



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

Année 2022

Thèse N° 037

L'empathie dans la pratique médicale : En chirurgie

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/02/2022

PAR

M. Mohamed Mourad LAKHOUAJA

Né Le 05 Janvier 1997 à Djerba

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Empathie clinique – Relation de soins – Chirurgie – Echelle de Jefferson –
Résidents – Professeurs – Chirurgiens spécialistes

JURY

Mr. K. ANIBA

Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mme. N. MANSOURI

Professeur de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

RAPPORTEUR

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

Mme. H. RAIS

Professeur d'Anatomie Pathologique

} JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريتي
إني تبت إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

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.

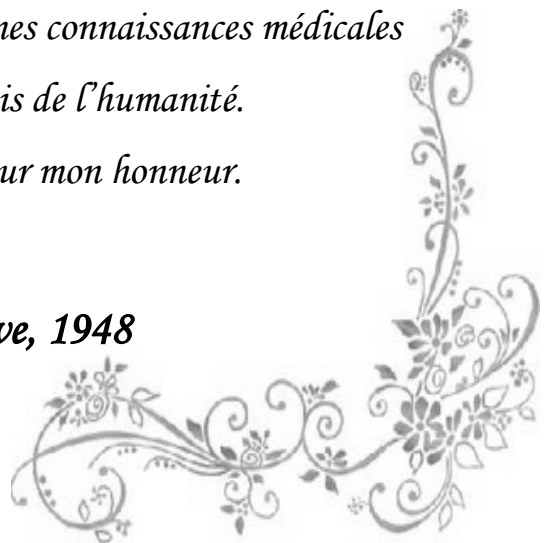
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

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 ALAOUI 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 Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	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
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie– réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro– entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie– obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato– orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie– réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Miriame	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	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
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie– embyologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDEL FETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUJI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

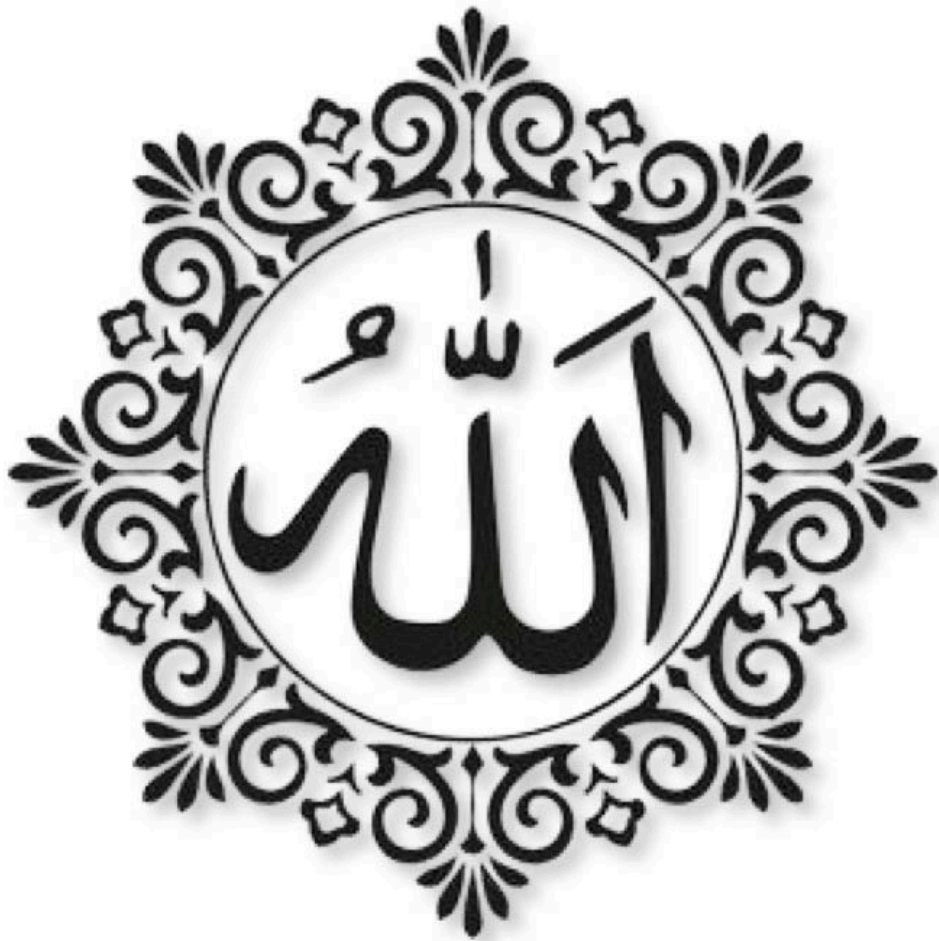
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie–réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie– réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie–réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie– orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie–mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro–entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d’urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYA OUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES

