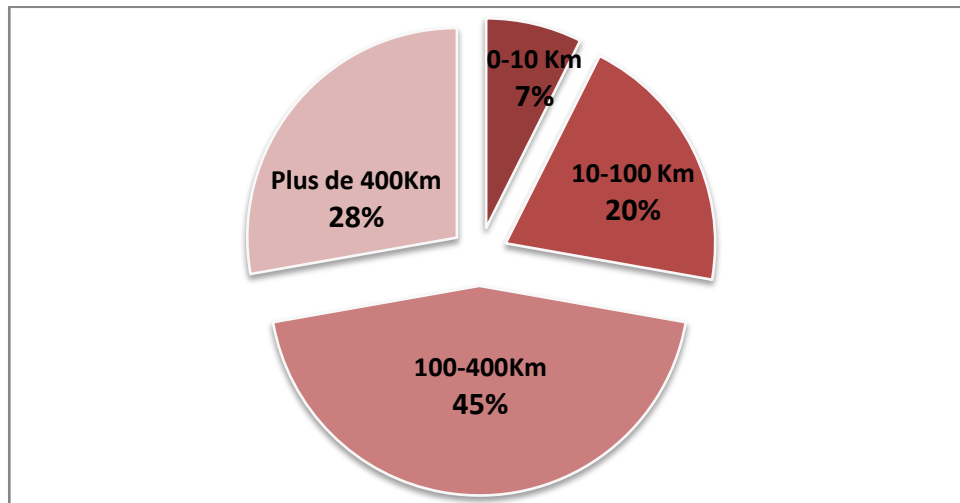


Figure 68 : Répartition en pourcentage des professeurs selon la distance en Km de la résidence parentale.

k. Antécédent familial de maladie chronique :

Dans notre échantillon, 87% des professeurs déclaraient avoir un antécédent familial de maladie chronique. (Figure 69)

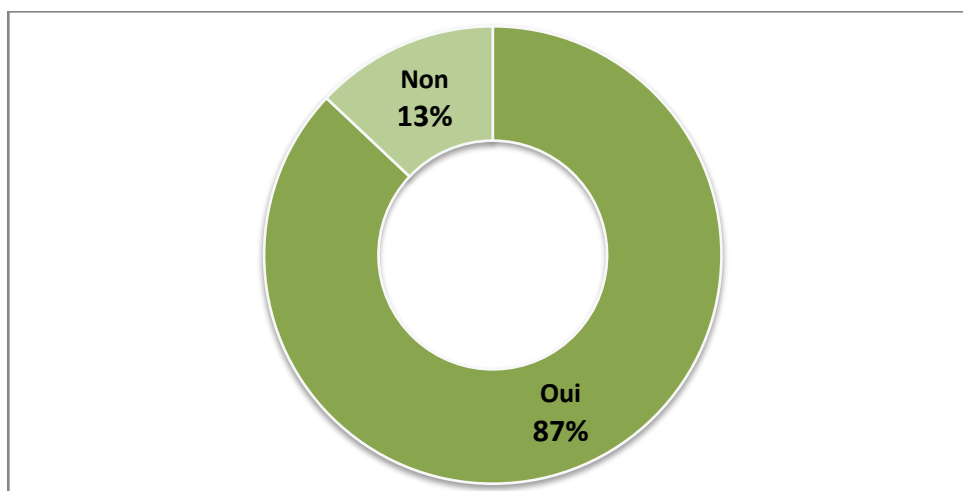


Figure 69 : Répartition en pourcentage des professeurs selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

Le diabète constituait 50% de l'ensemble des antécédents des maladies chroniques chez les professeurs, suivie de l'hypertension artérielle à 30%. (Figure 70)

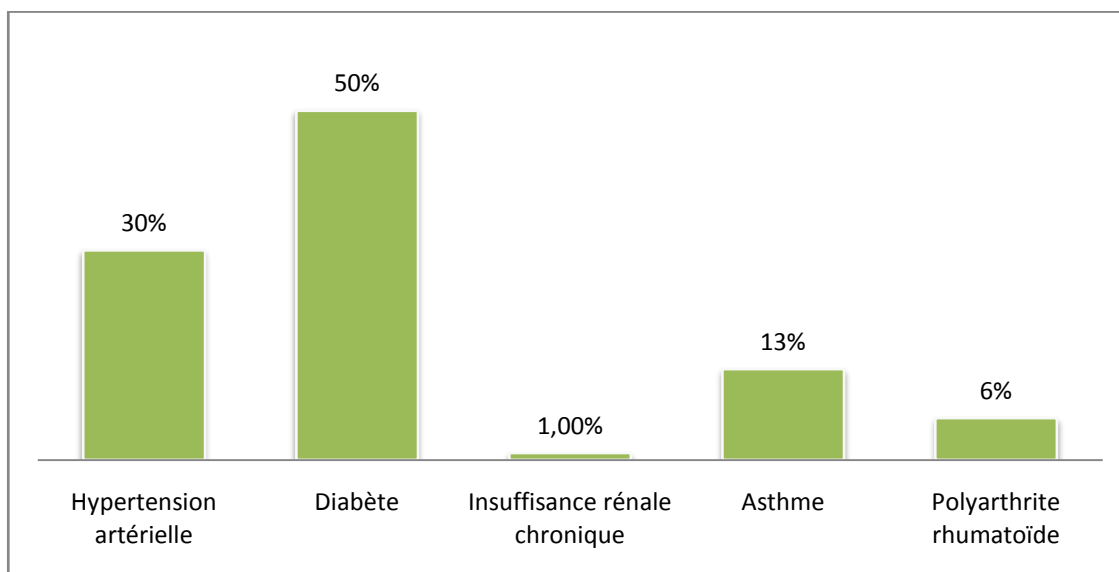


Figure 70 : Répartition en pourcentage des antécédents familiaux des maladies chronique chez les professeurs.

I. Maladie chronique personnelle :

On a trouvé que 70% des professeurs avaient une maladie chronique personnelle. (Figure 71)

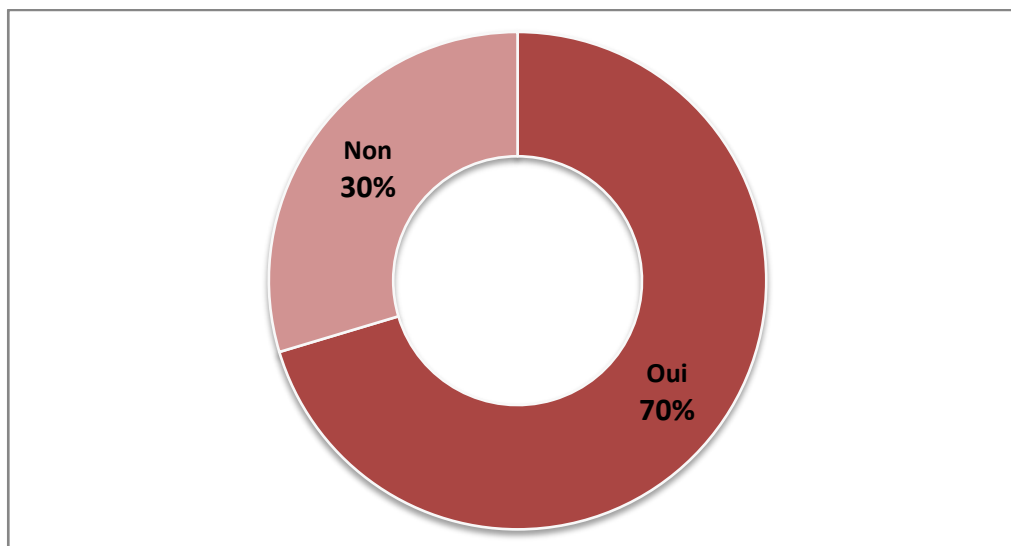


Figure 71 : Répartition en pourcentage des professeurs selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

Le diabète était la maladie chronique la plus fréquente chez les professeurs (69%), suivie de l'asthme à 16%. (Figure 72)

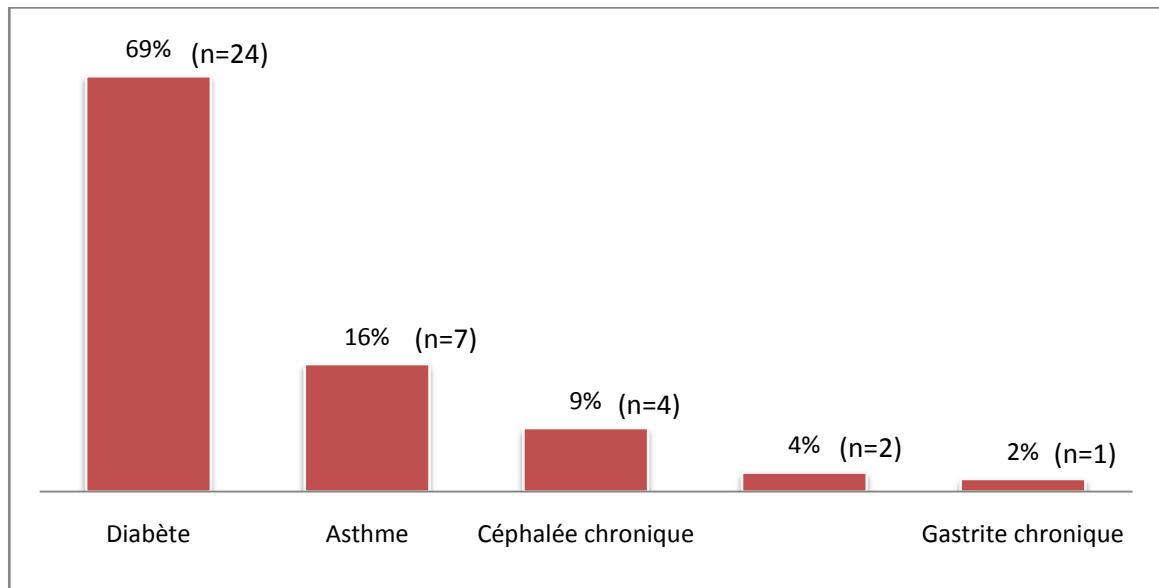


Figure 72 : Répartition en pourcentage des maladies chroniques personnelles chez les professeurs.

m. Maladie psychiatrique personnelle :

24% des professeurs déclaraient avoir une maladie psychiatrique personnelle. (Figure 73)

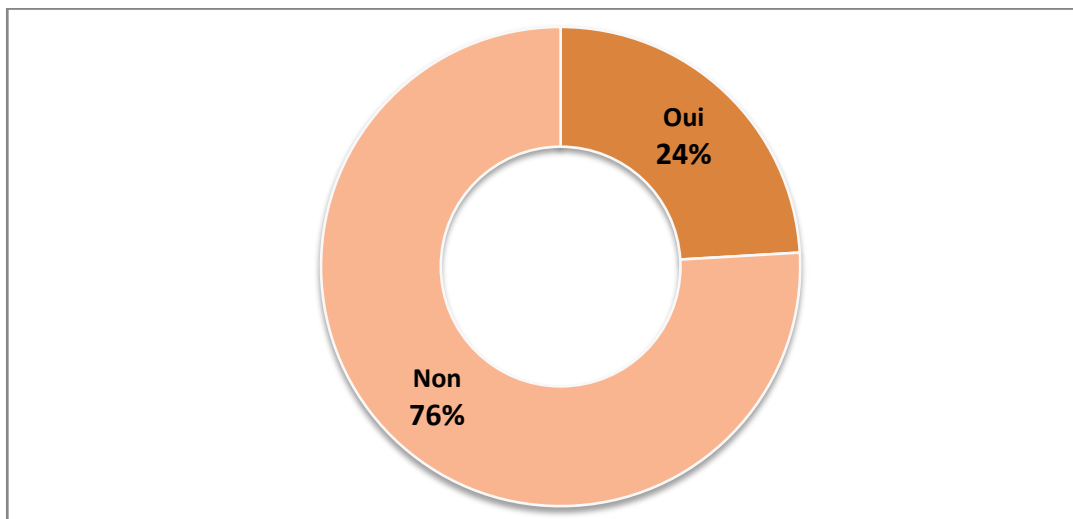


Figure 73 : Répartition en pourcentage des professeurs selon la présence ou non d'une maladie psychiatrique personnelle.

La dépression constituait 70% de l'ensemble des maladies psychiatriques personnelles chez les professeurs, suivi des troubles anxieux à 30%

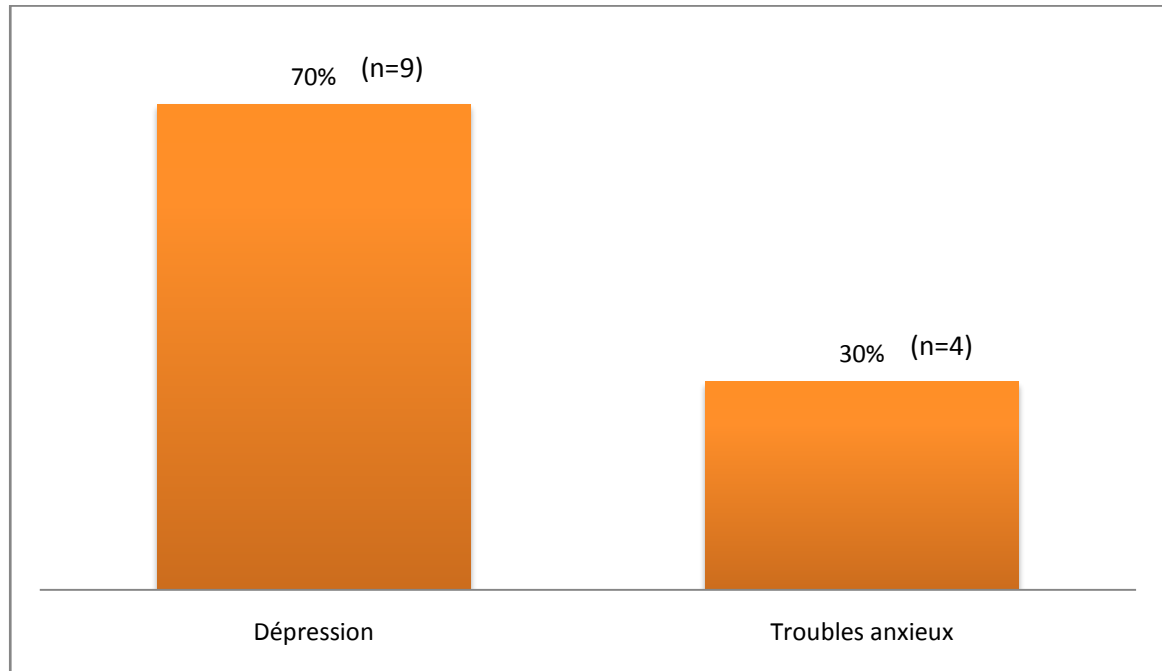


Figure 74 : Répartition en pourcentage des maladies psychiatriques personnelles chez les professeurs.

3.2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Dans notre échantillon, les réponses des professeurs aux items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie étaient comme suit. (Tableau III)

Tableau III : Les moyennes des scores des professeurs pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical	54	4.06	1.547
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	54	4.15	1.338
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	54	3.83	1.820
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	54	4.13	1.480
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	54	4.20	1.419
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	54	4.35	1.650
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	54	4.09	1.628
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	54	4.02	1.786
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	54	4.28	1.816
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	54	4.41	1.631
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	54	4.35	1.532
12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	54	4.30	1.609

Tableau III : Les moyennes des scores des professeurs pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie. "suite".

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	54	4.17	1.575
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	54	4.35	1.556
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	54	4.33	1.590
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	54	4.44	1.574
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	54	4.33	1.614
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	54	4.48	1.450
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	54	1.61	0.763
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	54	5.00	1.414

2/4/5/9/10/13/15/16/17/20

: items du sous échelle « prise de perspective »

1/7/8/11/12/14/18/19

: items du sous échelle « compréhension émotionnelle »

3/6

: items du sous échelle « se mettre à la place du patient »

a. Jefferson total :

La moyenne des scores « Jefferson total » des professeurs était de 82,88 +/- 26,06, avec un score minimal de 44 et un maximal de 126. 9,3% (n=5) des professeurs avaient un « Jefferson total » de 58. (Figure 75)

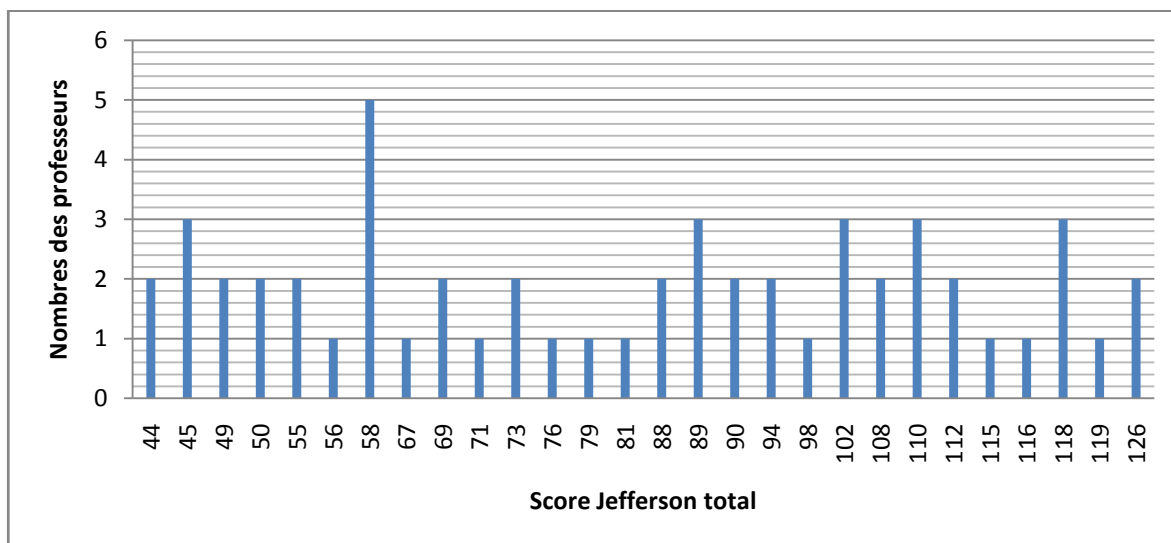


Figure 75 : Les fréquences des scores « Jefferson total » des professeurs rassemblés.

Les professeurs assistant avaient une moyenne des scores « Jefferson total » de 90,6 +/- 19,71, les professeurs agrégés avaient une moyenne de 80,77 +/- 21,02 et les professeurs d'enseignements supérieurs avaient une moyenne de 75,96 +/- 13,44. (Figure 76)

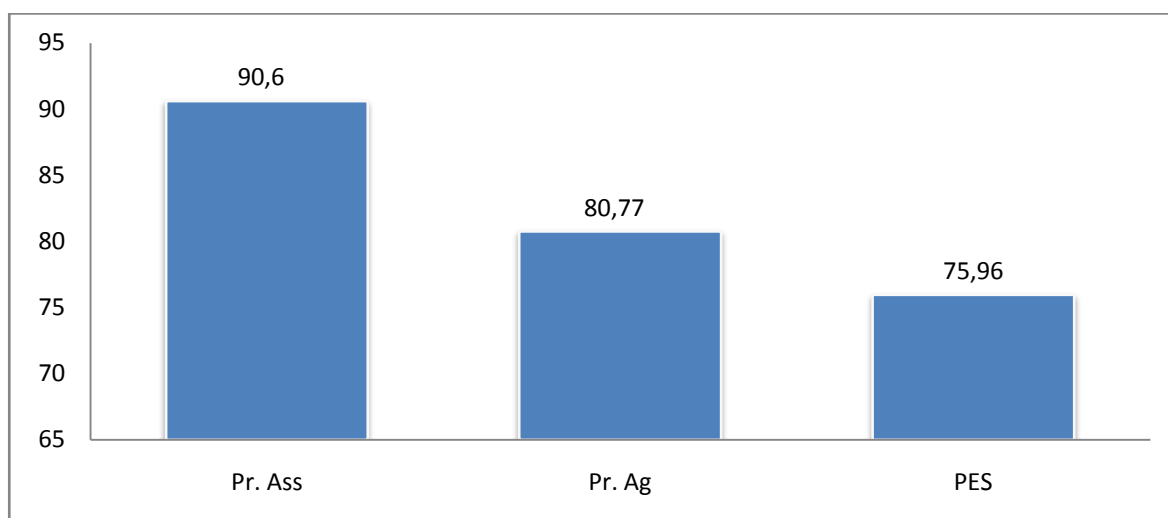


Figure 76 : Les moyennes des scores « Jefferson total » des professeurs selon le statut professionnel.

Pour les professeurs issus des services de médecine, la moyenne des scores « Jefferson total » était de 83,45 +/- 25,55. Alors que les professeurs issus des services de chirurgie avaient une moyenne de 82 +/- 27,49. (Figure 78)

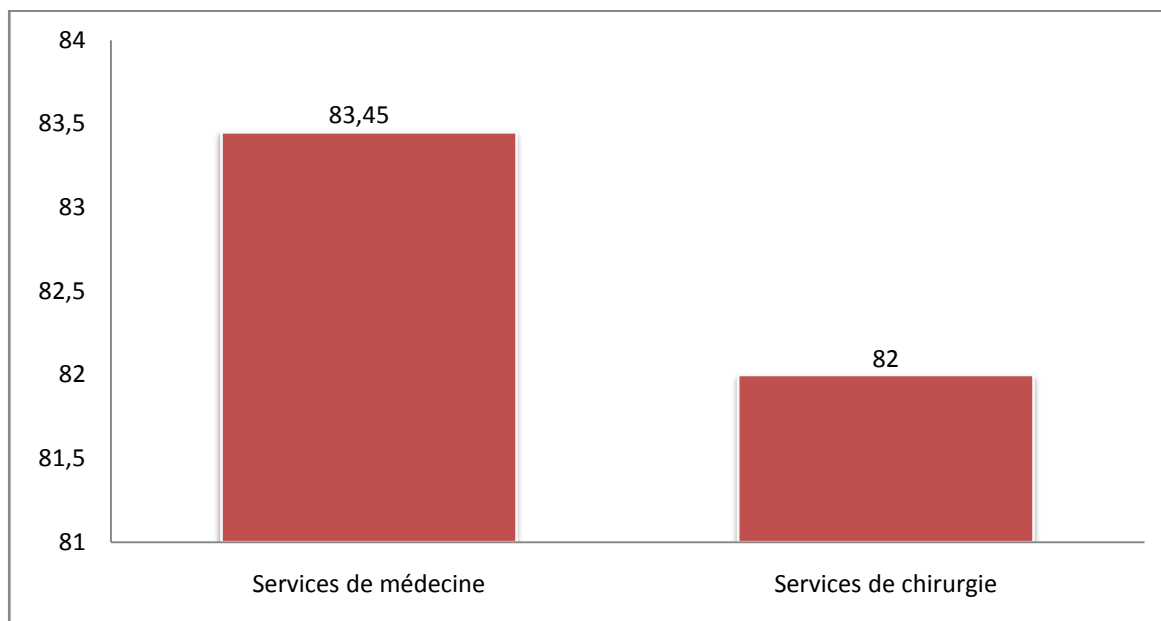


Figure 78 : Les moyennes des scores « Jefferson total » des professeurs selon type de spécialité.

b. Prise de perspective :

La moyenne des scores « Prise de perspective » des professeurs était de 43,44 $\pm$ 13,69, avec un minimum de 21 et un maximum de 66. 9,3% (n=5) des professeurs avaient un score « prise de perspective » de 31 et 58. (Figure 79)

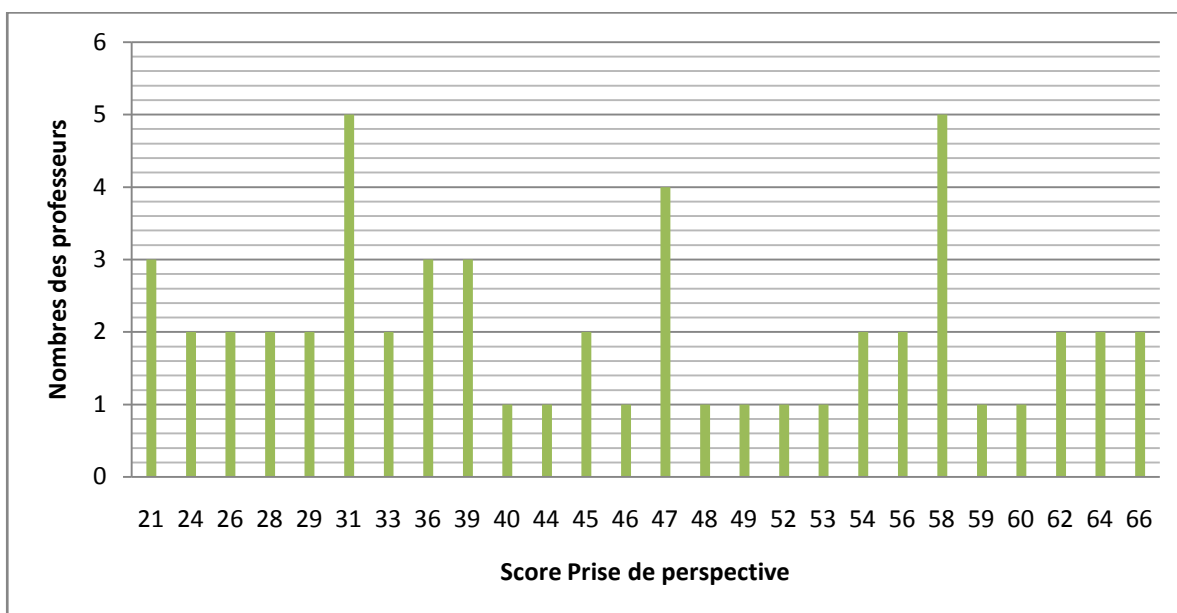


Figure 79 : Les fréquences des scores « Prise de perspective » des professeurs rassemblés.