*Louanges à Dieu tout puissant,
Pour sa Bénédiction et sa Miséricorde
Qui m'a permis de voir ce jour tant
attendu*



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

*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
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*

A mon très cher père :

LAKHOUAJA Mohamed Azeddine

Une vie toute entière ne serait assez suffisante pour te remercier, et même les plus beaux mots de la littérature ne pourraient exprimer à juste titre tout l'amour, le respect et l'admiration que j'ai pour toi. Tu es mon repère, ma force et mon ultime exemple.

Tu es La droiture, tu es La générosité, tu es tout simplement celui à qui je dois tout l'Homme que je suis devenu. J'espère être à la hauteur de l'éducation que tu m'as inculqué et pouvoir à jamais te faire honneur. Les valeurs d'honnêteté, d'intégrité, et de dépassement de soi que tu n'as eu de cesse à défendre trouveront toujours écho dans mon âme et esprit.

J'espère que ce modeste travail te rendra fier de ton fils et qu'il ne sera que le début d'une série d'accomplissements que je te dédie d'ores et déjà.

Que Dieu te garde pour nous et te procure santé, bonheur, et prospérité. Puisse-t-il me donner pleinement la chance de te rendre heureux à mon tour.

Merci d'exister Papa, Je t'aime.

A ma douce et très chère mère :

LAKHOUAJA BACCOUCHE Raoudha

Maman, ou puis-je dire la femme la plus magnifique sur Terre.

Tu es ma raison de vivre et ma source d'inspiration quotidienne. Tu es l'incarnation même de la bonté, la douceur, et l'amour inconditionnel.

Je te serai éternellement reconnaissant pour tous les innombrables sacrifices que tu as fait pour moi. Tu ne m'as pas seulement donné vie, mais tu m'as dédié la tienne aussi.

Tu as su me protéger, me comprendre, et être la barrière entre le mal et moi. Tout l'Homme que je suis devenu n'est que le fruit de tes efforts et de ton éducation. Aucun sacrifice ne pourra égaler le tien.

J'espère être toujours à la hauteur de tes attentes et te rendre fière de m'avoir comme fils. Puisses-tu trouver dans ce modeste travail l'expression de mon amour et ma reconnaissance infinie.

Que Dieu te garde pour nous, t'apporte santé, bonheur, et prospérité. Et puisse-t-il me procurer un jour l'occasion de te rendre un minimum de tout ce que tu as pu me donner.

Merci d'exister Maman, Je t'aime.

A ma très chère sœur :

LAKHOUAJA Nadia

Dans une vie où tu n'es pas ma sœur, je t'aurai quand même choisie pour que tu le sois. Les liens qui nous unissent dépassent notre patrimoine génétique commun: Tu es ma meilleure amie et mon acolyte. Nos fous rires, nos délires, et ta chaleureuse attitude créent en moi le grain de folie dont j'ai besoin au quotidien.

Je saisis également cette occasion pour te féliciter pour le formidable parcours que tu as accompli jusqu'ici et pour la femme exceptionnelle que tu es devenue. Tu as toujours su être ma confidente et me guider dans mes choix de vie, tout en étant pour moi une réelle source de motivation pour égaler un jour le degré de ton excellence et ta persévérance.

J'espère que le temps nous donnera l'occasion de continuer à partager nos expériences mutuelles et créer encore plus de moments inoubliables. Puisses-tu trouver en ce modeste travail, la meilleure partie de toi-même.

A mon adorable petite sœur :

LAKHOUAJA Zeineb

Tu es certes la benjamine de la famille mais tu nous dépasses sans doute tous par ta vivacité d'esprit, ta gentillesse, et ta serviabilité sans failles. Ta présence dans ma vie m'apporte plus de joie que tu ne peux le penser. Tu es le Yin à mon Yang et le Yang à mon Yin.

Tu ne cesses de m'éblouir chaque jour par ta grande maturité, ta générosité, et ta personnalité irréprochable. En tant que frère, je ne peux être plus fier d'avoir une petite sœur comme toi.

J'attends avec impatience de te voir à ton tour soutenir ta thèse de doctorat (pour que je lise ma dédicace). D'ici là, restes égale à toi-même, et gardes ta rage de réussir.