Les professeurs assistants avaient une moyenne des scores « Prise de perspective » de 50,44 $\pm$ 14,15, les professeurs agrégés avaient une moyenne de 42,22 $\pm$ 11,95 et les professeurs d'enseignements supérieurs avaient une moyenne de 36 $\pm$ 12,82. (Figure 80)

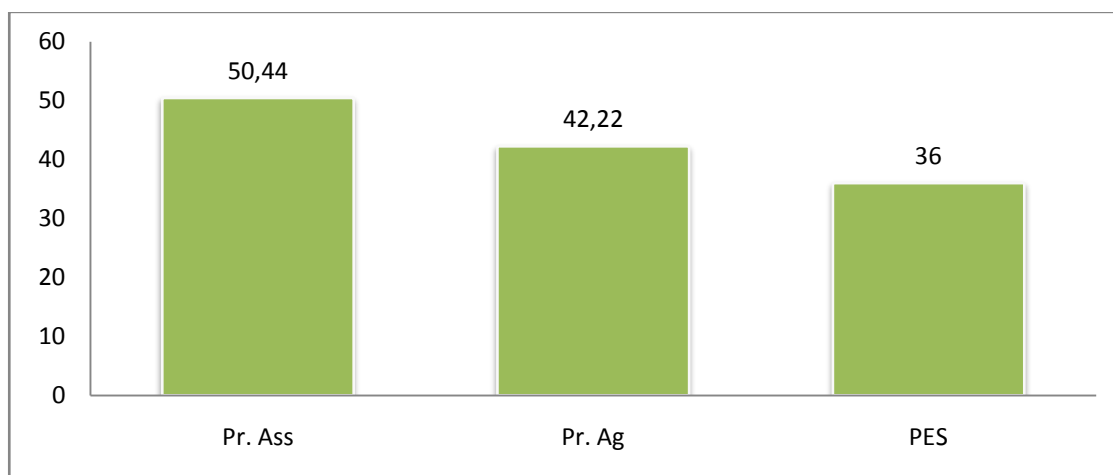


Figure 80 : Les moyennes des scores « Prise de perspective » des professeurs selon le statut professionnel.

Pour les professeurs issus des services de médecine, la moyenne des scores « Prise de perspective » était de 43,78 $\pm$ 13,22. Alors que les professeurs issus des services de chirurgie avaient une moyenne de 42,9 $\pm$ 14,72. (Figure 81)

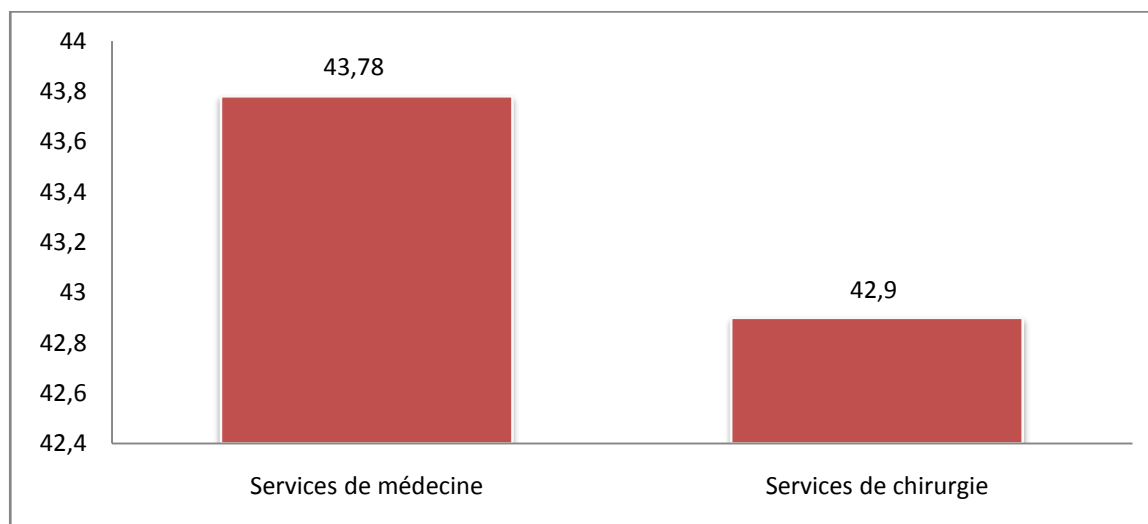


Figure 81 : Les moyennes des scores « Prise de perspective » des professeurs selon le type de spécialité.

c. Compréhension émotionnel :

La moyenne des scores « Compréhension émotionnel » des professeurs était de 31,25 +/- 9,53, avec un minimum de 13 et un maximum de 47. 11,1% (n=6) des professeurs avaient un score « Compréhension émotionnel » de 20. (Figure 82)

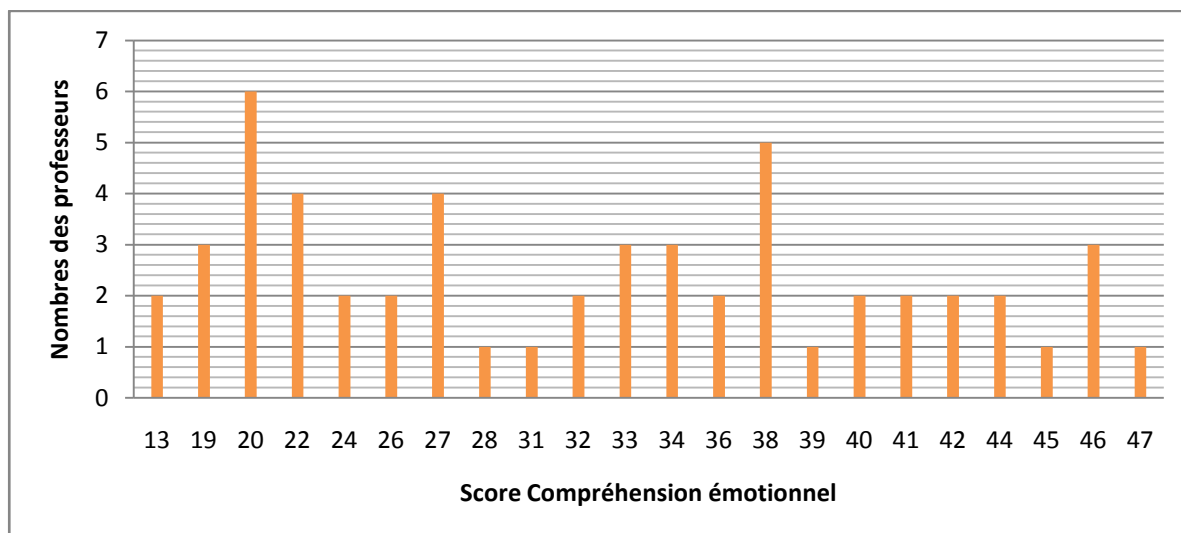


Figure 82 : Les fréquences des scores « Compréhension émotionnel » des professeurs rassemblés.

Les professeurs assistants avaient une moyenne des scores « Compréhension émotionnel » de 34,70 +/- 10,86, les professeurs agrégés avaient une moyenne de 30,44 +/- 7,16 et les professeurs d'enseignements supérieurs avaient une moyenne de 27,95 +/- 9,92. (Figure 83)

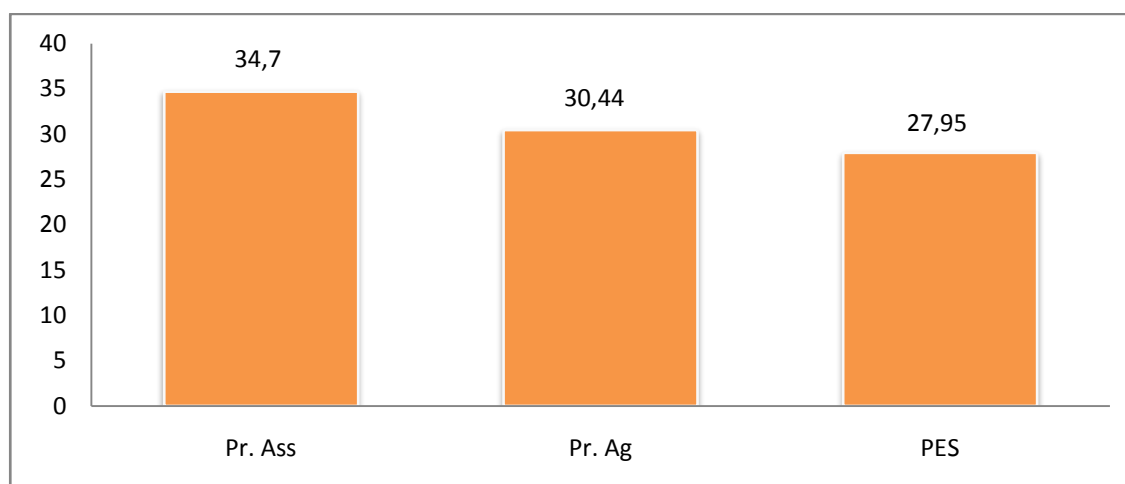


Figure 83 : Les moyennes des scores « Compréhension émotionnel » des professeurs selon le statut professionnel.

Pour les professeurs issus des services de médecine, la moyenne des scores « Compréhension émotionnel » était de 31,33 $\pm$ 9,64. Alors que les professeurs issus des services de chirurgie avaient une moyenne de 31,14 $\pm$ 9,58. (Figure 84)

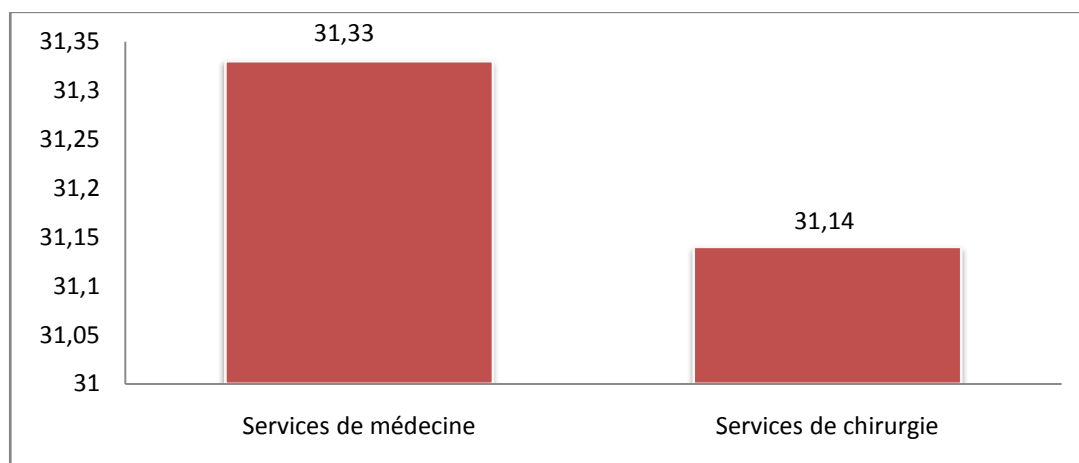


Figure 84 : Les moyennes des scores « Compréhension émotionnel » des professeurs selon le type de spécialité.

d. Se mettre à la place du patient :

La moyenne des scores « Se mettre à la place du patient » des professeurs était de 8,18 $\pm$ 3,32, avec un score minimal à 3 et un score maximal à 14. 20,4% (n=11) des professeurs avaient un score de 10. (Figure 85)

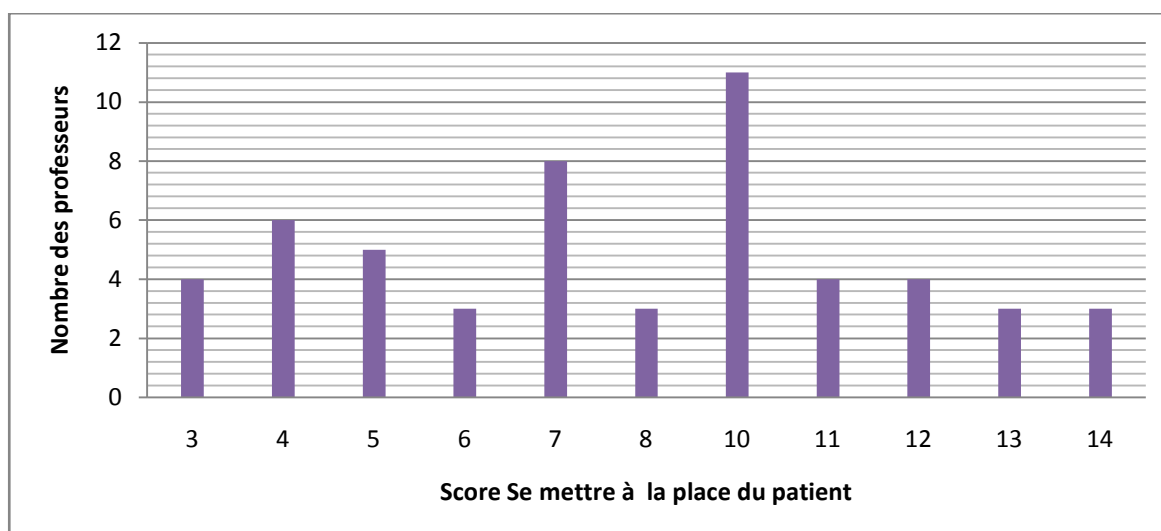


Figure 85 : Les fréquences des scores « Se mettre à la place du patient » des professeurs rassemblés.

Les professeurs assistants avaient une moyenne des scores « Se mettre à la place du patient » de 10,21 $\pm$ 3,17, les professeurs agrégés avaient une moyenne de 8,11 $\pm$ 3,25, et les professeurs d'enseignements supérieurs avaient une moyenne de 5,51 $\pm$ 3,47. (Figure 86)

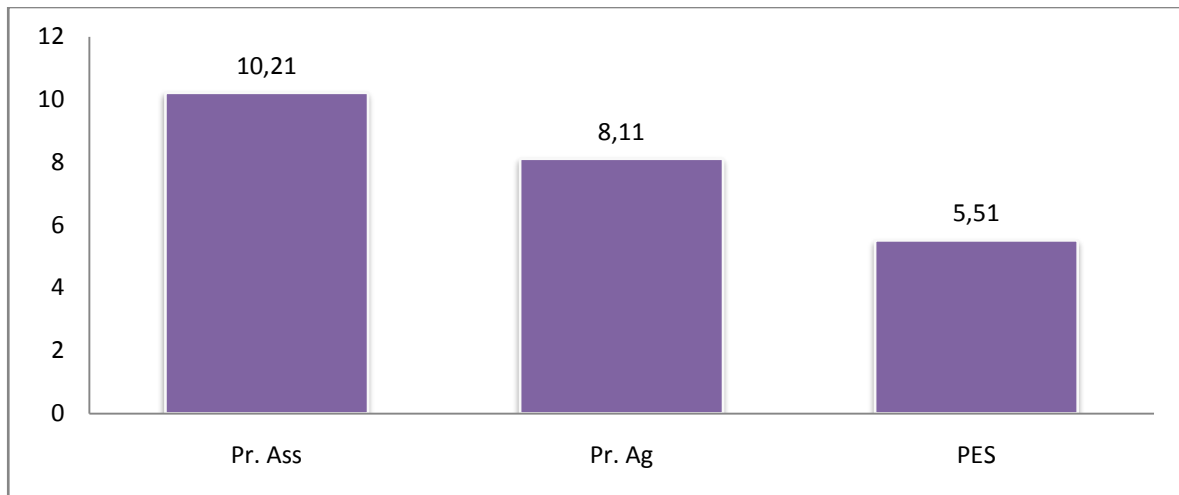


Figure 86 : Les moyennes des scores « Se mettre à la place du patient » des professeurs selon le statut professionnel.

Pour les professeurs issus des services de médecine, la moyenne des scores « Se mettre à la place des patients » était de 8,33 $\pm$ 3,20. Alors que les professeurs issus des services de chirurgie avaient une moyenne de 7,95 $\pm$ 3,75. (Figure 87)

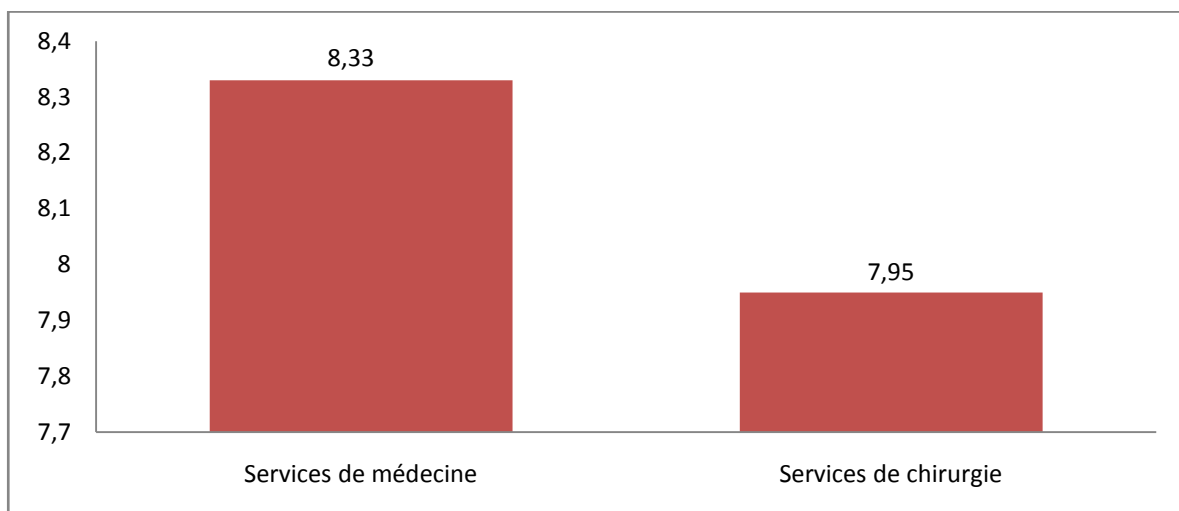


Figure 87 : Les moyennes des scores « Se mettre à la place du patient » des professeurs selon le type de spécialité.

II. Etude analytique :

Après les résultats descriptifs, nous avons réalisé une étude analytique bi-variée afin de préciser les déterminants de l'empathie et son évolution chez les étudiants, les médecins internes et résidents et les professeurs.

1. Partie des étudiants :

1.1. Facteurs associés :

- Les caractéristiques de la population étudiée concernant la partie des étudiants, étaient comme suivants : (tableau IV)

Tableau IV : caractéristique de la population des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année.

Facteurs	Effective	(min –max)	Pourcentage	Moyenne
Age	433	19 – 29		22 +/- 1.7
Genre	433	Masculin Féminin	41% 59%	
Statut marital	433	Célibataire Marié Divorcé Veuve/Veuf	97% 2.3% 0.7% 0%	
Nombre d'enfants	433	0 – 0		0.00
Niveau d'études	433	3eme année 4eme année 5eme année 6eme année	26% 25% 28% 21%	
Financement	433	Seulement la famille Aide ou bourse Travail et étude	75% 25% 0%	
Souhait de faire médecine	433	Oui Non	71% 29%	
Logement	433	Cité universitaire Maison de famille Loyer collectif Loyer individuelle	25% 30% 35% 10%	
Transport	433	0 à 10 min 10 à 30 min Plus de 30 min	31% 33% 36%	
La résidence parentale	433	0 à 10 km 10 à 100 Km 100 à 400 km Plus de 400 km	30% 5% 42% 23%	
Antécédent familial de maladie chronique	433	Oui Non	79% 21%	
Maladie chronique personnelle	433	Oui Non	12% 88%	
Maladie psychiatrique personnelle	433	Oui Non	39% 61%	

- Les moyennes des scores « Jefferson total » et les trois scores des dimensions de l'empathie chez les étudiants selon les facteurs étudiés étaient comme suivants : (Tableau V)

Tableau V : Distribution des moyennes des dimensions de l'empathie chez les étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année selon les facteurs étudiés :

Facteurs	(min –max)	Moyenne des scores « Jefferson total »	Moyenne des scores « Prise de perspective »	Moyenne des scores « Compréhension émotionnel »	Moyenne des scores « Se mettre à la place du patient »
Age	19	98.66	50,09	39,04	9,53
	20	95.77	48,71	37.97	9,09
	21	92.05	46.32	36.74	8.99
	22	90.04	45.01	36.12	8.91
	23	85.60	42.34	34.95	8.31
	24	82.57	40.79	33.61	8.17
	25	81.18	39.99	33.21	7.98
	26	79.10	39,08	32.87	7.15
	27	75.99	38.21	31.10	6.68
	28	72.10	36.78	29.32	6.00
	29	68.13	34.92	27.66	5.55
Genre	Masculin	82.96	42.11	33.12	7.73
	Féminin	94,19	48.03	37.33	8.86
Statut marital	Célibataire	88.60	45.06	35.28	8.26
	Marié	89.73	45.91	35.40	8.42
	Divorcé	88.40	45.01	35.19	8.20
	Veuve/Veuf	0.00	0.00	0.00	0.00
Nombre d'enfants	0 – 0	0.00	0.00	0.00	0.00
Niveau d'étude	3eme année	97.53	49.15	38.96	9.41
	4eme année	94.00	47.42	37.44	9.12
	5eme année	84.83	43.26	33.77	7.79
	6eme année	76.25	39.66	30.11	6.48
Financement	Seulement la famille	84.74	43,98	32.66	8.10
	Aide ou bourse	98.38	49.77	39.22	9.39
	Travail et étude	0.00	0.00	0.00	0.00
Souhait de faire médecine	Oui	89.69	45.91	35.66	8.30
	Non	88.53	45.11	35.21	8.21

Tableau V : Distribution des moyennes des dimensions de l'empathie chez les étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année selon les facteurs étudiés : "suite".

Facteurs	(min –max)	Moyenne des scores « Jefferson total »	Moyenne des scores « Prise de perspective »	Moyenne des scores « Compréhension émotionnel »	Moyenne des scores « Se mettre à la place du patient »
Logement	Cité universitaire	89.47	45.60	35.55	8.32
	Maison de famille	88.94	45.31	35.33	8.30
	Loyer collectif	88.29	45.01	35.11	8.17
	Loyer individuelle	88.31	44.97	35.15	8.19
Transport	0 à 10 min	88.77	45.18	35.33	8.26
	10 à 30 min	88.73	45.11	35.32	8.30
	Plus de 30 min	88.53	45.02	35.26	8.25
La résidence parentale	0 à 10 km				
	10 à 100 Km	88.55	45.04	35.29	8.22
	100 à 400 km	88.71	45.11	35.31	8.29
	Plus de 400 km	88.69	45.14	35.28	8.27
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	96.24	49.11	38.78	8.35
	Non	82.05	41.22	32.66	8.17
Maladie chronique personnelle	Oui	95.67	48.02	37.88	9.77
	Non	84.62	43.52	33.76	7.34
Maladie psychiatrique personnelle	Oui	96.77	47.33	40.06	9.38
	Non	82.74	44.00	30.76	7.98

- L'analyse statistique a été réalisé en calculant le "p" de signification pour chacun des facteurs étudiés, pour pouvoir déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score « Jefferson total » et les trois autres scores des dimensions de l'empathie. (Tableau VI)

Tableau VI : Résultats des tests de significations de l'analyse bi-variée des étudiants :

Facteurs	Score « Jefferson total »	Score « Prise de perspective »	Score « Compréhension émotionnel »	Score « Se mettre à la place du patient »
Age	p = 0.013 (< 0.05)	p = 0.166	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.198
Genre	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.099	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.157
Statut marital	p = 0.227	p = 0.118	p = 0.575	p = 0.288
Niveau des études	p = 0.009 (< 0.05)	p = 0.154	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.087
Financement	p = 0.003 (< 0.05)	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.073	p = 0.042 (< 0.05)
Souhait de faire médecine	p = 0.405	p = 0.802	p = 0.321	p = 0.288
Logement	p = 0.631	p = 0.112	p = 0.889	p = 0.816
Transport	p = 0.204	p = 0.288	p = 0.157	p = 0.197
La résidence parentale	p = 0.817	p = 0.528	p = 0.670	p = 0.480
Antécédent familial de maladie chronique	p = 0.021 (< 0.05)	p = 0.004 (< 0.05)	p = 0.233	p = 0.106
Maladie chronique personnelle	p = 0.008 (< 0.05)	p = 0.103	p = 0.111	p = 0.002 (< 0.05)
Maladie psychiatrique personnelle	p = 0.001 (< 0.05)	p = 0.098	p = 0.017 (< 0.05)	p = 0.001 (< 0.05)

- Les résultats des tableaux V et VI, ont permis de mettre en évidence une association chez les étudiants entre l'empathie et :

a. L'âge :

D'une part, les moyennes des scores de l'empathie diminuaient en augmentant l'âge des étudiants. D'autre part le résultat du test de significations de l'analyse bi-variée objective une association significative entre l'âge et l'empathie, par le biais des scores de « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel ».

b. Le genre :

Les étudiants de genre féminin avaient des moyennes des scores des dimensions de l'empathie, supérieures à ceux des étudiants de genre masculin. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective à son tour une association significative entre le genre et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel »

c. Le niveau d'étude :

D'une part, les moyennes des scores de l'empathie diminuaient en passant d'un niveau d'étude à autre supérieur. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective une association significative entre le niveau d'étude et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et de « Compréhension émotionnel ».

d. Le moyen de financement :

Les étudiants qui finançaient leurs études par le biais de bourse ou aide avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui finançaient leurs études par la famille seulement. À son tour le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective une association significative entre le moyen de financement des études et l'empathie par le biais des scores de « Jefferson total », « Prise de perspective » et « Se mettre à la place du patient ».

e. Antécédent familial de maladie chronique :

D'une part, les étudiants qui avaient un antécédent familial de maladie chronique avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas d'antécédent. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective une association significative entre l'antécédent familial de maladie chronique et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective ».

f. Maladie chronique personnelle :

Les étudiants qui avaient une maladie chronique personnelle avaient des moyennes scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas de maladie chronique. Le résultat du

test de signification de l'analyse bi-variée objective à son tour une association significative entre la maladie chronique personnelle et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Se mettre à la place du patient ».

g. Maladie psychiatrique personnelle :

Les étudiants qui avaient une maladie psychiatrique personnelle avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas de maladie psychiatrique. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective à son tour une association significative entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total », « Compréhension émotionnel » et se mettre à la place du patient.

1.2. L'évolution de l'empathie chez les étudiants :

On a trouvé que les moyennes des scores « Jefferson total » et les moyennes des scores des trois dimensions de l'empathie, diminuaient en passant d'un niveau d'étude à un autre supérieur.(Figure 88)

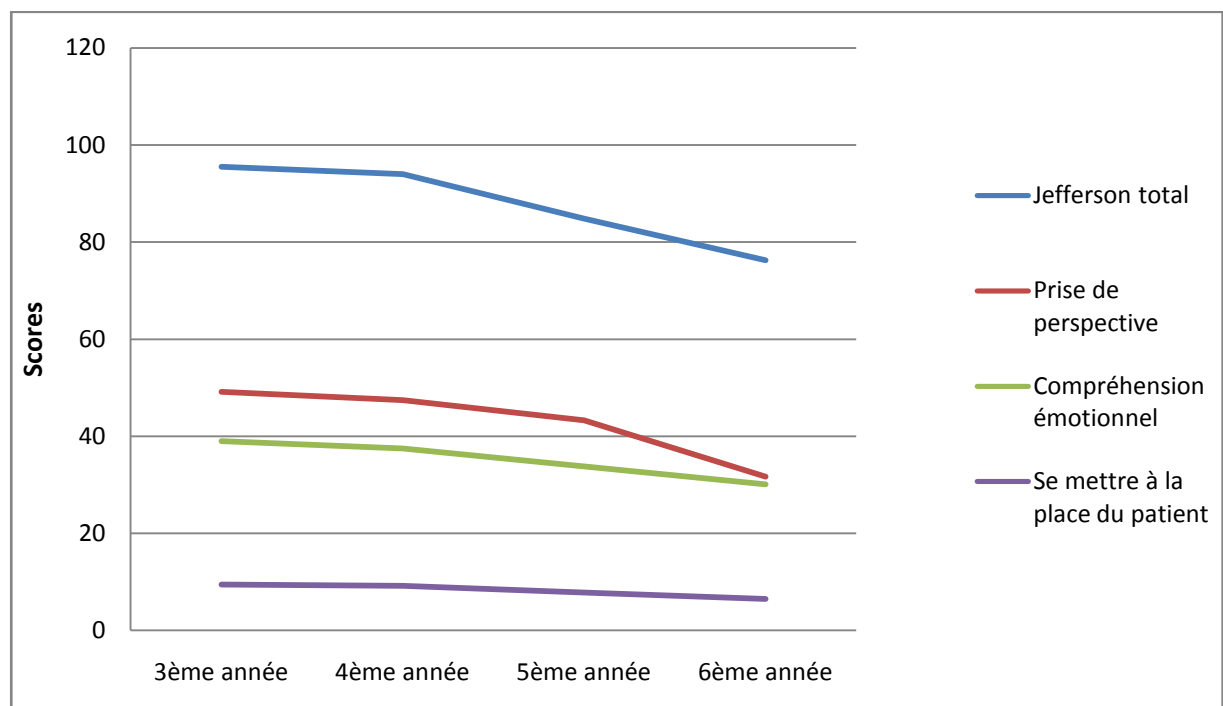


Figure 88 : L'évolution des scores de l'empathie chez les étudiants de la 3ème à la 6ème année

2. Partie des médecins internes et résidents :

2.1. Facteurs associés :

- Les caractéristiques de la population étudiée concernant la partie des médecins internes et résident, étaient comme suivants : (tableau VII)

Tableau VII : caractéristique de la population des médecins internes et résidents.

Facteurs	Effective	(min –max)	Pourcentage	Moyenne
Age	300	23 – 40		28.81 +/- 3.2
Genre	300	M F	32% 68%	
Statut marital	300	Célibataire Marié Divorcé Veuve/Veuf	53.3% 40.3% 3.7% 2.7%	
Nombre d'enfants	300	0 1 2 3	79% 12% 8% 1%	0.29 +/- 0.634
Statut professionnel	300	Médecin interne Médecin résident	28% 72%	
Type de service ou de spécialité	300	Médicale Chirurgicale	62% 38%	
Type de contrat du résident	300	Bénévolat Contractuel	58% 42%	
Nombre de garde durant les derniers mois	300	0 – 18		10.64 +/- 4,43
Souhait de faire médecine	300	Oui Non	52% 48%	
Transport	300	0 à 10 min 10 à 30 min Plus de 30 min	38% 38% 24%	
La résidence parentale	300	0 à 10 km 10 à 100 Km 100 à 400 km Plus de 400 km	18% 22% 39% 21%	
Antécédent familial de maladie chronique	300	Oui Non	51% 49%	
Maladie chronique personnelle	300	Oui Non	40% 60%	
Maladie psychiatrique personnelle	300	Oui Non	25% 75%	

- Les moyennes des scores « Jefferson total » et des scores des trois dimensions de l'empathie chez les médecins interne et résidents selon les facteurs étudiés étaient comme suivants : (Tableau VIII)

Tableau VIII : Distribution des moyennes des scores des dimensions de l'empathie chez les médecins internes et résidents selon les facteurs étudiés :

Facteurs	(min –max)	Moyennes des scores « Jefferson total »	Moyennes des scores « Prise de perspective »	Moyennes des scores « Compréhension émotionnel »	Moyennes des scores « Se mettre à la place du patient »
Age	23	97.79	49,09	39,12	9.58
	24	97.50	48.99	39.02	9.49
	25	96.56	48.89	38.55	9.12
	26	95.98	48.77	38.11	9.10
	27	95.77	48,71	37.97	9,09
	28	92.05	46.32	36.74	8.99
	29	90.04	45.01	36.12	8.91
	30	86.80	43.34	35.15	8.31
	31	85.36	42.19	34.96	8.21
	32	83.30	41.12	33.99	8.19
	33	82.57	40.79	33.61	8.17
	34	81.18	39.99	33.21	7.98
	35	78.90	38,88	32.87	7.15
	36	75.69	37.91	31.10	6.68
	37	73.58	37.06	30.30	6.22
	38	72.10	36.78	29.32	6.00
	39	68.13	34.92	27.66	5.55
	40	65.51	33.58	26.78	5.15
Genre	Masculin	84.75	45.01	32.06	7.68
	Féminin	85.07	45.10	32.18	7.79
Statut marital	Célibataire	84.33	44.99	31.76	7.58
	Marié	97.56	49.77	38.91	8.88
	Divorcé	76.17	41.01	28.83	6.33
	Veuve/Veuf	79.01	42.17	29.66	7.18
Nombre d'enfants	0	84.88	45.00	32.11	7.77
	1	85.76	45.10	32.88	7.78
	2	84.56	45.04	32.19	7.33
	3	86.07	45.92	32.35	7.80
Statut professionnel	Médecin interne	91.38	47.02	35.68	8.67
	Médecin résident	82.53	44.30	30.76	7.45
Type de service ou de spécialité	Médicale	92.51	49.17	34.75	8.58
	Chirurgicale	72.51	38.44	27.9	6.52

Tableau VIII : Distribution des moyennes des scores des dimensions de l'empathie chez les médecins internes et résidents selon les facteurs étudiés : "suite".

Facteurs	(min –max)	Moyennes des scores « Jefferson total »	Moyennes des scores « Prise de perspective »	Moyennes des scores « Compréhension émotionnel »	Moyennes des scores « Se mettre à la place du patient »
Type de contrat du résident	Bénévolat Contractuel	85.04 84.79	45.09 45.04	32.18 32.06	7.77 7.69
Nombre de garde durant les deux derniers mois	0	98.18	49,19	39,22	9.77
	1	97.80	49.09	39.12	9.59
	2	97.27	49.00	38.95	9.32
	3	96.56	48.77	38.11	9.10
	4	95.98	48,71	37.97	9,09
	5	95.77	46.32	36.74	8.99
	6	92.05	45.01	36.12	8.91
	7	90.04	43.34	35.15	8.31
	8	86.80	42.19	34.96	8.21
	9	85.36	41.12	33.99	8.19
	10	83.30	40.79	33.61	8.17
	11	82.57	39.99	33.21	7.98
	12	81.18	38,88	32.87	7.15
	13	78.90	37.91	31.10	6.68
	14	73.94	37.16	30.66	6.12
	15	69.98	36.08	28.22	5.68
	16	68.01	34.92	27.66	5.43
	17	57.41	31.58	20.78	5.05
	18	50.79	28.33	18.11	4.35
Souhait de faire médecine	Oui	84.99	45.11	32.14	7.74
	Non	84.84	45.03	32.10	7.71
Transport	0 à 10 min	84.75	44.99	32.07	7.69
	10 à 30 min	84.97	45.08	32.16	7.73
	Plus de 30 min	85.06	45.16	32.13	7.77
La résidence parentale	0 à 10 km	84.98	45.11	32.12	7.75
	10 à 100 Km	84.99	45.09	32.19	7.71
	100 à 400 km	84.94	45.10	32.04	7.70
	Plus de 400 km	84.96	45.04	32.08	7.23
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	99.23	54.35	36.86	8.02
	Non	77.86	39.87	30.44	7.55
Maladie chronique personnelle	Oui	93.99	49.76	35.11	9.12
	Non	81.09	43.08	31.03	6.98
Maladie psychiatrique personnelle	Oui	85.99	45.39	32.77	7.83
	Non	84.34	44.88	31.78	7.68

- L'analyse statistique a été réalisée en calculant le "p" de signification pour chacun des facteurs étudiés, pour pouvoir déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score « Jefferson total » et les trois autres scores des dimensions de l'empathie chez les médecins internes et résidents rassemblés. (Tableau IX)

Tableau IX : Résultats des tests de significations de l'analyse bi-variée des médecins internes et résidents.

Facteurs	Score « Jefferson total »	Score « Prise de perspective »	Score « Compréhension émotionnel »	Score « Se mettre à la place du patient »
Age	$p = 0.009 (< 0.05)$	$p = 0.131$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.108$
Genre	$p = 0.111$	$p = 0.154$	$p = 0.099$	$p = 0.112$
Statut marital	$p = 0.018 (< 0.05)$	$p = 0.006 (< 0.05)$	$p = 0.375$	$p = 0.199$
Nombre d'enfant	$p = 0.622$	$p = 0.472$	$p = 0.433$	$p = 0.711$
Statut professionnel	$p = 0.011 (< 0.05)$	$p = 0.184$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.287$
Type de service ou de spécialité	$p = 0.003 (< 0.05)$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.233$	$p = 0.142$
Type de contrat du résident	$p = 0.871$	$p = 0.611$	$p = 0.777$	$p = 0.532$
Nombre de garde durant les deux derniers mois	$p = 0.017 (< 0.05)$	$p = 0.002 (< 0.05)$	$p = 0.501$	$p = 0.211 (< 0.05)$
Souhait de faire médecine	$p = 0.377$	$p = 0.818$	$p = 0.127$	$p = 0.211$
Transport	$p = 0.141$	$p = 0.118$	$p = 0.227$	$p = 0.197$
La résidence parentale	$p = 0.132$	$p = 0.528$	$p = 0.112$	$p = 0.243$
Antécédent familial de maladie chronique	$p = 0.019 (< 0.05)$	$p = 0.003 (< 0.05)$	$p = 0.193$	$p = 0.134$
Maladie chronique personnelle	$p = 0.004 (< 0.05)$	$p = 0.379$	$p = 0.166$	$p = 0.001 (< 0.05)$
Maladie psychiatrique personnelle	$p = 0.211$	$p = 0.233$	$p = 0.221$	$p = 0.101$

- Les résultats des tableaux VIII et IX, ont permis de mettre en évidence chez les médecins internes et résidents, une association entre l'empathie et :

a. L'âge :

D'une part, les moyennes des scores de l'empathie diminuaient en augmentant l'âge des médecins internes et résidents. D'autre part, le résultat de test de signification de l'analyse bi-variée, objective une association significative entre l'âge et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et de « Compréhension émotionnel ».

b. Le statut marital :

Les médecins marié(e)s avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures aux autres médecins. Le résultat de test de signification de l'analyse bi-variée objective à son tour une association significative entre le statut marital et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective »

c. Le statut professionnel :

Les médecins internes avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux des médecins résidents. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective à son tour une association significative entre le statut professionnel des médecins et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel »

d. Le type de service ou de spécialité :

D'une part, les médecins issus des services de médecine avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux issus des services de chirurgie. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective, une association significative entre le type de service ou de spécialité et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective »

e. Le nombre de garde durant les deux derniers mois :

Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec l'augmentation du nombre des gardes des médecins durant les deux derniers mois. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée objective, une association significative entre le nombre de garde et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » , « Prise de perspective » et « Se mettre à la place du patient »

f. Antécédent familial de maladie chronique :

Les médecins avec un antécédent familial de maladie chronique avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas d'antécédent. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre l'antécédent familial de maladie chronique et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective »

g. Maladie chronique personnelle :

Les médecins avec une maladie chronique personnelle avec des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas de maladie chronique. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre la maladie chronique personnelle et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Se mettre à la place du patient »

2.2. Evolution de l'empathie chez les médecins :

On a trouvé que les moyennes des scores « Jefferson total » et les moyennes des scores des trois dimensions de l'empathie des médecins, diminuaient en passant d'un statut professionnel à un autre plus supérieur. (Figure 89)

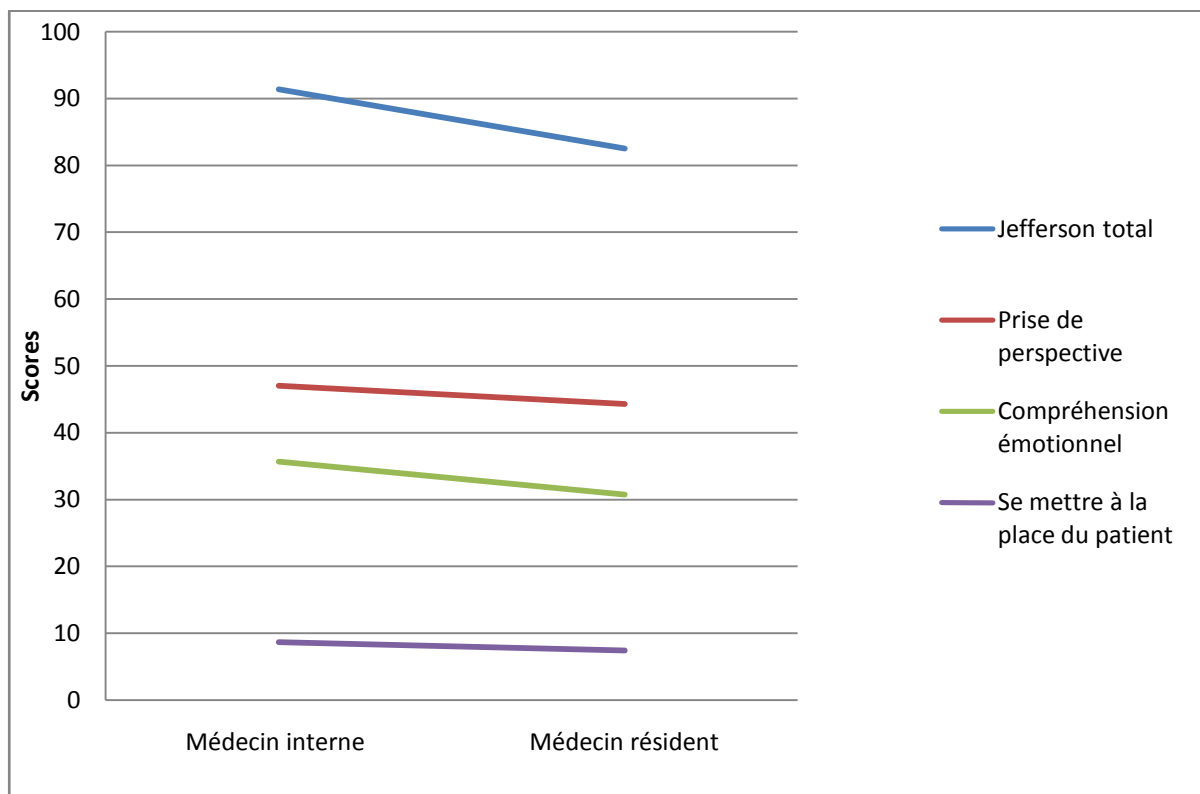


Figure 89 : L'évolution des scores de l'empathie chez les médecins.

3. Partie des professeurs :

3.1. Facteurs associés :

- Les caractéristiques de la population étudiée concernant la partie des professeurs, étaient comme suivants : (tableau X)

Tableau X : caractéristique de la population des professeurs.

Facteurs	Effective	(min –max)	Pourcentage	Moyenne
Age	54	35 – 58		43 +/- 6.23
Genre	54	M F	48% 52%	
Statut marital	54	Célibataire Marié Divorcé Veuve/Veuf	10% 85% 5% 0%	
Nombre d'enfants	54	0 1 2 3 4	28% 15% 33% 20% 4%	1.57 +/- 1.207
Statut professionnel	54	Pr. Ass Pr. Ag PES	33% 43% 24%	
Type de spécialité	54	Médicale Chirurgicale	61% 39%	
Nombre des gardes durant les derniers mois	54	0 1 2 3	5% 20% 45% 30%	2.11 +/- 0,89
Souhait de faire médecine	54	Oui Non	93% 7%	
Transport	54	0 à 10 min 10 à 30 min Plus de 30 min	24% 39% 37%	
La résidence parentale	54	0 à 10 km 10 à 100 Km 100 à 400 km Plus de 400 km	7% 20% 45% 28%	
Antécédent familial de maladie chronique	54	Oui Non	87% 13%	
Maladie chronique personnelle	54	Oui Non	70% 30%	
Maladie psychiatrique personnelle	54	Oui Non	24% 76%	

- Les moyennes des scores « Jefferson total » et des scores des trois dimensions de l'empathie chez les professeurs selon les facteurs étudiés étaient comme suivants : (Tableau XI)

Tableau XI : Distribution des moyennes des scores des dimensions de l'empathie chez les professeurs.

Facteurs	(min –max)	Score « Jefferson total »	Score « Prise de perspective »	Score « Compréhension émotionnel »	Score « Se mettre à la place du patient »
Age	35	97.91	49,12	39,18	9.61
	36	97.42	48.91	39.05	9.46
	37	96.43	48.89	38.55	9.21
	38	95.99	48.87	38.11	9.18
	39	95.86	48.81	38.07	9.14
	40	95.81	48.78	38.02	9.11
	41	95.77	48,71	37.97	9,09
	42	92.05	46.32	36.74	8.99
	43	90.04	45.01	36.12	8.91
	44	87.88	44.66	35.67	8.48
	45	86.80	43.34	35.15	8.31
	46	85.36	42.19	34.96	8.21
	47	83.30	41.12	33.99	8.19
	48	82.57	40.79	33.61	8.17
	49	82.01	40.18	33.44	8.03
	50	81.18	39.99	33.21	7.98
	51	78.90	38,88	32.87	7.15
	52	75.69	37.91	31.10	6.68
	53	73.58	37.06	30.45	6.22
	54	72.96	36.82	30.12	6.08
	55	72.10	36.78	29.32	6.01
	56	68.13	34.92	27.66	5.75
	57	65.51	33.58	26.78	5.15
	58	64.27	33.04	26.18	5.05
Genre	Masculin	82.81	43.26	31.13	8.12
	Féminin	82.91	43.51	31.38	8.28
Statut marital	Célibataire	82.57	43.37	31.18	8.02
	Marié	82.99	43.55	31.22	8.22
	Divorcé	82.87	43.38	31.33	8.16
	Veuve/Veuf	0.00	0.00	0.00	0.00

**Tableau XI : Distribution des moyennes des scores des dimensions
de l'empathie chez les professeurs"suite".**

Facteurs	(min –max)	Score « Jefferson total »	Score « Prise de perspective »	Score « Compréhension émotionnel »	Score « Se mettre à la place du patient »
Nombre d'enfants	0	82.58	43.26	31.28	8.12
	1	82.98	43.66	31.22	8.14
	2	82.91	43.11	31.19	8.29
	3	82.87	43.18	31.18	8.01
	4	82.92	43.22	31.34	8.08
Statut professionnel	Pr. Ass	90.60	50.44	34.70	10.21
	Pr. Ag	80.77	42.22	30.44	8.11
	PES	75.96	36.00	27.95	5.51
Type de spécialité	Médicale	83.45	43.78	31.33	8.33
	Chirurgicale	82.00	42.90	31.14	7.95
Nombre des gardes durant les derniers mois	0	82.67	43.37	31.18	8.02
	1	82.88	43.55	31.22	8.22
	2	82.97	43.38	31.33	8.16
	3	82.91	43.36	31.32	8.12
Souhait de faire médecine	Oui	82.89	43.26	31.18	8.13
	Non	82.86	43.53	31.38	8.21
Transport	0 à 10 min	82.68	43.26	31.28	8.12
	10 à 30 min	82.88	43.66	31.22	8.14
	Plus de 30 min	82.90	43.13	31.19	8.29
La résidence parentale	0 à 10 km	102.15	49.14	44.35	8.66
	10 à 100 Km	91.14	45.31	37.42	8.41
	100 à 400 km	82.06	42.76	31.22	8.08
	Plus de 400 km	79.91	41.88	30.00	8.03
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	95.78	51.11	36.19	8.48
	Non	74.88	38.77	28.13	7.98
Maladie chronique personnelle	Oui	87.31	44.75	33.11	9.45
	Non	78.06	42.06	28.88	7.12
Maladie psychiatrique personnelle	Oui	95.09	45.61	40.33	9.15
	Non	78.20	41.45	28.98	7.77

- L'analyse statistique a été réalisé en calculant le "p" de signification pour chacun des facteurs étudiés, pour pouvoir déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score « Jefferson total » et les trois autres scores des dimensions de l'empathie chez les professeurs rassemblés. (Tableau XII)

Tableau XII : Résultats des tests de significations de l'analyse bi-variée chez les professeurs.

Facteurs	Score « Jefferson total »	Score « Prise de perspective »	Score « Compréhension émotionnel »	Score « Se mettre à la place du patient »
Age	$p = 0.002 (< 0.05)$	$p = 0.111$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.0903$
Genre	$p = 0.222$	$p = 0.323$	$p = 0.197$	$p = 0.112$
Statut marital	$p = 0.201$	$p = 0.321$	$p = 0.166$	$p = 0.101$
Nombre d'enfant	$p = 0.872$	$p = 0.662$	$p = 0.491$	$p = 0.786$
Statut professionnel	$p = 0.004 (< 0.05)$	$p = 0.102$	$p = 0.002 (< 0.05)$	$p = 0.166$
Type de spécialité	$p = 0.021 (< 0.05)$	$p = 0.008 (< 0.05)$	$p = 0.333$	$p = 0.172$
Nombre de garde durant les deux derniers mois	$p = 0.797$	$p = 0.655$	$p = 0.821$	$p = 0.477$
Souhait de faire médecine	$p = 0.277$	$p = 0.501$	$p = 0.197$	$p = 0.112$
Transport	$p = 0.611$	$p = 0.319$	$p = 0.722$	$p = 0.217$
La résidence parentale	$p = 0.002 (< 0.05)$	$p = 0.128$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.103$
Antécédent familial de maladie chronique	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.099$	$p = 0.107$
Maladie chronique personnelle	$p = 0.001 (< 0.05)$	$p = 0.122$	$p = 0.104$	$p = 0.001 (< 0.05)$
Maladie psychiatrique personnelle	$p = 0.007 (< 0.05)$	$p = 0.199$	$p = 0.005 (< 0.05)$	$p = 0.001 (< 0.05)$

- Les résultats des tableaux XI et XII, ont permis de mettre en évidence une association chez les professeurs entre l'empathie et :

a. L'âge :

D'une part, les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec l'augmentation de l'âge des professeurs. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre l'âge et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel ».

b. Le statut professionnel :

Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient en passant d'un statut professionnel d'un autre plus haut. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre le statut professionnel et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel ».

c. Le type de spécialité :

Les professeurs issus des services de médecine avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux issus des services de chirurgie. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre le type de spécialité et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective ».

d. La résidence parentale :

Plus la distance de la résidence parentale des professeurs diminue, les moyennes des scores de l'empathie chez nos professeurs augmentaient. Le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre la distance de la résidence parentale et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel ».

e. Antécédent familial de maladie chronique :

D'une part, les professeurs qui avaient un antécédent familial de maladie chronique, leurs moyennes des scores de l'empathie étaient supérieures à ceux sans antécédents. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre l'antécédent familial de maladie chronique et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective ».

f. Maladie chronique personnelle :

D'une part, les professeurs qui avaient une maladie chronique personnelle, leurs moyennes des scores de l'empathie étaient supérieures à ceux sans maladie chronique personnelle. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre la maladie chronique personnelle et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total » et « Se mettre à la place du patient ».

g. Maladie psychiatrique personnelle :

D'une part, les professeurs qui avaient une maladie psychiatrique personnelle, leurs moyennes des scores de l'empathie étaient supérieures à ceux sans maladie psychiatrique personnelle. D'autre part, le résultat du test de signification de l'analyse bi-variée a objectivé une association significative entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie, par le biais des scores « Jefferson total », « Compréhension émotionnel » et « Se mettre à la place du patient ».