Je te souhaite tout le bonheur et le succès que tu mérites, et saches que tu as absolument tout pour atteindre les meilleurs horizons.

Puisse ta joie de vivre demeurer éternelle.

A la mémoire de la défunte et très chère :

Lalla HSSAINE Aïcha

En hommage à la plus douce et la plus pure des âmes que j'ai pu connaître.

Tous les beaux mots que je puisse employer ne suffiront sans doute jamais à exprimer tout l'amour éternel que je porte pour toi dans mon cœur. Tu as été une deuxième mère pour moi, tu as su répondre à tous mes besoins et tu t'es toujours sacrifiée pour mon bien-être sans jamais te plaindre une seule fois. Tu m'as toujours soutenu et chéri tel ton propre fils. Si je suis arrivé à cette étape dans ma vie, c'est en très grande partie grâce à toutes tes prières et tes innombrables efforts.

Ton départ a été un déchirement pour toute la famille, ta présence était pour chacun de nous la lumière de nos vies. Tu vas tellement nous manquer et tu resteras à jamais dans nos cœurs. Je sais que tu continueras à veiller constamment sur nous de Là-Haut. J'aurai tant aimé que tu sois présente à ce grand jour, pour que tu puisses voir en moi l'aboutissement de tous tes sacrifices. J'espère de tout mon cœur t'avoir rendu tout l'hommage que tu mérites à travers ce travail.

Au nom de toute la famille, Puisse Allah tout puissant, accueillir ta belle âme avec toute sa Clémence, et sa Miséricorde, et t'offrir un palais dans son Saint Paradis.

A la mémoire de mes défunts grands-parents

Même si vous n'êtes pas là Aujourd'hui, votre présence demeure éternelle dans mon cœur. J'espère vous avoir rendu fiers même de Là-Haut, et que vous êtes satisfaits de l'Homme que je suis devenu.

Puisse Dieu tout puissant, vous accorder sa Miséricorde, sa Clémence et vous accueille dans les plus beaux jardins de son Saint Paradis.

A ma chère grand-mère

C'est avec le cœur plein d'amour que je te remercie pour toute ton affection et tes prières qui m'ont été d'un grand soutien. Que Dieu tout puissant te garde auprès de nous et te procure santé, bonheur et prospérité.

*A mes tantes, oncles et à tous mes cousins
et cousines*

J'adresse mes profonds remerciements à tous les proches de ma famille, pour tous vos encouragements et votre soutien tout au long de mon parcours, et ce malgré la distance pour beaucoup d'entre vous. Permettez-moi de vous dédier ce travail, en guise de mes sentiments les plus chaleureux. Puisse Allah vous procurer santé, bonheur et prospérité.

A mes meilleurs amis :

LETTRACHÉ Ahmed et LAKHIOUI Soufiane

Notre amitié était comme une évidence, c'est à se demander pourquoi on a mis si longtemps à se rencontrer. Tout ce long parcours n'aurait sans doute pas été le même sans votre présence.

En hommage à tous les merveilleux moments qu'on a passé ensemble, et à nos bons souvenirs pleins de délires et de fous rires. Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de ma loyauté inconditionnelle envers ce lien fort qui nous unit.

Sur ce, je vous souhaite plein de bonheur et de réussite dans vos deux vies personnelle et professionnelle.

A tous mes amis et collègues

À tous ceux qui m'ont aidé tout au long de mon parcours et à ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

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



REMERCIEMENTS

قَدْ لِمُتَعَلِّمٍ وَفِيهِ التَّجِيْلُ
كَأَدَّ الْمُتَعَلِّمُ أَنْ يَكُونَ رَسُولًا

À notre cher Maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur Khalid ANIBA
Professeur de l'Enseignement Supérieur et Chef de service de
Neurochirurgie
CHU Mohammed VI - Marrakech

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Vous incarnez l'exemple type du médecin chirurgien aussi compétent qu'empathique que nous voulons défendre dans ce travail. Veuillez accepter, cher maître, l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et vos valeurs humaines qui nous ont énormément marqué durant notre parcours. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre immense gratitude.

À notre cher Maître et Rapporteur de thèse
Madame le Professeur Nadia MANSOURI
Professeur de l'Enseignement Supérieur et Chef de service de
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
CHU Mohammed VI - Marrakech

Permettez-moi, cher maître, de vous remercier du fond de mon cœur pour toute la bienveillance, la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce travail. Travailler sous votre direction a été non seulement un grand honneur mais un réel plaisir. Vous m'avez accueilli et traité tel votre propre fils. J'éprouve énormément de respect et d'admiration pour vos qualités scientifiques, pédagogiques et votre intarissable bonté qui ne cesseront jamais de m'inspirer. Votre sérieux, votre compétence, et votre sens du dévouement inconditionnel pour ce métier, font de vous un vrai exemple à suivre. Que ces lignes puissent témoigner de ma gratitude et ma reconnaissance infinies.