3.2. L'évolution de l'empathie chez les professeurs :

On a trouvé que les moyennes des scores « Jefferson total » et les moyennes des scores des trois dimensions de l'empathie des professeurs, diminuaient en passant d'un statut professionnel à un autre plus haut. (Figure 90)

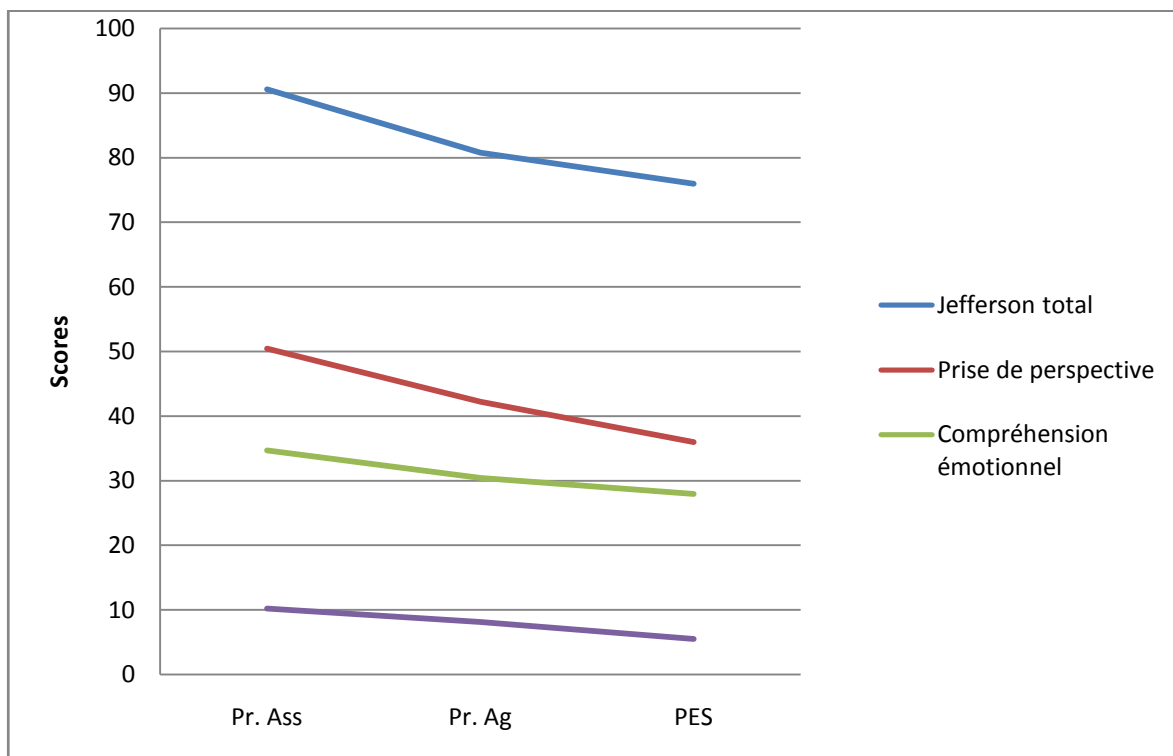


Figure 90 : L'évolution des scores d'empathie chez les professeurs.

DISCUSSION

I. Cadre conceptuel et définitions :

1. Généralités :

Depuis plus de 200 ans, les philosophes s'interrogent sur les expériences émotionnelles pour chaque individu et dans leurs relations inter-individus. Ainsi le concept d'empathie n'est pas récent. Le terme « Empathie » en revanche apparaît au cours du XIX^{ème} siècle sous le terme allemand *Einfühlung* (littéralement « ressenti de l'intérieur ») par le philosophe Robert Vischer (1847 – 1933), pour décrire l'empathie « esthétique ». Pour ce philosophe, l'empathie est le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

Ce n'est qu'avec le philosophe Théodore Lipps qu'apparaît la dimension affective de l'individu [3]. Elle est alors définie comme le mécanisme par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné, déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur. Le concept d'empathie sera par la suite repris dans de nombreux domaines : philosophie, psychologie, psychiatrie, neuroscience, etc...

Comment est ce concept aujourd'hui ? Le Petit Robert donne comme définition: « Faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent ». Cette définition est assez simple. Cependant, de plus en plus d'auteurs, dans différents domaines se sont intéressés à ce concept. En effet, une recherche dans PubMed avec le mot-clé « empathy » seul nous montre 24 580 publications dont

12 843 ces dix dernières années. D'autant que nous devons garder à l'esprit que PubMed regroupe essentiellement le domaine de la Santé. L'empathie intéresse également les philosophes, les psychologues mais également l'économie et le commerce.

Nous allons ainsi essayer de détailler le concept de l'empathie vue par les psychologues. Ces derniers avaient authentifié plusieurs dimensions. Puis, nous aborderons l'empathie à travers de la médecine et notamment de la médecine générale et ses implications dans la relation médecin-malade à travers de l'empathie clinique.

2. Empathie dans le domaine de la psychologie :

Comme nous l'avons vu, dans ses premières définitions et constructions, l'empathie est une émotion, décrite comme unidimensionnelle: elle présente une dimension plutôt affective, comme une réaction émotionnelle à un évènement. Dans le domaine de la psychologie, l'étude de l'empathie et ses tentatives de définitions ont amené à la création de plusieurs courants, et un débat majeur a opposé un construit unidimensionnel à un construit multidimensionnel. Nous abordons ici le concept multidimensionnel de l'empathie et quelques tendances actuelles.

2.1. Construit uni ou multidimensionnel ?

L'empathie dans ses premières définitions, était un concept qui relevait de l'émotion et du vécu intuitif de l'autre. Les travaux de Mead et Piaget (1932) mettent en évidence une dimension cognitive et ainsi un concept multidimensionnel. Cette séparation est à l'origine de deux grands courants de recherche distinguant l'empathie affective et émotionnelle.

❖ L'empathie cognitive peut être défini comme le fait de comprendre les émotions des autres. Pour Hogan, le concept d'empathie se définit par « la compréhension intellectuelle ou imaginative de l'état d'esprit d'autrui [...] une disposition empathique peut être considérée comme la capacité d'adopter une large perspective morale, c'est-à-dire de prendre « le point de vue moral » » [4].

❖ L'empathie affective peut être défini comme la réaction émotionnelle en réponse aux émotions de l'autre. Pour Merhabian et Epstein, «l'empathie a été définie comme une réponse émotionnelle aux expériences émotionnelles perçues» [5]. Il n'y a pas ici de phénomène de compréhension et il s'agit plus d'un mécanisme intuitif.

Pour Jean Decety, ces deux définitions sont en fait les deux composants d'un même processus. Il propose deux définitions de l'empathie :

- La première définition renvoie à la capacité de comprendre l'état interne (psychologique) d'autrui à partir d'indices objectifs externes (telles que les

expressions faciales, les modulations de la voix, le contenu sémantique du langage) permet aisément de comprendre en quoi l'empathie procure un avantage adaptatif majeur pour naviguer dans le monde social. Ainsi, si l'on considère que l'empathie permet d'obtenir une source de connaissances sur l'état psychologique de l'autre, on peut dire qu'elle est très proche de ce qu'on appelle la « théorie de l'esprit », qui renvoie à cette capacité à imaginer l'état mental d'autrui.

- La deuxième définition de l'empathie en tant qu'attitude orientée vers le bien d'autrui s'inscrit davantage dans les mécanismes altruistes, particulièrement évolués de l'espèce humaine, pouvant être dirigés vers des proches, des non proches mais aussi envers d'autres espèces». [6]

Jean Decety affirme que « l'empathie désigne au niveau phénoménologique un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoigne des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine. L'empathie repose sur des systèmes neurocognitifs dissociables et distribués dont les principales composantes sont :

- La capacité de ressentir les émotions et les sentiments exprimés par nous-mêmes et par les autres.
- La capacité d'adopter intentionnellement la perspective subjective d'autrui et cela sans confusion entre soi et l'autre.

Ceci illustre l'aspect complexe et multidimensionnel de l'empathie ». [7]

Tout cela rejoint les propos suggérant que l'empathie repose sur deux composants majeurs qui interagissent pour créer l'empathie :

- Une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont comme nous : « un composant de résonance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel ». [8]
- Une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui : « la prise de perspective subjective de l'autre qui est plus contrôlée et intentionnelle ». [8]

L'empathie se présente donc bien comme un concept multidimensionnel, chaque dimension résultant d'un mécanisme propre et interagissant avec l'autre.

2.2. Tendances actuelles :

D'après une revue de la littérature récemment publiée [9], l'empathie était fréquemment définie sur la base de ces quatre éléments:

- Empathie affective/émotionnelle.
- Empathie cognitive.
- Motivation à être en empathie/morale, empathie/éthique.
- Empathie comportementale/action empathique.

Nous introduisons ici une dimension comportementale à l'empathie qui correspond à la réponse communicative de la compréhension du point de vue de l'autre.

On retrouve l'ensemble de ces dimensions dans cette définition : « L'empathie est une compréhension ou appréciation des sentiments d'une autre personne, élargie dans le contexte clinique pour inclure des dimensions émotives, morales, cognitives et comportementales [1] :

- Emotif : c'est la capacité d'imaginer les émotions et les perspectives des patients. [10]
- Morale : c'est la motivation interne du médecin à faire preuve d'empathie. [11]
- Cognitive : c'est la capacité intellectuelle d'identifier et de comprendre les émotions et les perspectives des patients. [12]
- Comportementale : c'est la capacité de transmettre la compréhension de ces émotions et perspectives au patient. Cela veut dire un engagement émotionnel, et pas seulement la compréhension intellectuelle. Ceci est crucial pour une empathie efficace [13]. »

Selon les auteurs, certaines dimensions seront plus ou moins mises en avant. Cependant, la dimension cognitive semble quasiment présente.

Toujours selon cette revue de la littérature, les concepts suivants étaient utilisés pour définir l'empathie par opposition. Ils définissaient ce qu'elle n'est pas :

- De la sympathie, notamment dans la définition de Hojat qui lui attribuait le caractère affectif, par distinction avec une empathie uniquement cognitive : « Cette définition distingue non seulement le concept d'empathie (en tant qu'attribut cognitif) de la sympathie (en tant qu'attribut émotionnel ou affectif) » [14]. D'autres mettent en garde contre la possible confusion entre empathie et sympathie [15,16].
- De la contagion émotionnelle : « bien que l'empathie clinique ne favorise pas la contagion émotionnelle, l'expérience d'empathie clinique comporte des aspects émotionnels » [17].

Ainsi, nous reprendrons ici les mots du Dr Sicard, dans sa thèse « L'Empathie en psychiatrie : théories et pratiques » [18], qui résume l'analyse de différentes définitions de l'empathie : « Les discours sur l'empathie définissent à la fois la notion telle qu'elle est théorisée, le ou les phénomène(s) tels qu'ils sont expérimentés et la valeur ou les résultats /effets qui leur sont attribués. Le dégagement de ces niveaux peut paraître relever de l'artifice, un phénomène ne pouvant être pensé indépendamment de la notion et des valeurs qui lui sont attribuées. Cependant, cette distinction clarifie l'analyse et rend compte de la diversité des propos sur l'empathie, issus d'une différenciation ou d'une condensation de ces niveaux ».

3. Empathie et relation médecin-malade (empathie clinique) :

Lorsqu'on s'intéresse à la relation médecin-malade, le concept d'empathie ressurgit souvent, et semble un outil indispensable à une relation efficace. De manière parallèle à la psychologie, une empathie « clinique » apparaît en tant que processus développé par le médecin ou le soignant.

Une des premières notions d'empathie dans la relation médecin-malade a été décrite par Sir William Osler (1932): « It is as important to know what kind of man has the disease, as it is to

know what kind of disease has the man». C'est-à-dire qu'il est aussi important de savoir quel genre d'homme à la maladie, et quelle type de maladie à l'homme.

Puisque l'empathie est une composante indispensable dans la relation médecin-patient, on s'intéressera dans ce chapitre aux premiers travaux sur ce thème, ceux de Carl Roger. Puis sur ceux les plus récents.

3.1. Carl Rogers et l'approche centrée sur la personne :

La relation médecin-malade a été l'objet de nombreuses réflexions. Carl Rogers, psychologue humaniste américain (1902–1987), élaborât tout au long de sa carrière ce que ses contemporains appelleront « l'Approche centrée sur la personne ».

Cette méthode propose une relation thérapeutique singulière qui se base sur une hypothèse principale : « Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire. Il peut puiser dans ces ressources à condition qu'il aura un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer» [19]. Cela veut dire que le thérapeute est présent afin d'aider l'individu dans sa démarche et de favoriser ce climat.

Il existe selon Carl Rogers trois conditions « facilitatrices »:

- l'authenticité ou la congruence : le thérapeute ne doit pas afficher une image professionnelle mais bel et bien rester lui-même, avec ses émotions et son vécu.
- l'acceptation : le thérapeute ne doit pas juger les émotions du patient, mais les recevoir telles qu'elles sont exprimées.
- compréhension empathique : le thérapeute comprend les émotions du patient, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, et communique cette compréhension. Il s'agit d'une écoute active.

Ainsi, selon Car Rogers, « l'état d'empathie, ou la qualité d'être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles

et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le "comme si" [19]. Ce « comme si » permet ainsi de ne pas confondre empathie et identification.

3.2. Tendances actuelles :

Hojat et le Jefferson Medical College ont beaucoup travaillé sur le concept d'empathie à travers le soignant. Ils tentent de comprendre comment se situe l'empathie dans un processus pédagogique : peut-on l'enseigner ? Et comment ?

Pour Hojat, on ne peut étudier l'empathie dans la relation médecin-patient, l'empathie «clinique», que si l'on s'accorde sur sa définition. Selon lui, l'empathie clinique se définit ainsi : « Empathy is predominantly cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of expériences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding » [20], c'est-à-dire que l'empathie est principalement cognitive et implique une compréhension des expériences, préoccupations et perspectives du patient, associée à une capacité à communiquer cette compréhension.

Nous observons que selon Hojat, la dimension prédominante de l'empathie clinique est la dimension cognitive. Ainsi, les soignants expérimentés tentent de répondre à la souffrance de leur patient par une attitude cognitive plus qu'affective. De plus, la dimension cognitive semble pour lui plus facile à travailler dans un programme de formation que la dimension affective.

Si pour Hojat, l'empathie du soignant, « clinique » est indispensable à la relation médecin-malade, tout le monde n'est pas du même avis. Citons notamment Landau qui pense que l'empathie n'est pas utile voire dangereuse [21].

Vannotti de ça part dégage deux conceptions qui s'opposent dans la définition du rôle du médecin [22]:

- celle du médecin efficace, imperturbable, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité.

- celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, à son histoire.

Les tenants d'une approche objective du patient et de sa maladie pensent que les médecins qui cultivent l'empathie risquent d'être trop émotionnellement impliqués auprès de leur patient pour prendre les décisions qui, quelquefois, s'imposent.

À l'inverse, les partisans d'une médecine considérée comme plus humaniste soutiennent que, sans empathie, le médecin ne sait pas qui est son patient, et ne peut donc prendre avec lui les décisions adéquates le concernant.

En fait, toujours selon Vannotti [22], le dialogue entre soignant et soigné devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique.

Un paradigme intégratif a dès lors été proposé pour la pratique médicale [23]: « Il n'y a aucun intérêt de mettre en conflit le progrès scientifique et technologie, d'une part, et l'empathie et l'humanisme, d'autre part. Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours comme un plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre » ».

La consultation est alors conçue comme une activité interactionnelle complexe, comme une entreprise commune à laquelle médecin et patient collaborent.

Bien que partenaires dans cette relation, le médecin et le patient n'ont pas les mêmes rôles ; c'est en effet au médecin que revient la responsabilité, à chaque phase de la consultation, d'articuler entre les aspects techniques de la pratique médicale et la gestion de la relation, et notamment des phénomènes empathiques contribuant à la connaissance de l'autre.

Ainsi, l'empathie tient une place centrale dans la relation médecin-patient. Comme le soulignait Maxwell : « les médecins de soins primaires doivent faire l'effort d'être en empathie avec leurs patients en le considérant comme une responsabilité professionnelle » [24].

4. Empathie en médecine générale :

Pour Pr Consoli, l'attitude empathique revêt une des composantes de la bonne «distance» à adopter face à un patient en consultation: « se sentir suffisamment proche, mais pas trop, du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend, tout en restant «chacun à sa place» » [25]. Il distingue l'empathie de la sympathie (être avec dans l'émotion) et de l'identification ou de la compassion (souffrir avec).

Il ajoute que cette bonne distance repose également sur une communication de qualité :

- Il faut supporter qu'un patient exprime jusqu'au bout ses inquiétudes ou ses doutes.
- Il faut accepter de répondre aux questions embarrassantes.
- Il faut encourager à revenir, dans un temps ultérieur, sur une explication déjà donnée.

On devine ici que l'empathie n'est pas une réponse unique à l'ensemble de la problématique de la relation médecin-patient. Cependant, on notera que ces 3 derniers points font appel à une attitude cognitive de compréhension de l'autre. En ce sens, que la communication de qualité à laquelle fait référence le Pr Consoli, fait appel à l'empathie clinique.

La notion de distance exprimée ici par le Pr Consoli nous renvoie à la question de distinction entre empathie et compassion. Pour Louis Velluet : « Compassion et empathie sont deux termes très souvent associés dans les écrits ou les discours. Alors qu'ils désignent des états psychiques très différents. [...] Souffrir avec quelqu'un n'a jamais soulagé personne. Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre» [26]. Il poursuivra par ailleurs par : « les deux états peuvent se succéder dans le temps, ceci dans n'importe quel ordre, et qu'ils sont parfois très intriqués.»

Rappelons que les patients consultant en médecine générale ne sont pas toujours «malades» et leur demande avouée ne correspond pas toujours à leur demande réelle. Ainsi,

pour le Pr Honorat [27], l'écoute du médecin doit être signifiée au patient, de manière explicite ou non. L'équilibre doit alors être trouvé entre une écoute trop « intrusive » ou « impliquante » et une écoute trop distante. La relation empathique est pour le Pr Honorat cet équilibre, c'est la relation « qui nous permet de comprendre, jusqu'à un certain point le sens des actions d'autrui, même lorsque nous pensons que nous aurions agi différemment ou que d'autres façons de penser ou d'agir auraient été envisageables.»

À la difficulté de comprendre le patient et ses émotions, s'ajoute la difficulté que la demande d'écoute n'est pas toujours clairement exprimée. L'attitude empathique est donc une attitude active où l'écoute devra s'adapter aux attentes conscientes ou inconscientes du patient.

Vannotti décrit d'ailleurs que « l'empathie désigne encore, de façon plus pointue, l'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge chez l'un ou l'autre des interlocuteurs. Il s'agit le plus souvent d'un moment imprévisible et imprévu. [...] Il importe alors, [...] que le médecin parvienne à saisir ces « moments présents » où émerge, chez le patient, une émotion significative, et qu'il cherche à en faire un « moment de rencontre » » [22].

Pour Vannotti, l'empathie est la qualité par laquelle le médecin :

- rencontre le patient en personne
- tient compte du vécu subjectif de sa maladie, de ce dont il souffre dans son corps
- tient compte de ce dont il pâtit dans sa vie.

Enfin, notons ici que différentes guidelines ont tenté d'intégrer l'empathie dans des recommandations pour la relation médecin-malade.

Il existe deux conférences de consensus sur la communication médecin-patient [9] :

Tenue en 1991, la conférence de consensus de Toronto s'ouvrait sur ce constat : «Une communication efficace entre le médecin et son patient est un élément essentiel de la pratique médicale qui ne peut être délégué » [28]. Sans référence directe à l'empathie, ils mentionnent des points importants pour qu'une relation médecin-patient soit thérapeutique :

- Permettre aux patients d'exprimer leurs inquiétudes sans être interrompus.

- Se mettre d'accord sur la nature et la gravité du problème
- Reconnaître et discuter des problèmes et préoccupations des patients, y compris lorsque leur résolution est impossible ou hors du ressort du médecin.

En 1999, la conférence de consensus de Kalamazoo a réuni des médecins experts de différents modèles de communication dont l'approche centrée sur le patient [29]. Ils ont construit un modèle commun présentant les principales caractéristiques d'une communication médecin-patient efficace, quel que soit le contexte de la consultation. Il y est recommandé de s'adresser au patient d'une manière empathique, sans grande précision.

5. Synthèse :

Nous avons ici vu que la définition de l'empathie n'est pas unique. Ceci tient du fait que c'est un construit multidimensionnel. Nous avons pu constater que l'empathie dans la relation médecin-patient revêt une définition particulière, l'empathie clinique. Il s'avère que cette empathie présente une composante cognitive prépondérante, laissant finalement moins de place à l'empathie affective dans l'exercice de la médecine.

Nous observons ainsi que cette empathie clinique apparaît indispensable au sein de l'exercice de la médecine générale. Si cette place est importante, et dans le but de l'intégrer à une formation, nous devons d'abord nous attacher à la mesurer.

6. Evaluation de l'empathie :

Après avoir défini le concept d'empathie et ses implications dans la relation médecin-patient, nous allons ici aborder la question de mesure de l'empathie. L'empathie est une notion subjective, sa mesure apparaît difficile voir impossible, donc peut-on mesurer ce qui est subjectif?

Pour Bruno Falissard, psychiatre enseignant chercheur : « nombreux sont, en effet, ceux qui s'interrogent sur la légitimité de ce type d'évaluation : il s'agit, de mesures exclusivement

subjectives et non objectives comme on en a l'habitude. Dès lors se pose bien la question d'envisager de réaliser un travail scientifique portant sur l'évaluation de telles caractéristiques» [30]. « Finalement, les mesures subjectives apparaîtraient ainsi plus fragiles non pas à cause de leur médiocre fiabilité, mais plutôt du fait de l'incomplétude des théories de la subjectivité dont nous disposons aujourd'hui» [31].

Détaillons ici les principales échelles d'empathie existantes.

6.1. Les premières échelles :

a. Questionnaire Measure of Emotional Empathy :

Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy a été développé par Mehrabian et Epstein en 1972 [5] . Cette échelle mesure l'aspect affectif de l'empathie. Elle se compose de 33 items qui sont divisés en sept sous-échelles:

- la susceptibilité à la contagion émotionnelle
- la tendance à être touché par les expériences négatives des autres
- la tendance à être touché par les expériences positives des autres
- la réaction émotionnelle extrême
- la tendance sympathique
- la bonne volonté à être en contact avec des personnes ayant des problèmes
- la sensibilité aux autres et aux sentiments non familiers.

Selon Mehrabian et Epstein, cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques. De plus, certains auteurs [32] ont obtenu des critères de fidélité appréciables, telle que la consistance interne de l'échelle. Toutefois, il n'en a pas été ainsi pour Dillard et Hunter [33] qui, par conséquent, se questionnent sérieusement sur la validité de cet instrument de mesure.

b. Empathy Scale d'Hogan :

Cette échelle fut construite par Hogan en 1969 [4]. Cet instrument de 64 items mesure l'habileté à prendre le point de vue d'une autre personne. Donc, il réfère à l'aspect cognitif de

l'empathie. Hogan a conduit plusieurs recherches afin de tester la fidélité et la validité de cet instrument. Les différents résultats obtenus montrent qu'il répond adéquatement aux normes exigées en matière de fidélité et de validité.

Cependant, des auteurs tels Cross and Sharpley [34] ont obtenu un coefficient de fidélité 0,60 qu'ils considèrent moins satisfaisant étant donné que 30 des items de l'instrument ne sont pas corrélés avec le score total et que 13 items corréleraient négativement avec ce score total. Plusieurs études ont tout de même examiné les relations entre cet instrument et des variables de personnalité, telles l'anxiété, le lieu de contrôle, l'autonomie et la socialisation [32]. D'autres recherches ont été effectuées afin de définir le lien entre cette mesure d'empathie et la moralité ou encore pour prédire le comportement dans plusieurs situations.

Il est à noter que ces deux échelles ont été conçues pour une mesure en population générale. Ainsi, comme le souligne Hojat [20], les indications d'un tel questionnaire dans un contexte médical est limité. D'autre part, ces échelles ne prennent pas en compte l'aspect multidimensionnel, se limitant à la mesure d'une dimension affective ou cognitive.

6.2. Interpersonal Reactivity Index (IRI):

L'IRI est l'échelle de mesure développée par Davis [35] qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie. Cet instrument a comme postulat de base que l'empathie est composée de plusieurs construits indépendants mais tous reliés les uns aux autres.

Cet instrument comprend 28 items séparés en 4 sous-échelle :

- La première sous-échelle intitulée « adaptation contextuelle », et mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours.
- La seconde sous-échelle se nomme « souci empathique », et mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance.
- La troisième sous-échelle, nommée « détresse personnelle », et évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.