À notre cher Maître et Juge de thèse
Madame le Professeur Fatiha MANOUDI
Professeur de l'Enseignement Supérieur et Chef de service de
Psychiatrie
CHU Mohammed VI - Marrakech

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre modeste travail. Vos innombrables qualités humaines et toute l'étendue de votre savoir, ont toujours suscité en nous une grande admiration. Votre département de psychiatrie ne peut avoir de meilleure icône que vous pour le représenter. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect et notre plus haute estime.

À notre cher Maître et Juge de thèse
Madame le Professeur Hanane RAIS
Professeur de l'Enseignement Supérieur et Chef de service
d'Anatomie Pathologique
CHU Mohammed VI - Marrakech

Nous sommes très touchés par l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de juger ce modeste travail. Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre immense admiration pour toute la valeur de votre savoir, ainsi que votre gentillesse, votre générosité et votre dynamisme qui demeureront pour nous un référentiel de qualités humaines. Que ces quelques lignes soient l'occasion pour nous de vous exprimer, cher maître, notre respect et notre gratitude les plus sincères.

A la mémoire de notre défunt et très cher Maître
Monsieur le Professeur Tarik FIKRY
Professeur de Traumatologie et Chirurgie Orthopédique

En hommage au grand Homme que vous étiez, à vos innombrables qualités humaines, et à votre intarissable bonté. Le courage, la bravoure, et la détermination dont vous avez fait preuve resteront une éternelle source d'inspiration non seulement pour tout le corps médical, mais pour chaque être humain. Nous vous serons à jamais reconnaissants pour tous vos enseignements et le précieux héritage que vous nous avez laissé. Que ce modeste travail vous rende tout l'hommage que vous méritez.

Au nom de tous les étudiants de la faculté, Puisse Dieu tout puissant vous accorder toute sa Clémence et sa Miséricorde, et vous accueillir dans les plus beaux jardins de son Saint Paradis.

A tous nos enseignants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

A tous les praticiens de chirurgie et tous ceux ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

CanMEDS	: Canadian Medical Education Directives for Specialists
CARE	: Consulation And Relational Empathy
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
DFASM	: Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
EBM	: Evidence Based Medicine
HTA	: Hypertension Artérielle
IRI	: Interpersonal Reactivity Index
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
JSPE	: Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPE-S	: Jefferson Scale of Physician Empathy – Student
JSPPE	: Jefferson Scale of Patients Perceptions of Physician Empathy
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PES	: Professeur d'Enseignement Supérieur
PFC	: Cortex Préfrontal
Pr. Ass	: Professeur Assistant
Pr. Ag	: Professeur Agrégé
SPA	: Spondylarthrite Ankylosante
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TAG	: Trouble Anxiété Généralisée
TEQ	: Toronto Empathie Questionnaire

PLAN



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 professionnelles et socio-démographiques :	6
2. Echelle Jefferson d'attitudes 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 médecins résidents en chirurgie :	10
2. Les résultats concernant les professeurs de chirurgie :	26
3. Les résultats concernant les chirurgiens du secteur privé :	42
II. Etude analytique :	55
1. Résultats analytiques des facteurs associés :	55
2. Analyse des résultats :	72
DISCUSSION	77
I. Définitions et problématique psycho-scientifique :	78
1. Généralités sur l'empathie :	78
2. Empathie et relation patient-praticien :	89
3. La culture chirurgicale dans la relation de soins :	106
4. Déterminants de l'empathie :	136
5. Evaluation de l'empathie :	155
II. Applications et corrélations à l'étude :	159
1. Discussion des corrélations :	160
2. Comparaison des groupes de l'étude à la littérature :	168
REFLEXIONS AU PARTI PRIS	171
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	176
CONCLUSION	178

RESUMES.....	181
ANNEXES.....	190
BIBLIOGRAPHIE.....	195



INTRODUCTION

Au centre des préoccupations scientifiques et sociales, l'empathie interroge la capacité à se mettre à la place de l'autre, et reconnaître le semblable au-delà du différent [1]. Cette notion suscite un intérêt renouvelé, au carrefour de la philosophie, de la médecine et des neurosciences, ainsi que la psychologie cognitive et la psychanalyse. L'empathie est évoquée dans de nombreuses situations chez l'homme, pour la création d'instruments de transmission de l'émotion ou du sens, la reconnaissance et le soulagement de la souffrance de l'autre, la compréhension de ce qui fait communauté sociale pour la transmission des valeurs, et l'influence sur les individus ou les collectifs [1].