- Enfin, la dernière sous-échelle s'intitule « fantaisie », et mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre.

Selon une étude effectuée par Davis [35], ces quatre sous échelles sont corrélées aux deux mesures d'empathie décrites précédemment soit l'échelle d'empathie de Hogan et l'Emotional Empathy Questionnaire de Mehrabian et Epstein. Plus spécifiquement, il semble que la sous-échelle adaptation contextuelle est plus fortement reliée à la mesure de Hogan plutôt qu'à celle de Mehrabian et Epstein. Ce lien vient en quelque sorte supporter l'idée que ces deux échelles (sous-échelle « adaptation contextuelle » et le test de Hogan) correspondent à l'aspect plus cognitif de l'empathie.

Toutefois, une différence majeure réside dans le fait que cette première sous échelle du questionnaire de Davis mesure davantage la tendance d'une personne à prendre le point de vue de l'autre dans différentes situations plutôt que son habileté et sa capacité à le faire comme dans le test de Hogan. De plus, la sous échelle « souci empathique » de l'IRI s'avère d'avantage relié à la mesure de Mehrabian et Epstein plutôt qu'à celle de Hogan. Cela supporte l'hypothèse que ces deux dernières échelles évaluent l'aspect affectif de l'empathie.

Enfin, certaines analyses démontrent l'existence d'une faible relation entre la mesure de Mehrabian et Epstein et celle de Hogan. Ces résultats fournissent une indication supplémentaire au fait qu'il existe à la fois une composante affective et une composante cognitive à l'empathie.

6.3. Jefferson Scale of Physician Empathy :

Afin de centrer la mesure sur l'empathie cognitive dans un contexte de soins, Hojat a construit cet outil, la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), spécifiquement pour les soignants, avec des questions reprenant des thèmes médicaux. Comme nous l'avons déjà souligné, pour Hojat, la dimension cognitive est primordiale dans l'empathie clinique.

Cette échelle est composée de 20 items, avec une mesure par échelle de lickert allant de 1 à 7 (Annexe I). Il s'agit d'un auto-questionnaire. Le score total varie donc de 20 à 140.

L'analyse factorielle des résultats de cette échelle fait émerger trois concepts ou sous-échelles :

- « prise de perspective » : c'est savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchi, explorant plutôt l'aspect cognitif.
- « compréhension émotionnelle » : c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches.
- « Se mettre à la place du patient » : c'est la capacité du soignant de se mettre à la place de son soigné.

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger , Stoddart et Lilford 2007) [2].

Sa version originale vise à mesurer l'empathie clinique des médecins. Cependant, plusieurs échelles dérivant de celle-ci ont été construites afin de mesurer l'empathie chez les étudiants, chez les infirmières ainsi que sous forme d'hétéro-questionnaire, chez les patients.

Dans une étude [36], la JSPE a été comparée à l'IRI. 96 étudiants ont rempli les deux questionnaires. Une corrélation significative entre les deux scores a été trouvée surtout sur les sous échelles « soucis empathique » et « prise de perspective », plus en adéquation avec le contexte de soin. Par contre, il y a peu de relation entre la JSPE et la sous-échelle « fantaisie » et pas du tout avec la sous-échelle « détresse personnel ».

6.4. Quelle échelle utilisée ?

Il existe bien d'autres échelles de mesure de l'empathie : la TEQ, la BEES, l'échelle CARE, etc ... Notons ici que nous n'avons pas décrit la Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) : Il s'agit d'une échelle de 16 items, de validation récente [37]. Elle mesure de manière plus spécifique l'empathie affective.

Notre description des échelles n'est pas ici exhaustive car ce n'est pas le but de notre travail. En revanche, à travers ces descriptions, nous comprenons que l'utilisation d'une échelle

dépend de manière étroite de la question posée. Ainsi, selon la population d'étude, l'échelle utilisée sera différente.

Parmi ces échelles, c'est la JSPE qui nous est apparu comme plus pertinente dans la mesure de l'empathie clinique, et ceux pour deux aspects :

- Nous avons pu constater que bien que l'empathie clinique présente une dimension cognitive importante, elle conserve une mesure multidimensionnelle.
- Les termes sont adaptés aux soins et à la médecine.

7. Déterminants de l'empathie :

7.1. Constat d'un manque :

Si l'empathie est un élément essentiel de la relation médecin-patient, et si elle fait partie du référentiel de la formation médicale, tout semble correspondre et il est inutile de s'y intéresser. Ce n'est pourtant pas ce qui semble apparaître à la constatation du rapport sur la maltraitance.

Le consensus de Toronto de 1991 pointait les insuffisances constatées dans la communication médecin-patient : interruption trop rapide des patients, absence d'entente sur le motif de consultation, manque de reconnaissance des préoccupations du patient [28].

En 1997, une équipe de médecins a évalué l'utilisation – ou non – d'une communication empathique dans des consultations de soins primaires [38]. Les signaux directs ou indirects émis par le patient concernant leurs émotions et préoccupations ont été appelés « opportunités empathiques ». Dans la plupart des cas ils restaient inexplorés par le médecin, conduisant à une insistance du patient sur ce sujet ou à sa « fermeture » au détriment de l'écoute. En reprenant cette méthodologie dix ans après, une autre étude en oncologie a constaté que seulement le dixième de ces opportunités étaient reconnues et engageaient une réponse du médecin [39].

Ce manque d'expression d'empathie a suscité de nombreux commentaires et tentatives d'explications. Il peut y avoir de nombreuses raisons expliquant ces résultats, d'un évitement conscient

par peur de perdre leur objectivité à la croyance que cela prend trop de temps, mais la plus évidente de ces raisons est que « peut être juste ne savent-ils pas comment répondre ? » [46].

Dans un article [16], Neumann a synthétisé nos connaissances sur l'empathie dans la relation médecin-malade (figure 91). Cette synthèse nous permet de comprendre l'état actuel de nos connaissances et les aspects qui sont encore à approfondir.

Aux vues de ces constats, nous nous sommes intéressés dans un premier temps à identifier des déterminants de l'empathie.

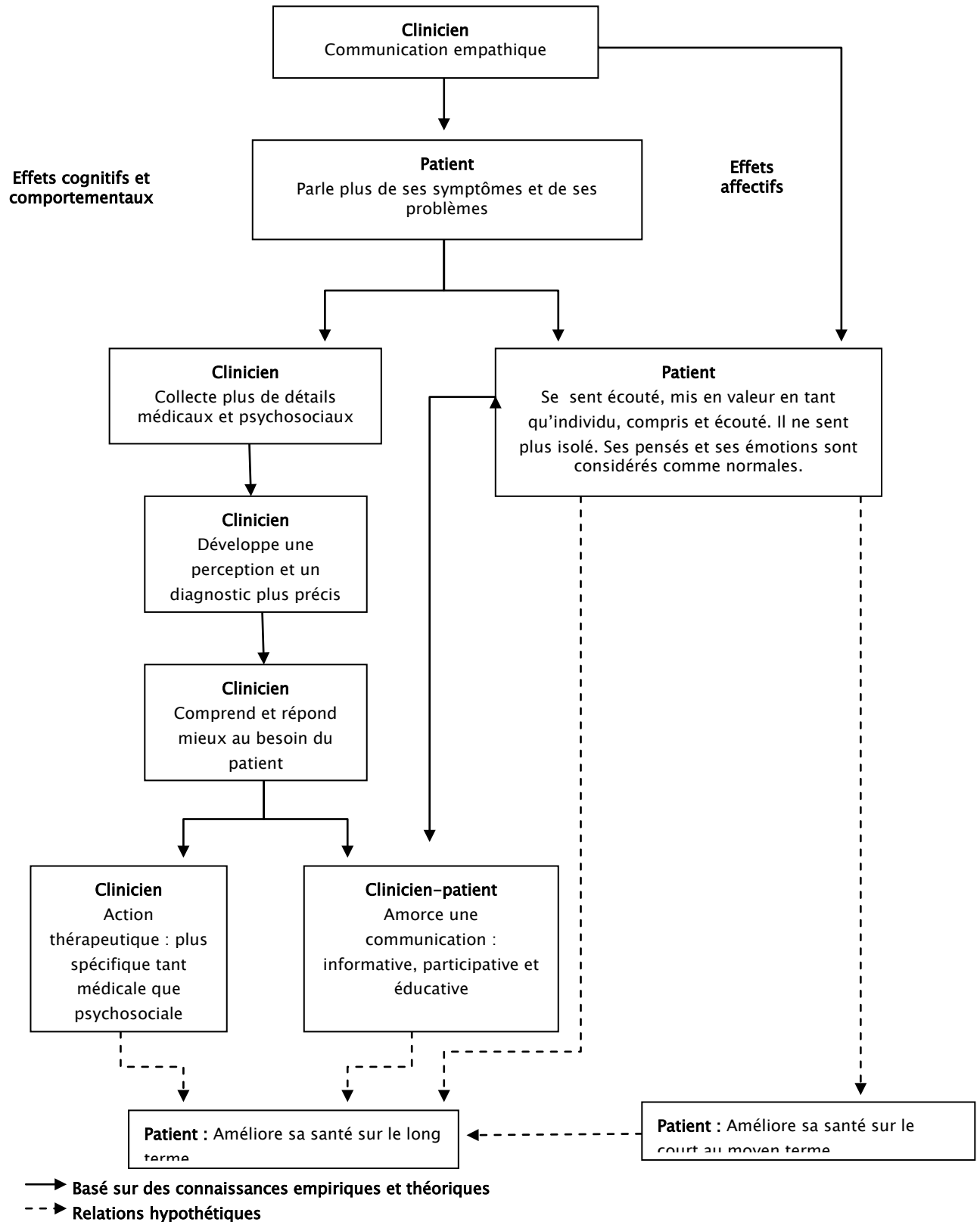


Figure 91 : Modèle de l'effet d'une communication empathique.

7.2. Critères sociodémographiques :

Dans de nombreuses études, Hojat a étudié si l'empathie clinique variait avec le genre ou la spécialité des médecins. Il s'est servi pour cela de l'échelle JSPE. Il a d'abord montré aux Etats-Unis [40] que les femmes obtenaient un meilleur score que les hommes. Il a ensuite effectué la même étude au Japon [41] avec le même résultat, puis en Italie [42] qui retrouvait la même tendance avec une différence non significative. Il a également montré dans ces études une tendance à différencier les scores d'empathie selon la spécialité. Il n'a par contre trouvé aucune différence significative en fonction de l'âge.

Carmel s'est lui intéressé aux critères sociodémographiques des médecins hospitaliers Israéliens. [43]. Il ne retrouve pas de différence significative d'empathie en fonction du statut marital, du nombre d'enfants, du pays d'origine ou du genre. En revanche, il constate que le médecin plus empathique est plus jeune et exerce depuis moins longtemps.

7.3. Pratiques des médecins :

Peu d'études se sont penchées sur l'association entre empathie et pratique quotidienne des médecins. Nous retiendrons cependant les études suivantes :

H. Lin s'est penché sur la différence d'empathie selon la pratique du médecin [44], en cabinet de groupe ou en cabinet seul. L'auteur a pour cela comparé la satisfaction des patients et leur perception de qualité des soins. Il retrouve ainsi une meilleure satisfaction des patients pour les médecins exerçant en groupe.

Shanafelt s'est intéressé à l'association empathie et bien-être du médecin, chez des internes [45]. Il retrouve une association significative entre, genre, nombre de garde et l'empathie.

Par ailleurs, Shanafelt s'est également intéressé au « professionnalisme médical » [46]. Il le définit comme une qualité qui demande intégrité, honnêteté, compassion, un engagement pour actualiser ses connaissances, la capacité de communiquer de manière efficace avec les patients et de respecter leur autonomie. Il ajoute que l'empathie est également une qualité participante au professionnalisme médical. Ainsi, il s'intéresse au professionnalisme dans sa

globalité, sans uniquement se focaliser sur l'empathie. Pour Shanafelt, ce professionnalisme résulte des facteurs personnels, issus de la formation du médecin, de ses expériences mais également de ses traits de caractère et ses compétences personnelles et de facteurs environnementaux, comme le montre (figure 92). Nous pouvons ainsi observer que le bien-être du médecin est un des facteurs personnel influençant le professionnalisme. Par ailleurs, pour Shanafelt, les médecins ne savent pas repérer le lien qui existe entre le bien-être personnel et les soins qu'ils dispensent. Nous pouvons constater aussi que l'épanouissement personnel joue un rôle non négligeable dans l'élaboration du professionnalisme du médecin, et ainsi de son empathie.

Enfin, nous devons mentionner ici qu'il ne s'agit pas d'études longitudinales. Elles ne permettent ainsi pas de démontrer des relations de causalité, mais bien des associations et des liens entre empathie et caractéristiques sociodémographiques ou de pratique des médecins.

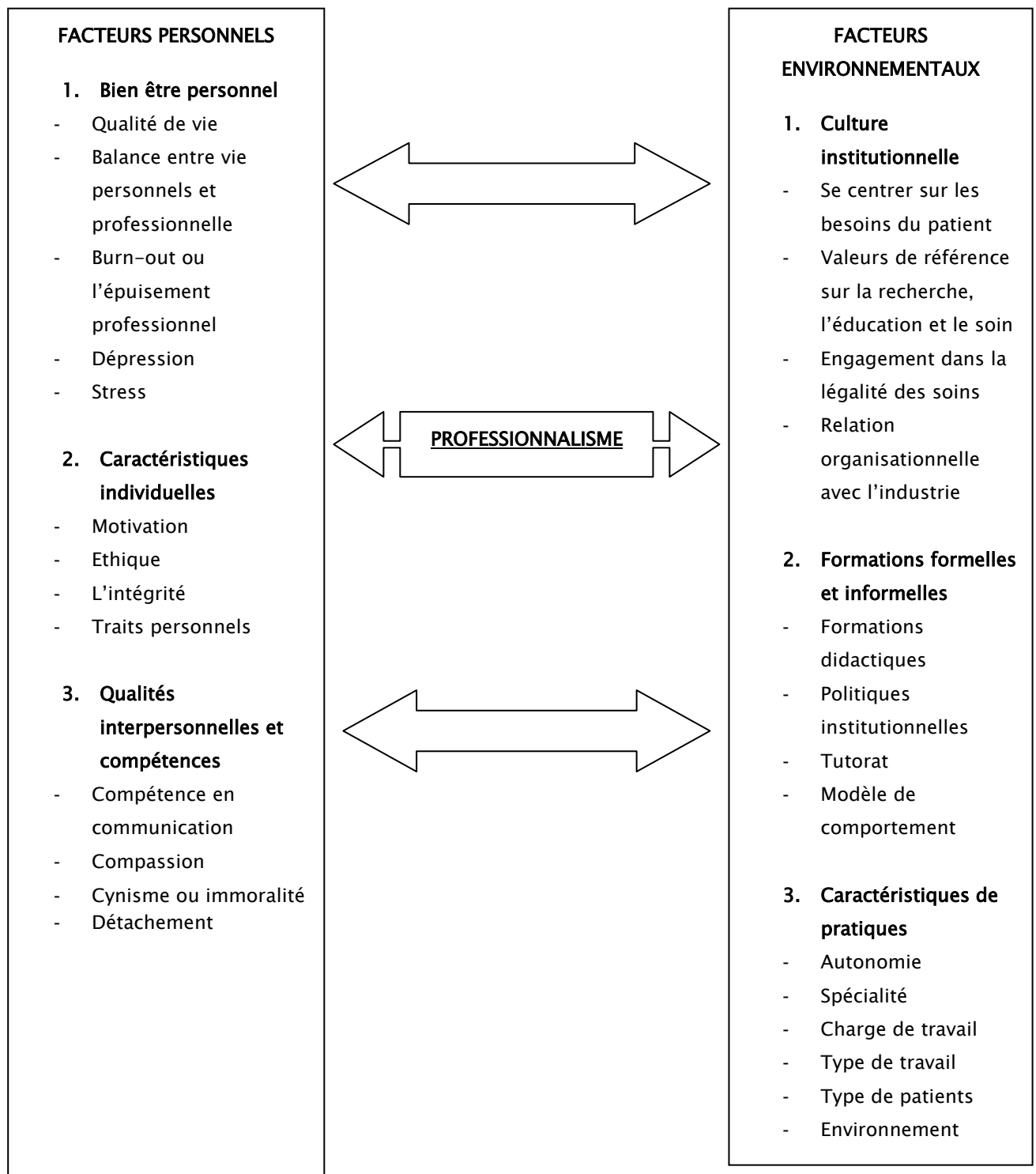


Figure 92 : Modèle des facteurs personnels et environnementaux contribuant au professionnalisme médical.

II. Discussion des corrélations et de l'évolution d'empathie :

L'objectif de ce travail était de mesurer l'empathie chez les étudiants en médecine, chez les médecins internes et résidents et chez les professeurs de médecine à travers l'échelle de Jefferson et de comparer nos résultats avec les résultats des autres études déjà publiées et pouvoir mettre en évidence les facteurs influençant l'empathie ainsi que son évolution chez les trois groupes étudiés, avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie, à travers les formations ou à travers la pratique.

Nous pouvons tout d'abord noter que ce travail s'inscrit parmi les rares travaux à l'échelle mondiale et le premier au Maroc qui s'intéressent à l'empathie dans la pratique médicale.

Le point fort dans notre travail est l'effort de dégager des déterminants selon chaque dimension. Ainsi, nous observons que certaines variables sont plutôt associées avec une dimension cognitive, d'autres avec une dimension affective. L'étude des corrélations entre les dimensions confirme que chaque dimension est indépendante. Nous pouvons donc aborder plus précisément les déterminants cognitifs et affectifs de nos étudiants, nos médecins et nos professeurs.

Au terme de notre étude on a essayé de faire une étude assez large en réunissant les 3 piliers de la médecine, les étudiants au cours de leurs formations , les médecins internes et résidents et les professeurs de médecine d'où le titre (Place et déterminants de l'empathie dans pratique médicale), 433 étudiants en médecine, 300 médecins internes et résidents et 54 professeurs du CHU de Mohammed VI de Marrakech ont participé à cette étude.

1. Partie des étudiants :

1.1. Facteurs associées aux Jefferson totale et aux trois dimensions de l'empathie :

a. Genre :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre l'empathie par sa dimension « Compréhension émotionnelle » et le genre des étudiants.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats trouvés dans la littérature, notamment pour Hojat [47], qui les explique par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Une autre explication serait que les étudiantes sont plus attentionnées que les étudiants et que ceci leurs étaient inculqué tout au long de leur éducation. Les étudiantes sont donc douées d'une plus grande capacité empathique que les étudiants parce qu'elles présentent une plus grande sensibilité aux stimuli sociaux et aux signaux émotionnels. Et aussi leurs orientations sur les soins résultent de l'évolution de l'histoire et de l'apprentissage social.

On peut conclure que les étudiantes sont plus susceptibles que les étudiants à engager une communication positive avec le patient, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du patient, en utilisant des échanges plus souvent verbaux, en passant souvent plus de temps avec le patient et en s'axant plus sur la prévention. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude faite en France en 2015 [48] qui a trouvé aussi que les étudiantes sont plus empathiques que les étudiants. Par contre une étude faite en France 2012 [49] n'a pas trouvé d'association entre l'empathie et le genre des étudiants en médecine.

b. âge :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre l'empathie par sa dimension « Compréhension émotionnelle » et l'âge de nos étudiants.

Ces résultats sont cohérents avec une étude française faite en 2015 [48] qui a trouvé que les externes les plus jeunes étaient plus empathiques. Une tentative d'explication serait que les

étudiants perdent leurs capacités empathiques au cours de leurs études, résultats que l'on pourrait rapprocher de ceux d'Hojat, qui avaient montré un déclin de l'empathie à partir de la 3^{ème} année des études médicales [50].

c. Niveau d'étude :

Nos résultats montrent une association significative entre l'empathie par sa dimension « Compréhension émotionnelle » et le niveau d'étude de nos étudiants.

Ceci renforce l'association significative entre l'âge et l'empathie de nos étudiants d'une part. Et d'autre part ces résultats sont aussi cohérents avec ceux d'Hojat [50] qui avaient montré un déclin de l'empathie à partir de la 3^{ème} année des études médicales.

On peut conclure que les étudiants perdent leurs capacités empathiques au cours de leurs formations médicale.

d. Financement des études :

Notre étude met en évidence une association significative entre le financement des études et l'empathie par le biais de ces deux dimensions « Prise de perspective » et « Se mettre à la place du patient ».

Les étudiants qui finançaient leurs études par une bourse ou aide étaient plus empathiques. Ceci peut expliquer l'association significative avec l'empathie, en partant de la synthèse hypothétique que les étudiants avec bourse ou aide auraient plus de difficultés financières ce qui valorisent chez eux la capacité de comprendre le point de vue du patient (la dimension : « prise de perspective ») et de se mettre à sa place (la dimension « Se mettre à place du patient »).

Ces résultats sont cohérents avec une étude iranienne [51] qui a trouvé que les étudiants en médecine avec soucis économiques sont plus empathiques et comprennent mieux les difficultés financière de leurs patients.

e. Antécédent familial de maladie chronique :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre antécédent familial de maladie chronique et l'empathie par sa dimension « Prise de perspective ».

Les étudiants avec un antécédent familial de maladie chronique étaient plus empathiques que ceux sans antécédent. Une tentative d'explication nous mène à une étude faite en Allemagne [52] qui avait étudié la relation entre l'empathie et la présence d'une personne à pathologie chronique dans l'entourage rapproché. Cette étude rejoint nos résultats et explique cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux gens vivant avec une personne à maladie chronique de développer une meilleure compréhension des patients (la dimension « Prise de perspective »).

f. Maladie chronique personnelle :

Nos résultats objectivent une association significative entre la maladie chronique personnelle et l'empathie par sa dimension « Se mettre à place du patient ».

Les étudiants avec une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques que ceux qui n'avaient pas de pathologie chronique. Ceci nous mène à une étude allemande [52] qui avait étudié la relation entre l'empathie et le fait d'avoir une pathologie chronique. Cette étude rejoint nos résultats et explique cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux gens souffrant d'une maladie chronique de vivre la même expérience que les patients et donc de développer une meilleure capacité à se mettre à leur place (dimension « Se mettre à la place du patient »).

g. Maladie psychiatrique personnelle :

Notre étude montre une association significative entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie par le biais de ces deux dimensions « Compréhension émotionnelle » et « Se mettre à la place du patient ».

Les étudiants avec une maladie psychiatrique personnelle étaient plus empathiques que ceux sans pathologie psychiatrique. Une tentative d'explication fait appel à une étude Japonaise

[53] qui à comparer entre l'empathie des patients consultant en psychiatrie et les autres malades. Cette étude rejoint nos résultats et met en évidence que l'empathie des malades consultant en psychiatrie étaient plus importante que celles des autres malades. Et explique ces résultats par la vulnérabilité émotionnelle de certains patients en psychiatrie ce qui augmente chez eux la taille interne et externe des récepteurs des stimulus émotionnelles.

1.2. Absence d'association :

Chez les étudiants, nos résultats mettent en évidence l'absence d'association entre l'empathie et :

- ✓ Statut marital
- ✓ Souhait de faire médecine
- ✓ Logement
- ✓ Transport
- ✓ La résidence parentale.

a. Statut marital :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le statut marital et l'empathie de nos étudiants. Ces résultats rejoignent ceux de Carmel [43] chez qui l'empathie n'était pas associée au statut marital.

L'étude de ce facteur était fondée sur l'hypothèse que la vie en couple pourrait valoriser l'empathie chez les étudiants. Et que la stabilité émotionnelle pouvait valoriser les dimensions de l'empathie de nos étudiants.

b. Souhait de faire médecine :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le souhait de faire médecine et l'empathie de nos étudiants. Cependant dans la littérature on n'a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

L'étude de ce facteur partait de l'hypothèse que le souhait de faire médecine aurait une conséquence positive sur l'empathie des étudiants. Et que cela contribuerait au développement des dimensions de l'empathie chez nos étudiants.

c. Logement :

Nos résultats ne mettent pas d'association entre le logement et l'empathie de nos étudiants. Ainsi une recherche dans la littérature ne trouve aucune étude déjà réalisée qui étudie l'association entre le logement et l'empathie.

L'étude de ce facteur est partie de l'hypothèse que les étudiants avec un logement plus confortable seraient plus empathiques que les autres. Et que le confort du logement des étudiants permettrait à ces derniers de développer les dimensions de l'empathie.

d. Transport :

Notre étude ne permet pas d'associer le transport à l'empathie de nos étudiants. Cependant aucune étude en littérature n'a étudié ce facteur dans sa relation avec l'empathie.

L'étude de ce facteur dans notre travail partait de l'hypothèse que les étudiants avec un temps nécessaire pour arriver à l'hôpital plus court seraient plus empathiques. Et que ce confort permettrait la valorisation des dimensions de l'empathie chez nos étudiants.

e. La résidence parentale :

Nos résultats ne trouvent pas d'association entre la résidence parentale et l'empathie de nos étudiants. Ainsi aucune étude en littérature n'a étudié la relation associative entre la résidence parentale et l'empathie.

L'étude de ce facteur était fondée sur l'hypothèse que les étudiants qui vivaient le plus proche possible de la résidence parentale avaient plus de chance d'être plus empathiques. Et donc ce confort développerait les dimensions de l'empathie chez nos étudiants.

1.3. Empathie de nos étudiants par rapport à la littérature :

Concernant les moyennes des scores « Jefferson total » des étudiants, quelques études étaient faites dans ce sens en mesurant l'empathie des étudiants en médecine dans différents pays.

Les scores « Jefferson total » variaient d'une étude à une autre. Le tableau ci-dessous résume ces différentes études. (Tableau XIII)

**Tableau XIII : Comparaison des moyennes des scores « Jefferson total »
de notre étude avec la littérature.**

ETUDES	Populations	Outils	Moyennes des scores « Jefferson total »
Ingrid (Vienne – Autriche)	516 étudiants en médecine	JSPE	110,52
Hojat (USA)	265 étudiants des professions de la santé	JSPE	115,1
Nadja (Allemagne)	127 étudiants en médecine	JSPE	113,26
Seved (Iran)	1187 étudiants en médecine	JSPE	101,4
Notre étude (Marrakech – Maroc)	433 étudiants en médecine	JSPE	88,69

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Marrakech) avec 4 grandes études faites dans d'autres pays notamment en Autriche, en USA, en Allemagne et en Iran :

- En Iran [54], 1187 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 101,4.
- En Autriche (Vienne) [55], 516 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 110,52.
- En USA [56], 265 étudiants des professions de la santé ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 115,1.
- En Allemagne [57], 127 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 113,26.
- A Marrakech, 433 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 88,69.

La moyenne des scores « Jefferson total » la plus élevée était de 115,1, en USA.

1.4. Evolution de l'empathie de nos étudiants :

Notre étude objective une évolution décroissante de l'empathie de nos étudiants. Ceci ce voit par une décroissance des moyennes des scores « Jefferson total » et les trois autres dimensions de l'empathie, en passant d'un niveau d'étude à un autre supérieur. (Figure 88)

Cependant ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature, notamment avec l'étude d'Hojat [50] qui a montré un déclin de l'empathie des étudiants à partir de la 3^{ème} année.

Une tentative d'explication était que les étudiants perdent leurs capacités empathiques au cours de leurs formations.

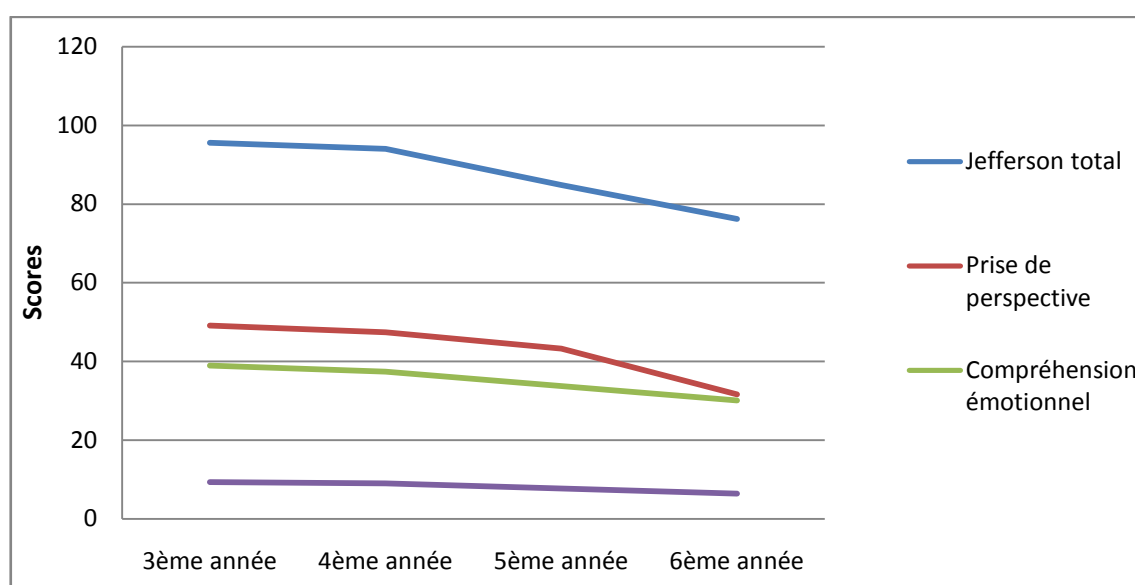


Figure 88 : L'évolution des scores de l'empathie chez les étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année.

2. Partie des médecins internes et résidents :

2.1. Facteurs associées aux Jefferson totale et aux trois dimensions de l'empathie :

a. âge :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie par sa dimension « Compréhension émotionnel » et l'âge de nos médecins. Ainsi, nous observons que plus l'âge est bas plus le score de « Jefferson total » est élevé donc plus l'âge augmente l'empathie diminue.

Ces résultats sont cohérent avec certains résultats trouvés dans la littérature [40, 42,58] qui mettent en évidence que plus l'âge est jeune plus il ya de l'empathie et plus l'âge augmente l'empathie diminue au fur et à mesure.

Une autre étude de Lin et Carmel, retrouve aussi cette association dans leurs études respectives [43,44] : qui ont montrées aussi que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont empathiques.

Ainsi, nous aurions pu imaginer, que l'âge qui augmente est un reflet de plus de responsabilités et de stress et que ceux-ci diminuent les compétences empathiques de nos médecins.

b. Statut marital :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie par sa dimension « Prise de perspective » et le statut marital de nos médecins. Ainsi, nous observons que les médecins marié(e)s ont les scores « Jefferson total » et « Prise de perspective » élevé et donc les mariés sont plus empathiques que les célibataires et les divorcés.

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude française [49] qui a montré que le fait de vivre en couple renvoie à un vécu personnel et au mode de relation du médecin avec l'autre et donc une dimension affective. Par contre, ces résultats viennent nuancer ceux de Carmel, chez qui l'empathie n'était pas associée au statut marital [43]. Cette étude n'a toutefois pas étudié les personnes en couple, mais bien le statut marital. De plus, c'est l'IRI qui était utilisée comme mesure de l'empathie, ce qui peut expliquer partiellement ce résultat.

Par ailleurs, le fait d'être en couple renvoie peut être à la notion de bien-être, sans préjuger du lien de causalité ici encore. Une hypothèse serait alors que les médecins épanouis dans leurs vies personnelles sont plus empathiques. Nous pouvons supposer qu'un médecin épanoui est moins «parasité» par des idées préoccupantes, et fait face à moins de soucis. Dans cet état, il est certainement plus enclin à recevoir et à entendre la demande de l'autre et surtout la comprendre (dimension « Prise de perspective »). Cette hypothèse nous amène à discuter plusieurs points :

- Le fait de vivre en couple améliore-t-il l'épanouissement personnel ?
- L'épanouissement personnel influence-t-il l'empathie ?
- De manière parallèle, qu'en est-il de la relation burn-out et empathie ?

Pour répondre à la première question, plusieurs études se sont penchées sur l'influence d'une relation amoureuse sur le bien-être. Ainsi, K. Dush [59] retrouve que le fait d'être marié est associé à un bien-être plus important que les personnes vivant en concubinage, elles-mêmes présentant un bien-être plus important que les célibataires. Les auteurs vont également plus loin: les personnes heureuses en ménage présentent un niveau de bien-être plus élevés que les personnes en ménage malheureuse.

Enfin, lors d'analyses ajustées sur le fait d'être heureux en ménage, les auteurs retrouvent que les personnes en couple présentent encore un niveau de bien-être plus élevé. Ces résultats suggèrent qu'un phénomène explique le bien-être de personne en couple, indépendamment du fait d'être heureux en ménage. K. Dush fait l'hypothèse que la position sociale participe à ce phénomène : vivre en couple est plus désirable socialement que le célibat.

Pour revenir à nos résultats, les personnes en couple présentent certainement un bien-être plus important et donc un épanouissement personnel plus avancé.

Reprenons l'étude de Shanafelt réalisée chez des internes visait à mettre en évidence une association entre bien-être et empathie [45]. Pour ce faire, il a comparé les résultats de 2 questionnaires : le Medical Outcome Study Short Forme et les 2 sous échelles de l'IRI : « adaptation contextuelle » et « souci empathique ». Les résultats montrent une association significative entre empathie et bien-être, et ce uniquement pour la sous échelle « adaptation contextuelle », qui est la dimension cognitive de l'IRI. De plus, les scores d'empathie ou de bien-être n'étaient pas associés au statut marital. Les auteurs concluent que la réponse émotionnelle individuelle est peut être plus liée à des caractéristiques propres à chacun, plus qu'à une maturité émotionnelle. En revanche, la composante cognitive demande des efforts de compréhension du point de vue des patients, et donc d'éviter d'être tourner uniquement sur soi-même.

De plus, le travail de Shanafelt sur le « professionnalisme médical » vu en première partie (figure 92) vient nuancer nos résultats : si le fait de vivre en couple est associé à une empathie émotionnelle plus importante, cela peut également favoriser un bien-être et un équilibre favorable entre vie personnelle et vie professionnelle. C'est par ce biais que nous pouvons

expliquer une amélioration de l'empathie cognitive et donc le fait de vivre en couple est un marqueur de bien être. Il semble logique de penser que l'empathie émotionnelle ainsi que l'empathie comportementale soient le reflet de l'implication émotionnelle du médecin dans sa relation avec le patient. Le Burn-out serait alors lié à ce type d'empathie. Or, la composante cognitive n'est pas négligeable dans la relation médecin-malade. Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est cette composante qui permet un équilibre entre trop et trop peu.

Plusieurs études suggèrent que le stress est associé à une diminution de l'empathie, dans son concept multidimensionnel, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie. Ceci conduit à construire un cadre de stress conduisant à des comportements et des attitudes non professionnelles [60,61] et ainsi au Burn-out. Aussi, le lien entre empathie et Burn-out existe mais nécessite d'approfondir la relation de causalité entre les deux.

c. Statut professionnel :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie par sa dimension « Compréhension émotionnel » et le statut professionnel de nos médecins. Ainsi, nous observons que les médecins résidents sont moins empathiques que les médecins internes.

Plusieurs études ont montré que les internes deviennent moins empathiques en passant au profil de résident. Cependant nos résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études faites en France [48, 62, 63]. Qui on trouvé une association entre le degré des responsabilités au travail et les capacités empathiques des praticiens. Une tentative d'explication était que le degré de responsabilité au travail qui augmente chez les résidents et qui entraîne une irritation, une perte de motivation, une diminution d'investissement, de la fatigue, une humeur triste, était la raison derrière la diminution d'empathie chez les résidents par rapport aux internes.

d. Type de service ou de spécialité :

Nos résultats objectivent une association significative entre l'empathie par sa dimension « Prise de perspective » et le type de service de l'interne ou la spécialité du résident. Ainsi, nous observons que les médecins issus des services de médecins sont plus empathiques que ceux issus des services de chirurgie.

Ces données sont cohérentes avec l'étude de Hojat [47], qui a montré que les médecins dont la spécialité était orientée vers la personne (Médecine) avaient des scores significativement plus élevés que les médecins dont les spécialités étaient plus techniques (Chirurgie). Ceci peut être expliqué par une tendance naturelle des médecins de spécialité médicale à se préoccuper davantage des autres et de ce qu'ils ressentent et d'essayer de comprendre leurs patients (dimension « Prise de perspective »).

e. Nombre de garde :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre l'empathie par ces deux dimensions « Prise de perspective » et « Se mettre à la place du patient » et le nombre de garde de nos médecins. Ainsi nous observons que plus le nombre de garde augmente, l'empathie de nos médecins diminue.

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études française [48, 62, 63] qui ont trouvé une association entre la charge du travail et l'empathie des praticiens.

L'explication de ces résultats était que les médecins avec un nombre de garde élevé était confronté à une charge de travail plus importante ce qui contribue à une perte des capacités empathiques chez ces médecins.

f. Antécédent familial de maladie chronique :

Notre étude montre une association significative entre l'empathie par sa dimension «Prise de perspective» et l'antécédent familial de maladie chronique de nos médecins. Ainsi les médecins avec un antécédent familial de maladie chronique étaient plus empathiques que ceux sans antécédent.

Une tentative d'explication nous mène à des études française [64, 65] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie des professionnel de santé et la présence d'une personne à pathologie chronique dans la famille. Ces études rejoignent nos résultats et expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu du praticien, ce qui permet aux gens vivant avec une personne à maladie chronique de développer une meilleur compréhension de ces patients (la dimension « Prise de perspective »).

g. Maladie chronique personnelle :

Nos résultats objectivent une association significative entre l'empathie par sa dimension « Se mettre à la place du patient » et la maladie chronique personnelle de nos médecins. Ainsi les médecins avec une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques que ceux qui n'avaient pas de pathologie chronique.

Ces résultats nous mène à des études faite en France [71, 75] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie et le faite d'avoir une maladie chronique. Ces études rejoint nos résultats et expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux gens souffrant d'une pathologie chronique de vivre la même expérience que les patients et donc de développer une meilleurs capacité à se mettre à la place des patients (dimension « Se mettre à la place du patient »).

2.2. Absence d'association :

Chez les médecins, nos résultats mettent en évidence l'absence d'association entre l'empathie et ces différents facteurs notamment :

- ✓ Genre
- ✓ Nombre d'enfant
- ✓ Type de contrat du résident
- ✓ Souhait de faire médecine
- ✓ Transport
- ✓ La résidence parentale
- ✓ Maladie psychiatrique personnelle

a. Genre :

Au cours de notre étude on n'a pas trouvé d'association significative entre le genre de nos médecins et l'empathie. Ces résultats rejoignent une étude française [49] qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et genre.

Par contre l'étude de ce facteur était faite de l'hypothèse que les femmes sont plus empathiques que les hommes. Cette hypothèse était étudiée par Hojat [47], et était expliqué par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres.

b. Nombre d'enfant :

Dans notre étude on n'a pas trouvé d'association significative entre le nombre d'enfants et l'empathie de nos médecins. Ces résultats rejoignent la littérature, notamment une étude faite en 2018 [49], qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et le nombre d'enfants.

Précédemment, nous avons pu constater que le bien-être ou l'épanouissement personnel est associé à une empathie plus importante. Nous pouvons imaginer que le fait d'avoir des enfants participe au même mécanisme de bien-être, mais, avoir des enfants peut être vécu comme un stress supplémentaire, et ainsi, comme nous l'avons vu, être responsable d'une diminution de la capacité d'écoute de l'autre et de la capacité d'investissement dans la relation. Ainsi, les résultats que nous observons peuvent s'expliquer par deux mécanismes qui s'opposent, ne permettant pas de mettre une différence en évidence : avoir des enfants pourrait participer à un épanouissement personnel plus important mais également à des préoccupations extérieures ou à une diminution de la disponibilité aux autres, venant perturber l'empathie envers les patients.

c. Type de contrat du résident :

Nos résultats ne mettent pas en association le type du contrat du résident et l'empathie. Ainsi dans la littérature on n'a pas trouvé des études qui étudient une telle association.

L'étude de ce facteur était basé sur l'hypothèse que le choix d'un type de contrat qui garanti une stabilité professionnelle et matérielle pourraient valoriser les dimensions de l'empathie chez nos résidents.

d. Souhait de faire médecine :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le souhait de faire médecine et l'empathie de nos médecins. Cependant dans la littérature on n'a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

L'étude de ce facteur partait de l'hypothèse que le souhait de faire médecine aurait une conséquence positive sur l'empathie des médecins. Et que cela contribuerait au développement des dimensions de l'empathie de nos médecins.

e. Transport :

Notre étude ne permet pas d'associer le transport à l'empathie de nos médecins. Cependant aucune étude en littérature n'a étudié ce facteur dans sa relation avec l'empathie.

L'étude de ce facteur dans notre travail partait de l'hypothèse que les médecins avec un temps nécessaire pour arriver à l'hôpital plus court seraient plus empathiques. Et que ce confort permettrait le développement des dimensions de l'empathie chez nos médecins.

f. La résidence parentale :

Nos résultats ne trouvent pas d'association entre la résidence parentale et l'empathie de nos médecins. Ainsi aucune étude en littérature n'a étudié la relation associative entre la résidence parentale et l'empathie.

L'étude de ce facteur était basée sur l'hypothèse que les médecins qui vivaient le plus proche possible de la résidence parentale avaient plus de chance d'être plus empathiques. Et donc ce confort développerait les dimensions de l'empathie chez nos médecins.

g. Maladie psychiatrique personnelle :

Notre étude n'objective pas une association entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie de nos médecins.

L'hypothèse qui nous a mené à étudier ce facteur était que les médecins avec une maladie psychiatrique seraient plus empathiques que les autres médecins. Cette hypothèse était

discuté dans une étude japonaise [53] qui à comparer entre l'empathie des patients consultant en psychiatrie et les autres malades. Cette étude met en évidence que l'empathie des malades consultant en psychiatrie étaient plus importante que celles des autres malades. Et explique ces résultats par la vulnérabilité émotionnelle de certains patients en psychiatrie ce qui augmente chez eux la taille interne et externe des récepteurs des stimulus émotionnelles.

2.3. Empathie de nos médecins par rapport à la littérature :

Concernant les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins, quelques études étaient faites dans ce sens en mesurant l'empathie des médecins dans différents pays.

Les scores « Jefferson total » variaient d'une étude à une autre. Le tableau ci-dessous résume ces différentes études. (Tableau XIV)

Tableau XIV : Comparaison des moyennes des scores « Jefferson total » de notre étude avec la littérature.

ETUDES	Populations	Outils	Moyennes des scores « Jefferson total »
Paris – France	250 médecins en formation	JSPE	97,37
USA	162 médecins en formation	JSPE	101,57
Lyon – France	191 médecins en formation	JSPE	90,22
Madrid – Espagne	187 médecins en formation	JSPE	86,11
Notre étude (Marrakech – Maroc)	300 médecins internes et résidents	JSPE	84,98

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Marrakech) avec 4 grandes études faites en plusieurs pays notamment en France, USA et l'Espagne :

- En France (Paris) [84], 250 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 97,37.
- En France (Lyon) [85], 191 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 90,22.
- En USA [56], 162 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 101,57.

- En Espagne (Madrid) [86], 187 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 86,11.
- A Marrakech, 300 médecins internes et résidents ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 84,98.

La moyenne des scores « Jefferson total » la plus élevée était de 101,57, en USA

2.4. Evolution de l'empathie de nos médecins :

Notre étude objective une évolution décroissante de l'empathie de nos médecins. Ceci se voit par une décroissance des moyennes des scores « Jefferson total » et les trois autres dimensions de l'empathie, en passant d'un statut professionnel d'interne à celui de résident. (Figure 89)

Cependant nos résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études faites en Allemagne [82, 83]. Qui ont objectivé une régression de l'empathie des médecins qui exercent dans des conditions de stress et de charge de travail élevé.

Une tentative d'explication était que les médecins perdent leurs capacités empathiques par l'accumulation de stress au fur et à mesure des années d'exercices.

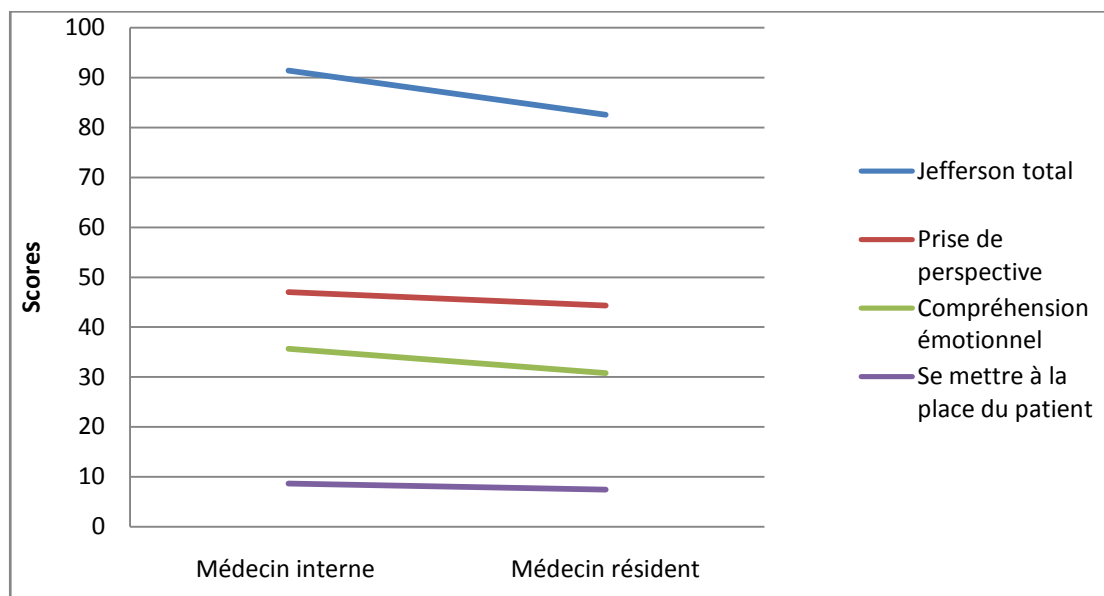


Figure 89 : L'évolution des scores de l'empathie chez les médecins.

3. Partie des professeurs :

3.1. Facteurs associées aux Jefferson totale et aux trois dimensions de l'empathie :

a. âge :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie par sa dimension « Compréhension émotionnel » et l'âge de nos professeurs. Ainsi nous observons que plus l'âge est bas plus le score de « Jefferson total » est élevé donc plus l'âge augmente l'empathie diminue.

Ces résultats sont cohérents avec certains résultats trouvés dans la littérature [40, 42,58] qui objectivent que les capacités empathiques des individus et notamment des professionnels de santé y compris les professeurs de médecins diminuent avec l'âge. Une explication serait que les responsabilités et les contraintes de vie augmentent avec l'âge.

b. Statut professionnel :

Notre étude met en évidence une association significative entre empathie par sa dimension « Compréhension émotionnel » et le statut professionnel de nos professeurs. Ainsi, nous observons que les scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionnel » diminuaient en passant d'un statut de professeur assistant à celui d'agrégé puis à celui d'enseignement supérieur.

Cependant nos résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études faites en France [48, 62, 63]. Qui on trouvé une association entre le degré des responsabilités au travail et les capacités empathiques des praticiens. Une tentative d'explication était que le degré de responsabilité au travail qui augmente en passant d'un statut professionnel à un autre, influence négativement les compétences empathiques chez nos professeurs.

c. Type de spécialité :

Nos résultats objectivent une association significative entre l'empathie par sa dimension « Prise de perspective » et le type de spécialité de nos professeurs. Ainsi, nous observons que les professeurs des spécialités médicales ont eu des scores « Jefferson total » et « Prise de perspective » plus importants que les professeurs des spécialités chirurgicales.

Ces données sont cohérentes avec l'étude de Hojat [47], qui a démontré que les praticiens dont la spécialité était orientée vers la personne (Médecine) avaient des scores significativement plus élevés que ceux dont les spécialités étaient plus techniques (Chirurgie). Ceci peut être expliqué par une tendance naturelle des praticiens de spécialité médicale à se préoccuper davantage des autres et de ce qu'ils ressentent et d'essayer de comprendre leurs patients (dimension « Prise de perspective »).

d. Résidence parentale :

Notre étude objective une association significative entre l'empathie par sa dimension « Compréhension émotionnel » et la résidence parentale de nos professeurs. Ainsi nous observons que les professeurs qui vivaient le plus proches de la résidence parentale, avez des scores « Jefferson total » et « Compréhension émotionne » largement supérieur aux autres. Ceci peut être expliqué par le faite que le confort psychique qu'offre une telle situation permet de développer les dimensions d'empathie chez les professeurs.

Cependant aucune étude en littérature n'a étudié la relation associative entre la résidence parentale et l'empathie.

e. Antécédent familial de maladie chronique :

Notre étude montre une association significative entre l'empathie par sa dimension «Prise de perspective» et l'antécédent familial de maladie chronique de nos professeurs. Ainsi les professeurs avec un antécédent familial de maladie chronique étaient plus empathiques que ceux sans antécédent.

Une tentative d'explication nous mène à des études française [64, 65] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie des professionnel de santé et la présence d'une personne à pathologie chronique dans la famille. Ces études rejoint nos résultats et expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu du praticien, ce qui permet aux gens vivant avec une personne à maladie chronique de développer une meilleur compréhension de ces patients (la dimension « Prise de perspective »).

f. Maladie chronique personnelle :

Nos résultats objectivent une association significative entre l'empathie par sa dimension « Se mettre à la place du patient » et la maladie chronique personnelle de nos professeurs. Ainsi les professeurs avec une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques que ceux qui n'avaient pas de pathologie chronique.

Ces résultats nous mène à des études faite en France [71, 75] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie et le faite d'avoir une maladie chronique. Ces études rejoint nos résultats et expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux gens souffrant d'une pathologie chronique de vivre la même expérience que les patients et donc de développer une meilleurs capacité à se mettre à la place des patients (dimension « Se mettre à la place du patient »).

g. Maladie psychiatrique personnelle :

Notre étude montre une association significative entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie par le biais de ces deux dimensions « Compréhension émotionnelle » et « Se mettre à la place du patient ».

Les professeurs avec une maladie psychiatrique personnelle étaient plus empathiques que ceux sans pathologie psychiatrique. Une tentative d'explication fait appel à une étude Japonaise [53] qui à comparer entre l'empathie des patients consultant en psychiatrie et les autres malades. Cette étude rejoins nos résultats et met en évidence que l'empathie des malades consultant en psychiatre étaient plus importante que celles des autres malades. Et explique ces résultats par la vulnérabilité émotionnelle de certains patients en psychiatrique ce qui augmente chez eux la taille interne et externe des récepteurs des stimulus émotionnelles.