Dans notre profession médicale où l'affect est si particulier, les qualités humaines et personnelles sont de plus en plus mises en avant, surtout en ces circonstances exceptionnelles que connaît le monde entier suite à la pandémie de la Covid-19. En effet, la relation entre le médecin et le malade s'est progressivement modifiée au fil du temps : D'un modèle paternaliste où le médecin décidait pour le malade, nous nous dirigeons plus vers un modèle de décision partagée. Le patient s'autonomise, devient acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise de décisions le concernant. Ceci implique un partage et une communication entre ces deux acteurs de la relation de soins. Cette relation praticien-patient a ainsi évolué et dépasse de nos jours la seule expertise thérapeutique, pour se concevoir dans une approche globale qualitative.

Face aux nouvelles exigences des patients, les praticiens en chirurgie, tout comme toute autre pratique médicale, se doivent d'offrir une nouvelle relation de qualité qui prend aussi en compte l'environnement psychologique et émotionnel du patient : Comment mieux s'adapter à des patients très anxieux, des patients souffrant d'une maladie chronique, à des patients « traumatisés par des souvenirs de soins algiques » ? Tous ces patients méritent une approche personnalisée, humaniste avant d'être technique. Cette approche responsable, de la relation chirurgien-patient, basée sur l'empathie, s'assume de part et d'autre dans un rapport de confiance et de transparence. Dans le sens commun, l'empathie dans la

relation de soins signifie une attitude générale et plutôt constante du chirurgien, caractérisée par une plus grande attention au patient, l'accent mis davantage sur le dévouement, marqué par le désir d'assumer des responsabilités, mais également une certaine chaleur dans la relation, ainsi qu'une attitude d'écoute et de disponibilité sans conditions.

Le but de ce travail est de comprendre comment l'empathie, appliquée à la relation de soins, confère un avantage dans la pratique médicale en chirurgie ? Quels sont les enjeux à mener une relation empathique avec les patients ? Et quels sont les déterminants de l'empathie chez des chirurgiens jugés souvent à travers le stéréotype du médecin technique et non empathique ?

C'est cette problématique et ma passion pour la chirurgie qui ont, en grande partie, suscité mon intérêt pour la réalisation de ce travail de thèse, afin de valoriser les qualités humaines du chirurgien, et mettre en évidence tout l'engagement émotionnel et le dévouement qu'il porte envers son patient malgré les nombreuses contraintes vécues tout au long de sa pratique.

Pour tenter d'illustrer ces propos, nous avons mené une étude quantitative analytique des caractéristiques de l'empathie et ses déterminants. Elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères professionnels et sociodémographiques, ainsi que l'évolution des capacités empathiques chez les praticiens de chirurgie au fur et à mesure des années d'exercice.

Nous allons donc essayer de répondre à la fin de ce travail, aux différentes questions autour du concept d'empathie dans la pratique chirurgicale, à savoir les principaux facteurs influençant cette qualité humaine, son évolution chez les différentes catégories de chirurgiens, ainsi que son impact sur la relation chirurgien-patient et les outils aidant à l'améliorer.

*MATÉRIELS
ET
MÉTODES*

I. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale étalée sur 6 mois (Mai 2021 – Octobre 2021), portant sur une série de 200 praticiens en chirurgie, soit 124 médecins résidents en chirurgie et 40 professeurs de chirurgie au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech, ainsi que 36 chirurgiens du secteur privé.

II. Population ciblée :

Nous avons effectué un recrutement prospectif auprès de :

- 124 médecins résidents au cours de leur formation aux services de chirurgie au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech après l'accord des chefs des services.
- 40 professeurs de chirurgie du CHU Mohammed VI et de l'Hôpital Avicenne de Marrakech.
- 36 chirurgiens spécialistes pratiquant dans le secteur privé.

1. Critères d'inclusion :

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

- Médecin résident en cours de formation au sein d'un service de chirurgie au CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Professeur de spécialité chirurgicale au CHU Mohammed VI ou à l'Hôpital Avicenne de Marrakech.
- Chirurgien spécialiste pratiquant dans le secteur privé.
- Ancien praticien/retraité en chirurgie.

2. Critères d'exclusion :

Les différents praticiens en chirurgie exclus de l'étude sont :

- Les chirurgiens abordés et informés ne désirant pas participer à l'étude.
- Les praticiens participants dont les questionnaires ont été jugés inexploitable.

III. Fiche d'exploitation : (Annexe 1)

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire préétabli de façon circonscrite et anonyme, divisé en deux parties :

1. Les données professionnelles et socio-démographiques :

1.1. Chez les trois groupes étudiés :

Ces données incluent :

- Age
- Genre
- Statut marital
- Nombre d'enfants
- Nombre de gardes durant les trois derniers mois
- Souhait de faire médecine
- Désir de poursuivre le cursus en chirurgie
- Temps nécessaire pour arriver au lieu de travail
- Durée moyenne passée au lieu de travail par jour
- Charge de travail quotidienne
- Antécédent familial de maladie chronique
- Antécédent personnel de maladie chronique ou psychiatrique.
- Déclaration de l'acte opératoire aux urgences
- L'information du patient en préopératoire
- Temps d'explication de l'acte opératoire
- Difficultés peropératoires et complications post-opératoires
- Durée de la visite post-opératoire
- Suivi post-opératoire des patients

1.2. Chez les médecins résidents :

Ces données incluent en plus :

- Le type de contrat du résident : bénévolat ou contractuel.
- Niveau de formation : 1^{ère} , 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, ou 5^{ème} année

1.3. Chez les professeurs de chirurgie :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : Professeur assistant, Professeur agrégé, Professeur de l'enseignement supérieur, ou ancien praticien/retraité.
- L'appartenance ou non au corps militaire.

1.4. Chez les chirurgiens du secteur privé :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : Chirurgien spécialiste en cours d'activité, ou ancien praticien/retraité.

2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Il s'agit d'une échelle sous forme d'un auto-questionnaire composé de 20 items, chacun coté de 1 à 7.

Le score total « Jefferson total » varie de 20 (degré d'empathie minimal) à 140 (degré d'empathie maximal).

L'étude analytique des résultats de cette échelle repose sur trois principes complémentaires :

- « *Prise de perspective* » : c'est savoir adopter le point de vue du patient, et comprendre son opinion. (items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20).
- « Compréhension émotionnelle » : c'est l'attention portée par le praticien au vécu émotionnel du patient et de ses proches. (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19).
- « Se mettre à la place du patient » : traduit la capacité du soignant à se mettre à la place de son soigné. (items 3 et 6).

IV. Consentement et aspect éthique :

Un consentement verbal était suffisant pour démarrer l'étude chez chaque groupe de médecins résidents, professeurs, et spécialistes abordés, après avoir présenté le sujet de l'étude et expliqué son but, tout en soulignant sur le caractère volontaire et anonyme de l'enquête. Ainsi, les données collectées ne seront pas traitées de façon individuelle mais comme un ensemble d'indicateurs de l'empathie chez le corps chirurgical.

V. Collecte des données :

Les données ont été récoltées par le biais de 210 questionnaires distribués dont 200 questionnaires retenus comme exploitables.

Les différents participants à l'étude ont eu besoin d'une durée moyenne de 10 min pour remplir le formulaire d'étude.

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.

The word "RESULTATS" is centered on the page. It is flanked by two decorative corner brackets. One bracket is in the top right corner, and the other is in the bottom left corner. Both brackets are L-shaped with a dark, ornate, scroll-like pattern on the inner corner and a metallic, 3D appearance with a shadow.

RESULTATS

I. Etude descriptive

1. Les résultats concernant les médecins résidents en chirurgie :

Un total de 130 questionnaires a été distribué, nous en avons retenu 124 qui étaient exploitables.

1.1. Données professionnelles et socio-démographiques :

a. Âge :

Les âges des différents résidents sont répartis comme suit. (Figure1)

L'âge moyen était de 30,71 avec des extrêmes allant de 24 à 40 ans.