3.2. Absence d'association :

Chez les professeurs, nos résultats mettent en évidence l'absence d'association entre l'empathie et ces différents facteurs notamment :

- ✓ Genre
- ✓ Statut marital

- ✓ Nombre d'enfant
- ✓ Nombre de garde
- ✓ Souhait de faire médecine
- ✓ Transport

a. Genre :

Au cours de notre étude on n'a pas trouvé d'association significative entre le genre de nos professeurs et l'empathie. Ces résultats rejoignent une étude française [49] qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et genre.

Par contre l'étude de ce facteur était faite de l'hypothèse que les femmes sont plus empathiques que les hommes. Cette hypothèse était étudiée par Hojat [47], et était expliqué par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres.

b. Statut marital :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le statut marital et l'empathie de nos professeurs. Ces résultats rejoignent ceux de Carmel [43] chez qui l'empathie n'était pas associée au statut marital.

L'étude de ce facteur était basée sur l'hypothèse que la vie en couple pourrait valoriser l'empathie chez nos professeurs. Et que la stabilité émotionnelle pouvait valoriser les dimensions de l'empathie chez eux.

c. Nombre d'enfant :

Dans notre étude on n'a pas trouvé d'association significative entre le nombre d'enfants et l'empathie de nos médecins. Ces résultats rejoignent la littérature, notamment une étude faite en 2018 [49], qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et le nombre d'enfants.

L'étude de ce facteur était faite de l'hypothèse qu'avoir des enfants peut être vécu comme un stress supplémentaire et donc être responsable d'une diminution de la capacité d'écoute de l'autre.

Ce qui engagera une dévalorisation des dimensions d'empathie.

d. Nombre de garde :

On n'a pas trouvé d'association significative entre le nombre de garde et l'empathie de nos professeurs.

Par contre l'étude de ce facteur était faite de l'hypothèse que les professeurs avec un nombre de garde plus important seraient moins empathiques que les autres. Ceci rejoint des études faites en France [48, 62, 63] qui objectivent que les praticiens avec un nombre de garde plus élevés étaient moins empathiques. Une explication serait que la charge du travail engagé par un nombre de garde élevé influence les capacités empathiques des praticiens et donc diminue l'empathie chez eux.

e. Souhait de faire médecine :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le souhait de faire médecine et l'empathie de nos professeurs. Cependant dans la littérature on n'a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

L'étude de ce facteur partait de l'hypothèse que le souhait de faire médecine aurait une conséquence positive sur l'empathie des professeurs. Et que cela contribuera au développement des dimensions de l'empathie chez nos professeurs.

f. Transport :

Notre étude ne permet pas d'associer le transport à l'empathie de nos professeurs. Cependant aucune étude en littérature n'a étudié ce facteur dans sa relation avec l'empathie.

L'étude de ce facteur dans notre travail partait de l'hypothèse que les professeurs avec un temps nécessaire pour arriver à l'hôpital plus court seraient plus empathiques. Et que ce confort permettra le développement des dimensions de l'empathie chez nos professeurs.

3.3. L'évolution de l'empathie de nos professeurs :

Notre étude objective une évolution décroissante de l'empathie de nos professeurs. Ceci se voit par une décroissance des moyennes des scores « Jefferson total » et les trois autres dimensions de l'empathie, en passant d'un statut professionnel de professeur assistant à celui d'agrégé et enfin à celui d'enseignement supérieur. (Figure 90)

Une tentative d'explication était que les professeurs perdent leurs capacités empathiques par l'accumulation de la charge du travail au fur et à mesure des années d'exercices.

Cependant en littérature aucun travail n'a étudié l'évolution de l'empathie des professeurs de médecine.

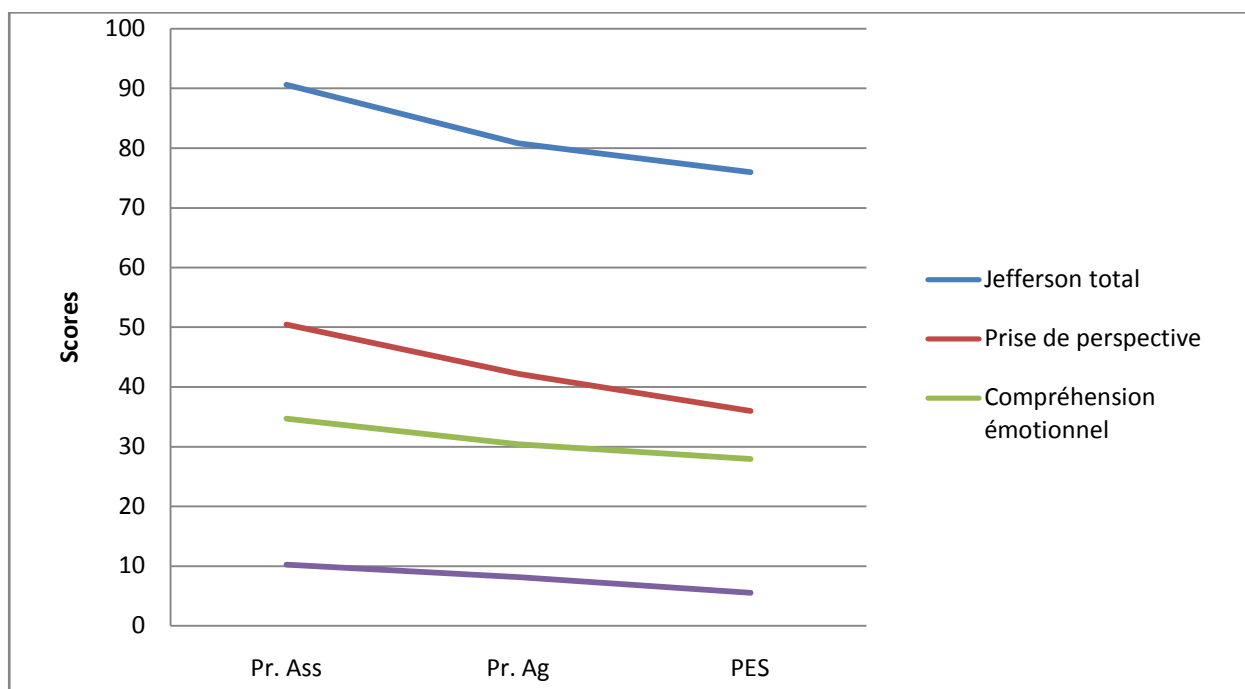


Figure 90 : L'évolution des scores de l'empathie chez les professeurs.

*SUGGESTION ET
RECOMMANDATION*

I. Intérêt de l'empathie pour le patient :

L'empathie est petit à petit devenue une compétence validée de la pratique médicale moderne. En psychothérapie, l'empathie est depuis longtemps considérée comme un des éléments nécessaires à une relation curative.

Le patient est plus satisfait de sa consultation et de sa relation avec son médecin s'il ressent l'empathie de celui-ci. Mais de nombreuses études ont été effectuées sur l'apport concret de l'empathie pour les patients. Il a été démontré que cela favorisait leur compliance et leur adhésion au traitement. Cette relation de confiance joue aussi sur l'état de santé perçu. Le patient est moins anxieux, souffre moins.

L'empathie du médecin a aussi été reliée à une diminution du nombre de jours d'arrêt de travail. L'empathie est donc un moyen pour les médecins de prendre en charge leurs patients de manière globale et efficace, une compétence nouvelle, indispensable à ajouter à leurs compétences techniques. Mais quel est l'apport de l'empathie pour les médecins ?

II. Apport de l'empathie pour le médecin :

De manière générale, la médecine est basée sur deux aspects : scientifique et humain.

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié du patient qui accorde une grande importance à son empathie. La relation médecin-malade devient donc une alliance dont l'empathie est le moyen de récolte des bienfaits de cette relation.

Des études ont prouvé qu'une prise en charge empathique par le médecin améliorerait sa pratique, non seulement selon le point de vue du patient, mais aussi du praticien. Malgré cette importance objective de l'empathie, elle n'est encore que peu mise en valeur au cours des études médicales.

Mais pour pouvoir appliquer l'empathie, il faut avoir quelques notions de son importance, et ainsi promouvoir l'empathie au cours des études médicales, afin de permettre aux étudiants une réflexion critique sur les liens entre l'empathie, le raisonnement médical et la prise de décisions éthiques et justes. C'est pourquoi on se pose la question suivante : Peut-on enseigner l'empathie ?

III. Peut-on enseigner l'empathie ?

Selon certains auteurs, l'empathie ne peut être enseignée, juste favorisée. L'empathie affective peut être développée en mettant l'accent sur les ressentis des étudiants auprès des patients, en leur laissant de l'espace pour s'exprimer, en valorisant une vision humaniste des soins, en leur apprenant l'écoute, le respect, la tolérance et en diminuant leur anxiété.

D'autres auteurs recherchent des manières pratiques de l'enseigner en se fondant sur la composante cognitive de l'empathie. Cela passe souvent par des cours de communication orientés vers la reconnaissance des émotions de l'autre et de soi-même, et l'apprentissage de techniques pour y faire face par des jeux de rôle, simulation de l'échange avec le patient , littérature , théâtre ou écriture d'un récit du point de vue du patient , discussion de groupe autour d'expérience auprès de patients, cours d'empathie, de spiritualité et de bien-être.

Donc nous avons vu la place importante que tient l'empathie dans la relation médecin-malade, en termes d'efficacité de soins, de satisfaction du patient et d'accomplissement du praticien. C'est pourquoi elle fait partie des compétences que les étudiants en médecine ou les médecins en formation doivent acquérir. Mais leurs conditions de vie, le stress, le manque de sommeil, le manque de soutien de leurs supérieurs, peuvent aussi favoriser un déclin de l'empathie.

Quel médecin n'a jamais entendu dire de la part de ses patients ou de son entourage : « la médecine est une vocation ».

Le terme «vocation» concerne en général une « mission particulière », « un engagement », le patient attend de son médecin : une grande attention, une attitude d'écoute, de la disponibilité, de l'intérêt porté à autrui et la volonté de se mettre à son service, d'améliorer sa vie, son quotidien.

L'empathie serait donc, dans la population générale, l'une des premières qualités requises pour être un bon médecin.

En France, le programme de l'ECN comprend pour premier item : «La relation médecin-malade, l'annonce d'une maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique, la personnalisation de la prise en charge médicale».

L'aspect relationnel est donc mis au premier plan.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
- Élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, de ses croyances.

Un nouveau programme a été élaboré en 2016 pour l'ECN, où l'on retrouve encore cette notion d'empathie et l'importance de la relation médecin-malade :

item 1 : «La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale, ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale».

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec

d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.

- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage): éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins.

Le terme empathie apparaît dans ces deux programmes indiquant bien la prise de conscience du rôle majeur de l'empathie dans la pratique du médecin.

IV. Le bien être du praticien :

Au sein du CHU, le bien-être du praticien est une grande catégorie dans laquelle de nombreux déterminants sont retrouvés comme facteurs positifs d'empathie (praticien non stressé, qui a le temps, qui n'a pas de soucis personnels, qui n'est pas d'humeur triste, qui n'est pas en burn-out, avec un environnement de travail optimal, avec le respect de ses besoins neurophysiologiques comme la faim ou le sommeil).

Il est également important d'essayer d'aménager un environnement de travail propice au développement de l'empathie. Ainsi, plus de temps avec les patients, un rythme de travail respectant leurs besoins neurophysiologiques et moins fatigant, une ambiance de travail sereine, une organisation optimale du service pourrait contribuer à augmenter l'empathie.

Aussi le praticien dans sa pratique concrète de son métier, confronte ses croyances à la réalité. Cela l'expose au dilemme entre le risque d'être trop empathique d'une part et le risque de manquer d'empathie d'autre part.

V. De la psychothérapie du médecin :

Une étude sur l'empathie [49] a montré une association significative entre empathie cognitive et suivre ou avoir suivi une psychothérapie. Ce résultat amène de nombreuses remarques et réflexions. L'association est retrouvée avec la dimension d'empathie cognitive et non les autres dimensions. Ce lien entre empathie cognitive et psychothérapie conforte l'hypothèse que la psychothérapie est un travail et une réflexion sur soi. Elle améliore donc de manière consciente notre relation à l'autre. Nous pouvons conclure ici sur la relation de causalité entre l'empathie et la psychothérapie. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'avoir suivi ou suivre une psychothérapie est un moyen de se sensibiliser ou d'améliorer son écoute et donc son empathie.

De plus, le désir d'améliorer son empathie, ou la prise de conscience que certains éléments personnels parasitent la qualité de l'empathie, peuvent faire partie des motivations de la décision de s'adresser à un psychothérapeute mais il nous semble que cela ne peut être qu'un facteur secondaire pour une démarche qui demande autant d'implication. Nous pouvons alors supposer que la psychothérapie du médecin peut être une « formation » plutôt « secondaire », adaptée à la relation médecin-malade et à l'empathie. Elle permet peut être au médecin de mieux appréhender cette distance avec le malade et améliore ainsi tant la relation que le phénomène empathique qui s'y joue.

VI. Projet d'un médecin empathique :

On peut suggérer une utilisation du concept d'empathie pour développer les compétences relationnelles des médecins de façon harmonieuse et globale. En stage, le suivi par une supervision directe et à l'aide d'une fiche, permettrait de prendre en compte le rythme de développement de chaque externe et interne. Les définitions de l'empathie sont insuffisantes pour développer le savoir être des médecins et des professeurs car elles sont trop complexes et trop éloignées de la pratique. Il faut utiliser une approche innovante, au lieu de théoriser sur ce qu'est l'empathie. Une nouvelle définition dite clinique peut être utile pour atteindre l'objectif :

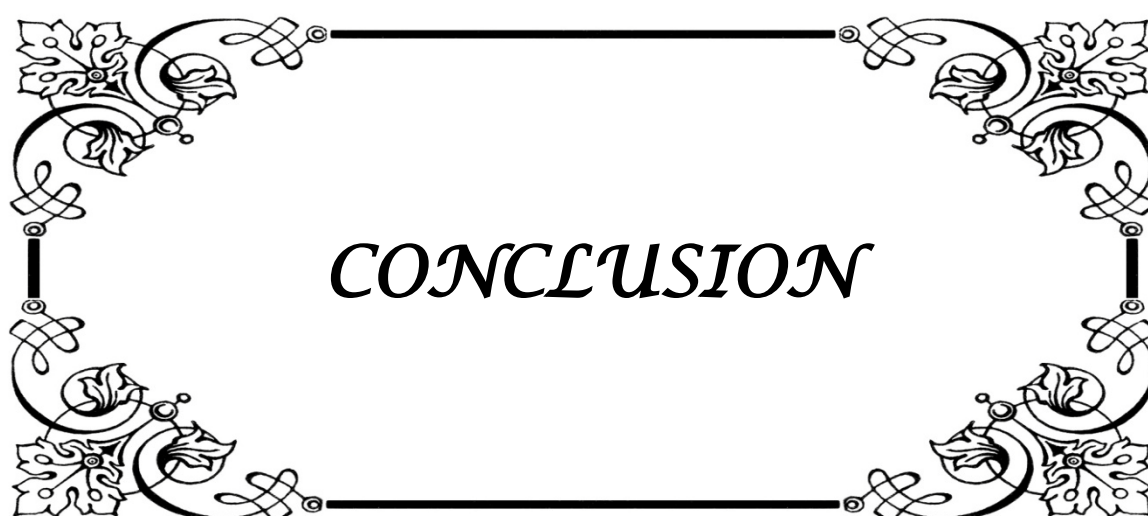
« L'empathie clinique est l'association dans la relation thérapeutique de la compréhension non biaisée, intellectuelle et affective du vécu d'autrui, de la sollicitude, implication affective chaleureuse et adaptée et de l'émotivité suffisamment régulée. »

Afin d'augmenter l'empathie des étudiants et des médecins. Il conviendrait de trouver des moyens de réduire leur stress. Il serait pertinent également de favoriser la rencontre avec des modèles positifs sur le plan relationnel et de manière générale de développer la formation. Pour ce faire, sensibiliser les maîtres de stages constituerait une première approche et dans ce cadre.

Ainsi, On peut proposer un auto-suivi de l'empathie. Tester et évaluer les autres modes de formations dont les jeux de rôles, les cours théoriques et les patients simulés semblent aussi nécessaire. Par tous ces moyens, la formation des étudiants et des médecins pourrait améliorer leur empathie, leurs compétences relationnelles, la qualité des soins et aussi l'état de santé des patients.

Nous pouvons observer qu'il est difficile de conclure sur l'efficacité d'une technique permettant de promouvoir l'empathie. D'autant plus que ces techniques peuvent présenter une variabilité d'efficacité selon les modes d'études et selon les cultures de chaque pays.

Retenons ainsi que l'empathie, bien qu'indispensable, n'est qu'un outil et qu'il existe bien d'autres aspects nécessaires au médecin. S'il semble que l'empathie puisse être perfectionnée par l'apprentissage. D'autres études sont nécessaires afin de mettre en avant une technique ou une association de technique qui soient adaptées et efficaces.



CONCLUSION

L'empathie, ou l'aptitude à comprendre les expériences et le point de vue de l'autre, et à lui communiquer cette compréhension, est la base d'une relation médecin-malade efficace. Elle a fait l'objet au cours du XXIème siècle de nombreux articles qui ont démontré ses multiples portées à la fois pour le patient, mais aussi pour le médecin.

L'empathie renforce la confiance du patient en son médecin ce qui favorise l'observance, d'où une amélioration de sa prise en charge, qui se traduit par de meilleurs résultats cliniques et biologiques.

Son importance reconnue, l'intègre comme une compétence nécessaire dans le programme de la formation médicale, en France comme ailleurs. Malgré cela, de nombreux articles ont montré une tendance au déclin de l'empathie au cours de la formation médicale. Les auteurs expliquent cette baisse par une identification avec un modèle froid et non compatissant, une plus grande implication dans la technologie que vis-à-vis des patients et le développement d'un sentiment d'élitisme. Par ailleurs, les stages hospitaliers ne favorisent pas une « intimité » avec les patients, étant donné le caractère transitoire du contact avec le malade et la multiplicité des acteurs de soins pour celui-ci. Par exemple, quoi de moins empathique que la visite professorale au lit du patient ?

Ce travail visait à mesurer l'empathie clinique chez les étudiants en médecine, chez les médecins internes et résidents et les professeurs du CHU Mohammed VI de Marrakech, tant en terme sociodémographique que de pratique et de formation.

Une des limites de notre travail est notre outil de mesure : nous avons vu que la mesure de l'empathie est difficile et incertaine. Malgré les phénomènes de désirabilité sociale et professionnelle, notre outil a été considéré comme une mesure s'approchant de l'empathie clinique des praticiens.

Nous avons pu mettre en évidence chez les étudiants que le sexe féminin était plus empathique que le sexe masculin, de même les étudiants ayant une bourse ou aide pour payer leurs études étaient de plus empathiques. Ainsi on a trouvé que les étudiants avec un antécédent familial de maladie chronique, ou une maladie chronique ou psychiatrique personnelle étaient

plus empathiques que les autres. Et que l'âge et le niveau d'étude qui augmentaient réduisaient l'empathie des étudiants ce qui nous a permis de conclure que l'évolution de l'empathie chez les étudiants était décroissante.

Chez les médecins internes et résidents notre étude a pu mettre en évidence que le statut marital affectait l'empathie car les médecins mariés étaient plus empathiques que leurs confrères et consœurs célibataires et divorcés. En plus les médecins issus des services de médecine avaient une plus grande empathie que ceux issus des services de chirurgie. Aussi les médecins avec un nombre de garde plus élevés étaient moins empathiques que les autres. On a trouvé aussi que les médecins avec un antécédent familial de maladie chronique ou une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques. Enfin on a constaté que plus l'âge augmente l'empathie diminue, de même le statut professionnel a également objectivé une association significative et que les résidents sont moins empathiques que les internes. Cela nous a permis de conclure que l'évolution de l'empathie chez les médecins – comme le cas des étudiants – était décroissante.

Pour les professeurs, on a pu mettre en évidence une association entre l'empathie et la résidence parentale et que les professeurs qui habitaient les plus proches des résidences parentales étaient plus empathiques. Ainsi et comme nous l'avons vu pour les médecins, les professeurs issus des spécialités de médecine étaient empathiques que ceux des spécialités chirurgicales. De plus ceux qui avaient un antécédent familial de maladie chronique, ou une maladie chronique ou psychiatrique personnelle étaient d'une plus grande empathie. Enfin on a constaté que l'âge et le statut professionnel des professeurs étaient associés à l'empathie du fait que celle-ci diminue en augmentant d'âge ou en passant d'un statut professionnel à un autre plus haut. Ce qui nous a permis de conclure aussi que l'évolution de l'empathie – comme le cas pour le groupe des étudiants et des médecins – était décroissante.

D'autres facteurs étaient évalués pour les trois groupes (les étudiants, les médecins et les professeurs) dans ce sens afin d'étudier leurs répercussions sur l'empathie mais n'avaient pas d'associations significatives.

Notre travail a permis de mettre en avant le lien entre empathie et le bien-être. Nous avons apporté plusieurs éléments robustes montrant que le bien-être du praticien lui permet une meilleure communication mais également une meilleure écoute et une meilleure empathie. Nous avons trouvé dans la littérature que certains établissaient un lien entre bien-être et résilience.

Se pose donc la question de son enseignement. L'empathie peut-elle être enseignée? Ou seulement favorisée ? De nombreuses pistes ont été étudiées, d'ateliers sur les compétences de communication, à des cours de théâtre ou de littérature. Certaines ont montré leur efficacité, mais reste le problème de leur mise en pratique au sein d'une formation médicale, longues et denses, mais « Si un mauvais comportement peut être contagieux, alors peut-être l'empathie et la compassion peuvent l'être aussi » et « La santé médicalisée détériore notre capacité à la fois culturelle et individuelle à accepter et à répondre à la douleur et la souffrance. ».

Une des pistes proposée pour améliorer l'empathie par le biais du bien être est d'ailleurs l'apprentissage de la résilience. Les programmes d'enseignement de résilience, de la même manière que les autres programmes de formation tentant d'avoir un impact sur l'empathie (simulation, mise en scène, groupes de parole), demandent certainement un investissement en termes d'organisation et de structure.



Résumé

L'empathie est une qualité nécessaire à toute personne dans ses relations sociales et familiales, mais devient plus importante quand elle couvre la relation médecin-malade et c'est aussi une compétence que les étudiants en médecine et les praticiens doivent maîtriser. Notre objectif était de mesurer l'empathie chez les étudiants, les médecins internes et résidents et les professeurs à travers l'échelle de Jefferson. Et mettre en évidence les facteurs influençant l'empathie et son évolution chez les trois groupes étudiés. Avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie.

Pour la réalisation de notre travail, nous avons demandé à des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année médecine, aux médecins internes et résidents et aux professeurs du CHU Mohammed VI de Marrakech de remplir un questionnaire anonyme fait de deux parties :

- Des informations personnelles et sociodémographiques.
- L'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie dans son adaptation française, mesurant l'empathie clinique en 3 composantes (affective, cognitive et comportementale).

Nous avons distribué 800 questionnaires et on a retenu 787 questionnaires exploitables.

Les étudiants ont rempli 433 questionnaires dont 59% étaient des étudiantes. Ces étudiants avaient un âge moyen de 22 ans et une moyenne du score « Jefferson total » de 88,69. Nous avons retrouvé que l'empathie des étudiants était associée au genre et que les filles étaient plus empathiques que les garçons. On a trouvé aussi une association avec l'empathie et le financement des études et que les étudiants avec une bourse ou aide étaient d'une plus grande empathie. Cette empathie était associée aussi à l'antécédent familial de maladie chronique, à la maladie chronique ou psychiatrique personnelle et que la présence de l'un de ces facteurs rend les étudiants plus empathique. Ainsi nous avons trouvé que plus l'âge et le niveau d'étude des étudiants augmentaient, l'empathie diminuait. Ceci nous a permis de dire que l'évolution de l'empathie chez les étudiants était décroissante.

Nous avons obtenu aussi 300 questionnaires des médecins internes et résidents dont 72% étaient des résidents et 28% des internes. 62% des médecins étaient issus des services de médecine et 38% des services de chirurgie. Nos médecins avaient une moyenne du score « Jefferson total » de 84,98. Nous avons retrouvé que l'empathie des médecins était associée au statut marital et que les médecins mariés sont plus empathiques que les célibataires et les divorcés, au type de service ou de spécialité et que les médecins issus des services de médecine étaient d'une plus grande empathie, au nombre de garde durant les deux derniers mois et que l'empathie diminue avec l'augmentation du nombre de garde. Ainsi nous avons objectivé que les médecins qui avaient un antécédent familial de maladie chronique ou une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques que les autres. Enfin on a trouvé aussi une association avec l'âge et le statut professionnel et que si l'âge augmente ou si les médecins passaient du statut d'interne à celui de résident, l'empathie diminuait. Ce qui nous a permis de conclure que l'évolution de l'empathie des médecins était aussi décroissante.

Les professeurs ont rempli 54 questionnaires dont 33% étaient des professeurs assistants, 43% agrégés et 24% d'enseignement supérieur. Les professeurs issus des spécialités de médecine constituaient 61%, pour 39% issus des spécialités de chirurgie. Et avaient une moyenne du score « Jefferson total » de 82,88. Nous avons trouvé que l'empathie des professeurs était associée au type de spécialité et que les professeurs de médecine étaient plus empathique, la résidence parentale et que les professeurs qui habitaient plus proches des résidences parentaux avaient une plus grande empathie que les autres. Cette empathie était associée aussi à l'antécédent familial de maladie chronique, à la maladie chronique ou psychiatrique personnelle et que la présence de l'un de ces facteurs rend les professeurs plus empathique. Ainsi nous avons observé que plus l'âge ou le statut professionnel des professeurs augmentaient, l'empathie diminuait. Ceci nous a permis de conclure que l'évolution de l'empathie des professeurs était à son tour décroissante.