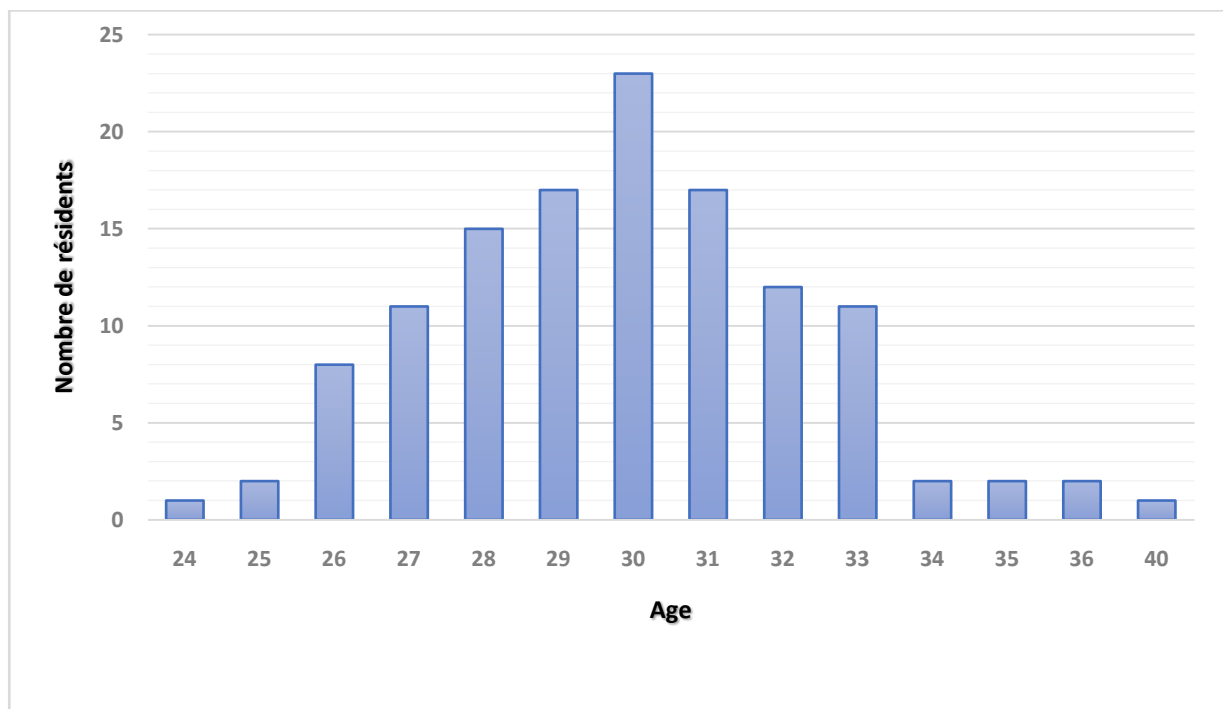


Figure 1 : Distribution des fréquences d'âge des résidents en chirurgie.

b. Genre :

Nous avons eu une prédominance du sexe masculin (74%) par rapport au sexe féminin (26%) (Figure 2), avec un sexe ratio (H/F) de 2,84.

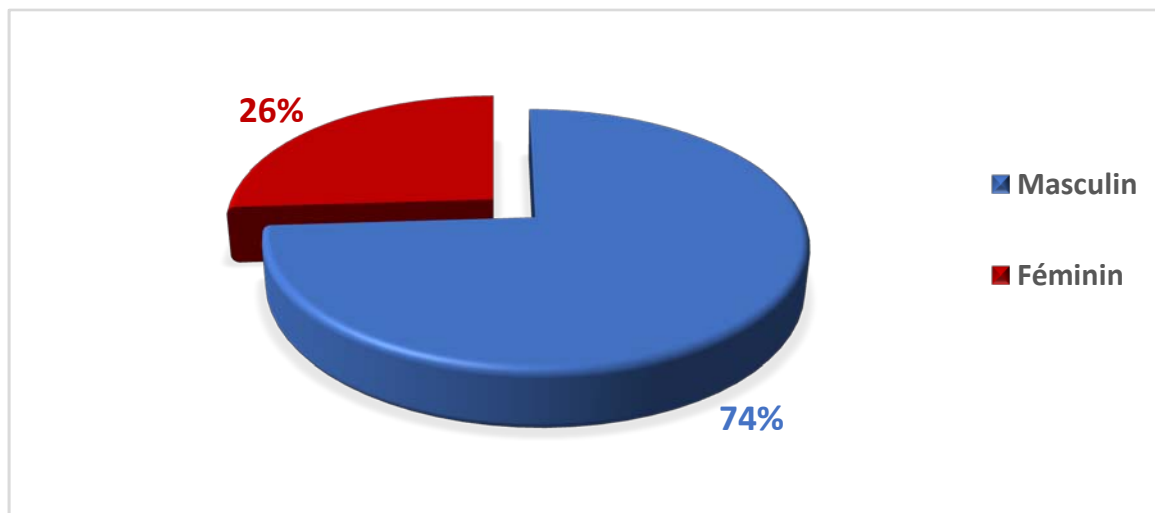


Figure 2 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon le genre.

c. Statut marital :

Nous avons eu un pourcentage de 69% de résidents célibataires, 31% étaient mariés, tandis qu'aucun des résidents n'était divorcé ou veuf. (Figure 3)