En conclusion, nous discutons la nature de l'empathie, est-elle une capacité innée ou acquise ? Est ce qu'on peut l'améliorer par des mesures de psychothérapie ? Et est ce qu'on peut l'enseigner ?

Abstract

Empathy is a necessary quality for everyone in their social and family relationships, but becomes more important when it covers the doctor–patient relationship and it is also a skill that medical students and practitioners must master. Our goal was to measure empathy among students, internal and resident physicians and faculty across the Jefferson scale. And highlight the factors influencing empathy and its evolution in the three groups studied. With the ambition to bring elements for an improvement of empathy.

For the realization of our work, we asked students from the 3rd to the 6th medical year, internal and resident doctors and professors of the Mohammed VI CHU of Marrakech to fill an anonymous questionnaire made of two parts:

- Personal and socio–demographic information.
- The Jefferson scale of empathy attitudes in his French adaptation, measuring clinical empathy in 3 components (affective, cognitive and behavioral).

We distributed 800 questionnaires and we retained 787 usable questionnaires.

Students completed 433 questionnaires, 59% of which were students. These students had an average age of 22 and an average of the “total Jefferson” score of 88.69. We found that the empathy of the students was associated with gender and that the girls were more empathetic than the boys, in the financing of studies and that the students with a scholarship or help were of greater empathy. This empathy was also associated with a family history of chronic illness, chronic illness or personal psychiatric illness, and the presence of one of these factors makes students more empathetic. So we found that as the age and level of education of the students increased, the empathy decreased. This allowed us to say that the evolution of empathy among students was decreasing.

We also obtained 300 questionnaires from internal physicians and residents, of which 72% were residents and 28% were internal residents. 62% of the doctors came from the medical services and 38% from the surgical services. And had an average of the "total Jefferson" score of 84.98. We found that the empathy of doctors was associated with marital status and that married doctors were more empathic than single and divorced people, in the type of service or specialty, and that doctors from medical services were more great empathy, with the number of guard during the last two months and that empathy decreases with the increase in the number of guard. So we objectified that doctors who had a family history of chronic illness or a chronic personal illness were more empathetic than the others. Finally, we also found an association with age and professional status and that if the age increased or if the doctors went from internal to resident status, empathy diminished. This led us to conclude that the evolution of the empathy of doctors was also decreasing.

Professors completed 54 questionnaires, 33% of which were assistant professors, 43% associate and 24% higher education. Professors from medical specialties made up 61%, compared to 39% from surgical specialties. And had an average "total Jefferson" score of 82.88. We found that the empathy of the teachers was associated with the type of specialty and that the professors of medicine were more empathetic, the parental residence and that the professors who lived closer to the parental residences had a greater empathy than the others. This empathy was also associated with a family history of chronic illness, chronic illness or personal psychiatric illness, and that the presence of any of these factors makes teachers more empathetic. So we observed that as the age or professional status of teachers increased, empathy decreased. This allowed us to conclude that the evolution of the empathy of teachers was in turn decreasing.

In conclusion, we discuss the nature of empathy, is it an innate or acquired ability? Can it be improved by psychotherapy measures? And can we teach it?

ملخص

يعتبر التعاطف ضروريًا للجميع في علاقاتهم الاجتماعية والعائلية، لكنه يصبح أكثر أهمية عندما يغطي العلاقة بين الطبيب والمريض، كما أنه مهارة يجب على طلاب الطب والممارسين لمهنته إتقانها. كان هدفنا من هذه الدراسة هو قياس تعاطف الطلاب والأطباء الداخليين والمقيمين و الأساتذة عبر مقياس جيفرسون. بهدف الكشف عن العوامل المؤثرة في التعاطف وتطوره في المجموعات الثلاث التي شملتها الدراسة. مع الطموح بجلب عناصر جديد كفيلة بتجويده.

لإنجاز بحثنا هذا، طلبنا من طلاب السنة الثالثة إلى السادسة شعبة الطب، من الأطباء الداخليين والمقيمين و من الأساتذة العاملين بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، ملئ إستبيان مجهول الهوية يتكون من جزأين: -الأول يتعلق بالمعلومات الشخصية والاجتماعية والديموغرافية. -الثاني هو مقياس جيفرسون لمواقف التعاطف في تكيفه الفرنسي ، وقياس التعاطف السريري في 3 مكونات (العاطفية والمعرفية والسلوكية).

قمنا بتوزيع 800 إستبيان واحتفظنا ب 787 إستبيان قابل للتحليل. ملئ الطلاب 433 إستبيان ، 59 ٪ منهم كانوا من الطالبات. وكان متوسط عمر هؤلاء الطلاب 22 سنة ومتوسط درجة "مجموع جيفرسون" 88,69 . وقد وجدنا أن تعاطف الطلاب مرتبط بمجموعة من العوامل، منها الجنس، فالإناث كانوا أكثر تعاطفا من الذكور. و كذلك كيفية تمويل الدراسة، فالطلاب الحاصلين على منحة دراسية أو مساعدة كانوا أكثر تعاطفا من غيرهم. إرتبط هذا التعاطف أيضاً بوجود قريب مصاب بمرض مزمن أو إصابة الطالب نفسه بمرض مزمن أو نفسي مما ينتج عنه تعاطف أكبر. كذلك وجدنا أنه مع التقدم في السن و المستوى الدراسي ينخفض مستوى تعاطف الطلاب. مما سمح لنا بإستنتاج أن تطور التعاطف بين الطلاب في تناقص.

حصلنا أيضاً على 300 إستبيان من الأطباء الداخليين والمقيمين، 72٪ منهم كانوا مقيمين و 28٪ داخليين. كما أن 62٪ من هؤلاء الأطباء كانوا من تخصصات طبية و 38٪ من تخصصات جراحية. وكان متوسط درجة "مجموع جيفرسون" 84,98. وقد وجدنا أن تعاطف الأطباء مرتبط بمجموعة من العوامل منها، الحالة العائلية، فالأطباء المتزوجون كانوا أكثر تعاطفاً من غيرهم. كذلك نجد ارتباط بين التعاطف و نوع التخصص. فالأطباء الآتين من تخصصات طبية كانوا أكثر تعاطفاً. على غرار الحالة العائلية و نوع التخصص، نجد ارتباط بين التعاطف و عدد الحرسات خلال الشهرين الماضيين، إذ أن التعاطف يتناقص مع ارتفاع عدد الحرسات. كذلك نجد ترابط بين التعاطف و وجود قريب مصاب بمرض مزمن أو إصابة الطبيب نفسه بمرض مزمن مما ينتج عنه تعاطف أكبر. وجدنا أيضاً ارتباطاً بين التعاطف و السن من جهة و الدرجة المهنية من جهة أخرى، إذ أنه كلما تقدم السن أو مر الطبيب من درجة داخلي إلى مقيم، فإن التعاطف يتضاءل. هذا قادنا إلى إستنتاج أن تطور تعاطف الأطباء –على غرار الطلبة– في التناقص.

ملئ الأساتذة 54 إستبياناً، 33٪ منهم كانوا أساتذة مساعدين و 43٪ مبرزين و 24٪ تعليم عالي. شكل الأساتذة من التخصصات الطبية 61٪، فحين التخصصات الجراحية شكلت 39٪. وكان متوسط درجة "جيفرسون" 82,88. وقد وجدنا أن تعاطف الأساتذة مرتبط بمجموعة من العوامل منها، نوع التخصص. فالأساتذة من التخصصات الطبية كانوا أكثر تعاطفاً من غيرهم. كذلك نجد ترابط بين التعاطف ومقر إقامة الوالدين، فالأساتذة الذين عاشوا بالقرب من مساكن الوالدين لديهم تعاطف أكبر من الآخرين. على غرار نوع التخصص و مقر إقامة الوالدين وجدنا أيضاً ترابط بين التعاطف و وجود قريب مصاب بمرض مزمن أو إصابة الأستاذ نفسه بمرض مزمن أو نفسي مما ينتج عنه تعاطف أكبر. كذلك لاحظنا أنه مع التقدم في السن أو الدرجة المهنية، ينخفض مستوى التعاطف. هذا سمح لنا أن نستنتج أن تطور تعاطف الأساتذة – على غرار الطلبة والأطباء الداخليين و المقيمين – في تناقص.

في الختام، نناقش طبيعة التعاطف، هل هي قدرة فطرية أم مكتسبة؟ هل يمكن تحسينه بواسطة تدابير العلاج النفسي؟ وهل يمكننا تلقينه؟



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Chers étudiants / Chers médecins et Professeurs :

- Étymologiquement, « empathie » provient du terme allemand *Einführung* (littéralement « ressenti de l'intérieur »), qui fait référence à la projection d'une personne dans la situation de l'autre. Depuis lors, cette définition a évolué grâce aux travaux effectués dans différents champs de recherche tels que la philosophie, la psychologie et les neurosciences.
- Dans le cadre des initiatives menées au service de psychiatrie du CHU Mohamed VI de Marrakech, nous menons une étude sur l'empathie chez les étudiants, les médecins et les professeurs à travers l'échelle de Jefferson.
- Nous vous rappelons que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs de l'empathies de nos étudiants, nos médecins et nos professeurs.

Merci beaucoup pour votre participation.

I. Première partie:

Question 1 : Age : ans

Question 2 : Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin

Question 3 : Statut marital :
Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ veuve/ Veuf

Si vous avez des enfants, nombre d'enfants :

Question 4 : (Pour les étudiants)

Niveau d'étude : ☐ 3^{ème} année ☐ 4^{ème} année ☐ 5^{ème} année ☐ 6^{ème} année

Question 5 : (Pour les Médecins et Professeurs)

Statut Professionnel :

Médecin Interne ☐

Type du Service actuel du médecin interne : ☐ Médecine ☐ Chirurgie

Médecin Résident Spécialité du résident : ☐ Médecine ☐ Chirurgie

Type de contrat du résident : ☐ Bénévolat ☐ Contractuel

Professeur assistant ☐

Professeur agrégé ☐

Professeur de l'enseignement supérieur ☐

Spécialité du Professeur : Médecine ☐ Chirurgie ☐

Nombre de garde par mois (durant les 2 derniers mois) :

Question 6 : (Pour les étudiants)

Moyens de paiement de vos études :

☐ Seulement la famille ☐ Aide ou bourse ☐ Travail et étude

Question 7 : Est-ce que vous avez souhaité faire médecine? ☐ Oui ☐ Non

Question 8 : (Pour les étudiants)

Logement actuel : ☐ Cité universitaire ☐ Maison de famille ☐ Loyer collectif
☐ Loyer individuelle

Question 9 : Transport : Temps nécessaire en minutes pour arriver à hôpital :

☐ 0 à 10min ☐ 10 à 30min ☐ plus de 30min

Question 10 : Nombre de KM entre votre logement actuel et la résidence parentale :

☐ 0 à 10 km ☐ 10 à 100 km ☐ 100 à 400 km ☐ plus de 400 Km

Question 11 : Est-ce quelqu'un de votre famille ou de votre entourage à une maladie chronique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel type ? :

Question 12 : Avez-vous une maladie chronique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel type ? :

Question 13 : Avez-vous une maladie psychiatrique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel type ? :

II. Deuxième partie : «Echelle d'empathie de Jefferson»

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations.

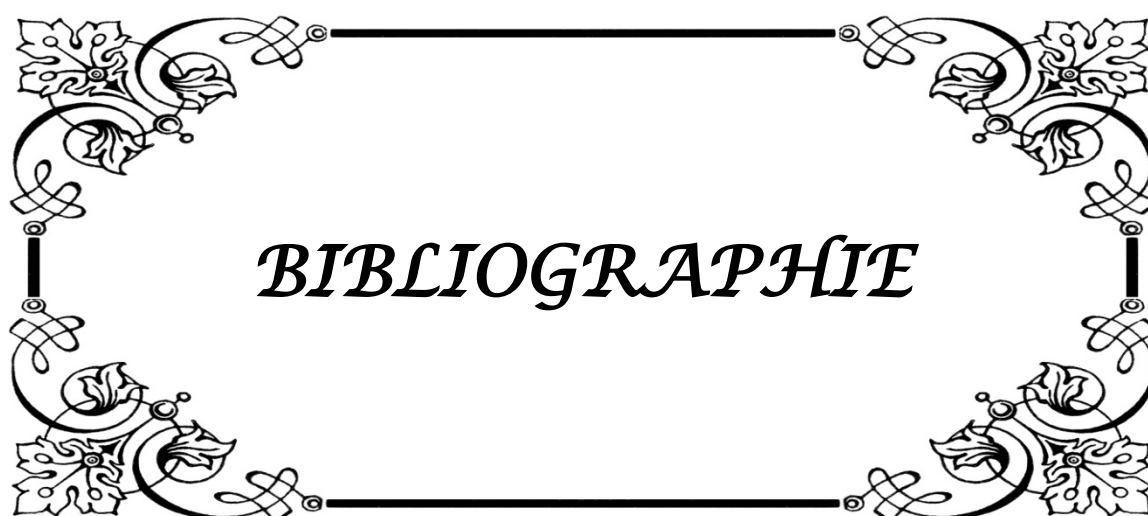
Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle suivante.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du médecin	Pas du tout (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Tout à fait (7)
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical							
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.							
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.							
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.							
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.							
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.							
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.							
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.							
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.							
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.							
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.							
12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.							

13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.							
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.							
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.							
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.							
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.							
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.							
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.							
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.							

Merci pour votre précieuse collaboration



BIBLIOGRAPHIE

1. **Balint M.**
Le médecin, son malade et la maladie.
Paris: Editions Payot & Rivages; 1996.
2. **Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ.**
A systematic review of tests of empathy in medicine. B
MC Medical Education. 2007;7(1):24.
3. **Lipps T.**
Zur einföhlung. W. Engelmann; 1912.
4. **Hogan R.**
Development of an empathy scale.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969;33(3):307–16.
5. **Mehrabian A, Epstein N.**
A measure of emotional empathy.
Journal of Personality. 1972 déc;40(4):525–43.
6. **Thomassin–Havet V, Le Gall D.**
Théorie de l'esprit et lobe frontal : Contributions de la neuropsychologie clinique, 2007.
7. **Decety J.**
L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales.
Neuropsychiatrie: Tendances et Débats. 2004;(23).
8. **Jean Decety**
L'empathie, une spécificité humaine ?
Le Monde.fr [Internet]. [cité 2012]
Available de:
http://www.lemonde.fr/savoirs-etconnaissances/article/2003/08/28/jeandecety-l-empathie-une-specificitehumaine_331910_3328.html
9. **Marin E.**
Enseigner l'empathie en médecine ?
Revue de la littérature et propositions 89 d'outils pédagogiques 2011.
10. **Castiglioni A.**
Histoire de la médecine 1931.

11. **Canguilhem G.**
Le normal et le pathologique. 10^e éd.
Presses Universitaires de France– PUF; 2005.
12. **Stoetzel J.**
La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale.
pop. 1960;15(4):61–24.
13. **Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy.**
A review. J Gen Intern Med. 2006 mai;21(5):524–30.
14. **Glaser KM.**
Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. Medical Science Monitor. 2007;13(7).
15. **Appleton S, Browne A, Ciccone N, Fong K, Hankey G et Lund M**
Multidisciplinary Social Communication and Coping Skills Group Intervention for Adults with Acquired Brain Injury (ABI): A Pilot Feasibility Study in an Inpatient Setting.
Brain Impairment. 2011 déc;12(3):210–22.
16. **Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H.**
Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda.
Patient Education and Counseling. 2009 mars;74(3):339–46.
17. **Michalec B.**
Learning to cure, but learning to care?
Advances in Health Sciences Education. 2010 sept 25;16(1):109–30.
18. **Sicard M.**
L'empathie en psychiatrie : théories et pratiques 2009.
19. **Peretti A**
Pensée et vérité de Carl Rogers.
Privat; 1974.
20. **Hojat M.**
Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes.
1^{er} éd. Springer–Verlag New York Inc.; 2006.

21. **Lang NH.**
And the Least of These is Empathy. 1973 [cité 2012].
Available de: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/detail?accno=EJ072465>
22. **Vannotti M.**
L 'empathie dans la relation médecin-patient.
Cahiers critiques dethérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2002;29(2):213.
23. **Spiro H, Spiro HM.**
Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel.
Yale University Press; 1996
24. **Maxwell B, Racine E.**
Should Empathic Development Be a Priority in Biomedical Ethics Teaching? Critical
Perspective.
Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2010 août 18;19(04):433–45.
25. **Consoli SM.**
Relation médecin-malade.
EMC référence. 2004;15–35.
26. **Velluet L.**
Conférence Permanente de la Médecine Générale
Le champ de la subjectivité. Editoo.com. 2002.
27. **Honorat C.**
Apprentissage de l'exercice médical.
Le malade et sa maladie. 2005.
28. **Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D.**
Doctorpatient communication: the Toronto consensus statement. BMJ : British Medical Journal.
1991 nov 30;303(6814):1385.
29. **Makoul G.**
Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus
statement. Acad Med. 2001 avr;76(4):390–3.
30. **Falissard B.**
Pour une approche scientifique du subjectif.
Le Courrier des addictions. 2007 nov;(4).

31. **Falissard B.**
Mesurer la subjectivité en santé: Perspective méthodologique et statistique.
Elsevier Masson; 2008.
32. **Chlopan BE, McCain ML, Carbonell JL, Hagen RL.**
Empathy: Review of available measures.
Journal of Personality and Social Psychology. 1985;48(3):635–53.
33. **Dillard JP, Hunter JE.**
On the Use and Interpretation of the Emotional Empathy Scale, the Self-Consciousness Scales, and the Self-Monitoring Scale.
Communication Research. 1989 janv 2;16(1):104–29
34. **Cross DG, Sharpley CF.**
Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale.
Psychological Reports. 1982;50(1):62.
35. **Davis MH.**
Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach.
Journal of Personality and Social Psychology. 1983;44(1):113–26.
36. **Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS.**
Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI).
Med Teach. 2005 nov;27(7):625–8.
37. **Spreng RN, McKinnon M, Mar R, Levine B.**
The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures.
J. of Personality Assessment. 2009 janv;91(1):62
38. **Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R.**
A Model of Empathic Communication in the Medical Interview.
JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1997 févr 26;277(8):678–82.
39. **Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS.**
Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication.
Archives of Internal Medicine. 2008 sept 22;168(17):1853–8.

40. **Hojat M.**
Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty.
American Journal of Psychiatry. 2002 sept;159(9):1563–9.
41. **Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS.**
Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education.
Academic Medicine. 2009 sept;84(9):1192–7.
42. **Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M.**
The Jefferson Scale of 91 Physician Empathy: Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians.
Academic Medicine. 2009 sept;84(9):1198–202.
43. **Carmel S.**
Compassionate–empathic physicians: Personality traits and Socialorganizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern.
Social Science & Medicine. 1996 oct;43(8):1253–61.
44. **Lin H–C, Xirasagar S, Laditka JN.**
Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics.
Int J Qual Health Care. 2004 déc 1;16(6):437–45.
45. **Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al.**
Relationship between increased personal well–being and enhanced empathy among.
J GEN INTERN MED. 2005 juill;20(7):559–64.
46. **West C, Shanafelt T.**
The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education.
BMC Medical Education. 2007;7(1):29.
47. **Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS.**
Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI).
Med Teach. 2005;27(7):625–8.
48. **Audrey Morice–Ramat,**
« Approche psychométrique de l'empathie , de la résilience et de la maitrise émotionnelle chez les internes de médecine générale de Nantes »
Université de Nantes , France 2015

49. **Melle BUFFEL du VAURE Céline**
« les déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique »
UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES PARIS 5. 2018.
50. **Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al.**
The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in
Medical School. Acad Med. sept 2009;84(9):1182–91.
51. **Bahman M.**
Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students'
education.
Philos Ethics Humanit Med. 2008;3:10.
52. **Davis CM.**
What is empathy, and can empathy be taught?
Phys Ther. 1990nov;70(11):707–711; discussion 712–715.
53. **Akio J.**
Empathy and patient–physician conflicts.
J Gen Intern Med. 2007mai;22(5):696–700.
54. **Rahimi–Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J.**
Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences
by gender and year of medical school.
Med Teach. 2010;32(11):e471–8.
55. **Preusche I, Wagner–Menghin M.**
Rising to the challenge: cross–cultural adaptation and psychometric evaluation of the
adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE–S).
Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2013 Oct;18(4):573–87.
56. **Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M.**
Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of
Physician Empathy: Health provider – student version.
J Interprof Care. 2011 Jul; 25(4):287–93.
57. **Koehl–Hackert N, Schultz J–H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, et al.**
[Burdened into the job – final–year students' empathy and burnout]. Z Für Evidenz
Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 2012;106(2):116–24.

58. **Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J.**
A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy.
J GEN INTERN MED. 2007 juill;22(10):1434–8.
59. **Dush CMK.**
Consequences of relationship status and quality for subjective well-being.
Journal of Social and Personal Relationships. 2005 oct 1;22(5):607–27.
60. **Dyrbye LN.**
Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2010 sept 15;304(11):1173.
61. **Dyrbye LN, Shanafelt TD.**
Commentary: Medical Student Distress: A Call to Action.
Academic Medicine. 2011 juill;86(7):801–3.
62. **Arnaud Maury.**
« Impact de la première année d'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte Internlife, Fiche INDICE »
Université Sorbonne Paris Cité Faculté de Médecine Paris Descartes (Paris 5) 2015.
63. **Joubert, Audrey**
« Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale »
UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES ; Faculté de Médecine PARIS DESCARTES 2014.
64. **Commission TIT France.**
French Guidelines on Computer-Based and Internet-Delivered Testing.
French Journal of Testing. 2006;6(2):143–71.
65. **Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J.**
La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.
Questions d'économie de la Santé [Internet]. 2010 sept;(157).
Available de: <http://www.irdes.fr/Publication/2010/Qes157.pdf>
66. **Delfarriel G.**
Autoévaluation du comportement du médecin généraliste, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation. 2004.

67. **Dickes P.**
La psychométrie: Théories et méthodes de la mesure en psychologie. Presses universitaires de France. 1994.
68. **Streiner DL, Norman GR.**
Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. 2nd edition. Paris–Sorbonne Medical Publication; 1995.
69. **Kahneman D, Tversky A. Choices, Values, and Frames.**
National French Emergency Training Center; 1984.
70. **Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK.**
Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research.
Acad Med.2010 avr;85(4):588–93.
71. **Wallace DS, Paulson RM, Lord CG, Bond CF Jr.**
Which Behaviors Do Attitudes Predict? Meta-Analyzing the Effects of Social Pressure and Perceived Difficulty.
Review of General Spain Psychology. 2005;9(3):214–27.
72. **Sherif CW, Sherif M, Nebergall RE.**
Attitude and Attitude Change: The Social Judgment–Involvement Approach.
Greenwood Press Reprint; 1982.
73. **Richard F.**
Les erreurs en médecine : pourquoi et comment en parler ?
RevEpidemiol. 2005;53(3):315–22.
74. **Coleman JS.**
Social Capital in the Creation of Human Capital.
University of Chicago Press; 1988.
75. **Forsé M.**
Rôle spécifique et croissance du capital social.
Revue de l'OFCE (Observations et diagnostics économiques). 2001 janv;(76):189–216.
76. **Benard B.**
Resiliency: What We Have Learned.
WestEd; 2003.

77. **Lietz C.**
Empathic Action and Family Resilience: A Narrative Examination of the Benefits of Helping Others. *Journal of Social Service Research*. 2011 mai;37(3):254–65.
78. **Mandleco BL, Peery JC.**
An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2000 sept;13(3):99–111.
79. **Irving GJ, Holden J.**
15 minute consultations as standard benefit patients and GPs. *BMJ*. 2012 juin 1;344(jun01 1):e3704–e3704.
80. **Wilson AD, Childs S.**
Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD003540.
81. **Hojat M.**
Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health & Human Services Administration*. 2009 mars;31(4):412–50.93
82. **Garden R.**
Expanding Clinical Empathy: An Activist Perspective. *J GEN INTERN Germany MED*. 2008 nov;24(1):122–5.
83. **Charon R.**
The patient–physician relationship. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA*. 2001 oct 17;286(15):1897–902.
84. **Shapiro J, Rucker L.**
Can Poetry Make Better Doctors? Teaching the Humanities and Arts to Medical Students and Residents at the University of Paris–Sorbonne. 2003 oct;78(10):953–7.
85. **Wear D, Varley JD.**
Rituals of verification: The role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Education and Counseling*. Lyon–France 2008 mai;71(2):153–6.
86. **Bylund CL, Makoul G.**
Empathic communication and gender in the physicianpatient encounter. *Spanish Patient Educ Couns*. 2002 déc;48(3):207–16.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقّر من علّمني، وأعلّم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 043

سنة 2021

مكانة ومحددات التعاطف داخل الممارسة الطبية - بخصوص 787 مشارك -

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/03/30
من طرف

السيد أنس حمداوي

المزاد في 26 مارس 1994 بالقصيبة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التعاطف السريري - المحددات - التطور - مقياس جيفرسون -
طلاب الطب - الأطباء - أساتذة الطب

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

ن. منصوري

أستاذة في طب وجراحة الفم والوجه والفكين

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

ن. الأنصاري

أستاذة في طب أمراض الغدد والسكري

و. فضلي

أستاذة في طب أمراض الكلى

السيدة

السيدة

السيدة

السيدة