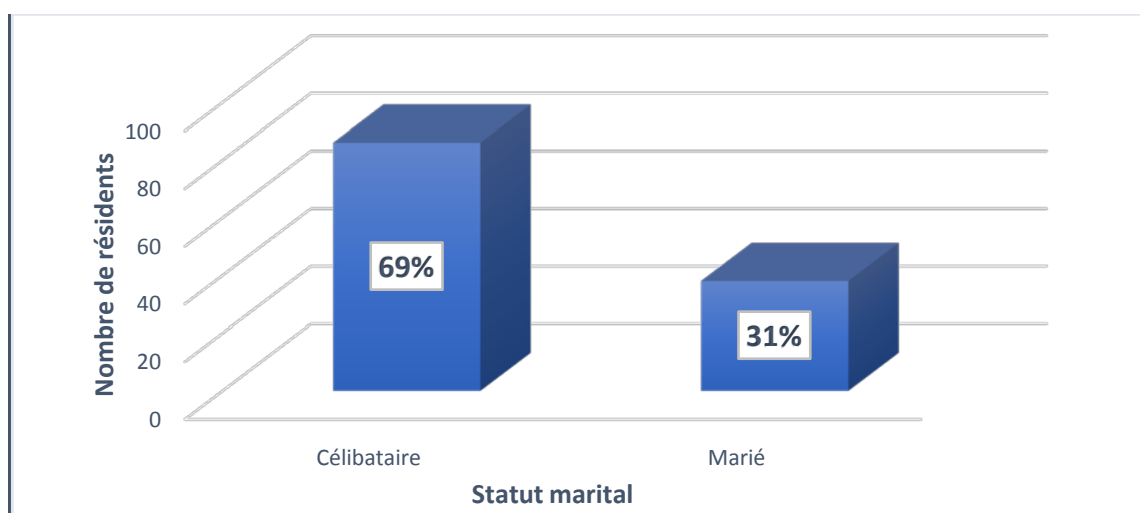


Figure 3 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon le statut marital.

d. Nombre d'enfants :

Le nombre d'enfants variait entre 0 et 4. 85% des résidents n'avaient pas d'enfants, 10% avaient un seul enfant, 3 % avaient 2 enfants, 1% avaient 3 enfants et 1% avaient 4 enfants. (Figure 4)

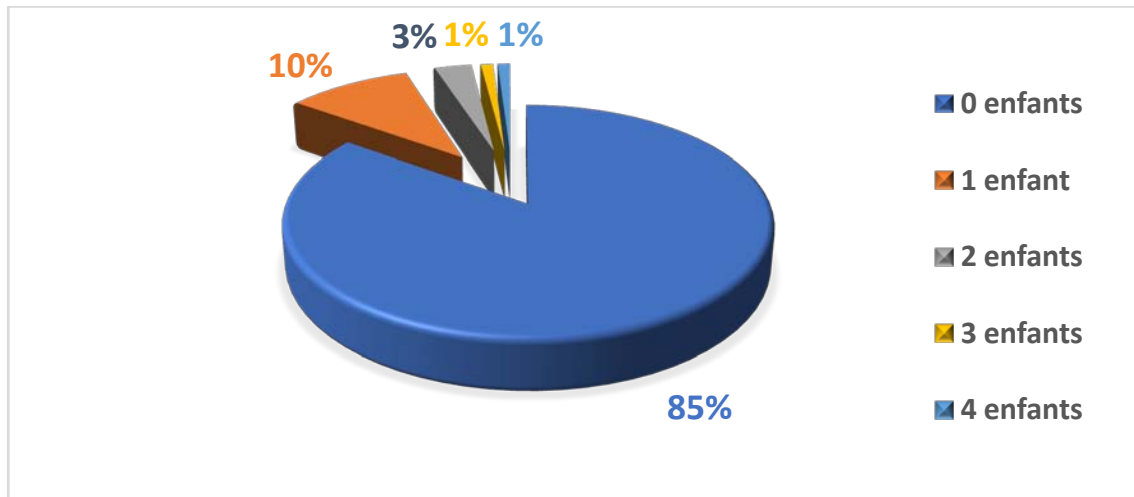


Figure 4 : Distribution en pourcentage des résidents en chirurgie selon le nombre d'enfants.

e. Niveau de formation des résidents :

Parmi les résidents de chirurgie participants, 21% étaient en 1^{ère} année de formation, 25% étaient en 2^{ème} année, 21% en 3^{ème} année, 17% en 4^{ème} année, et 16% en 5^{ème} année. (Figure 5)

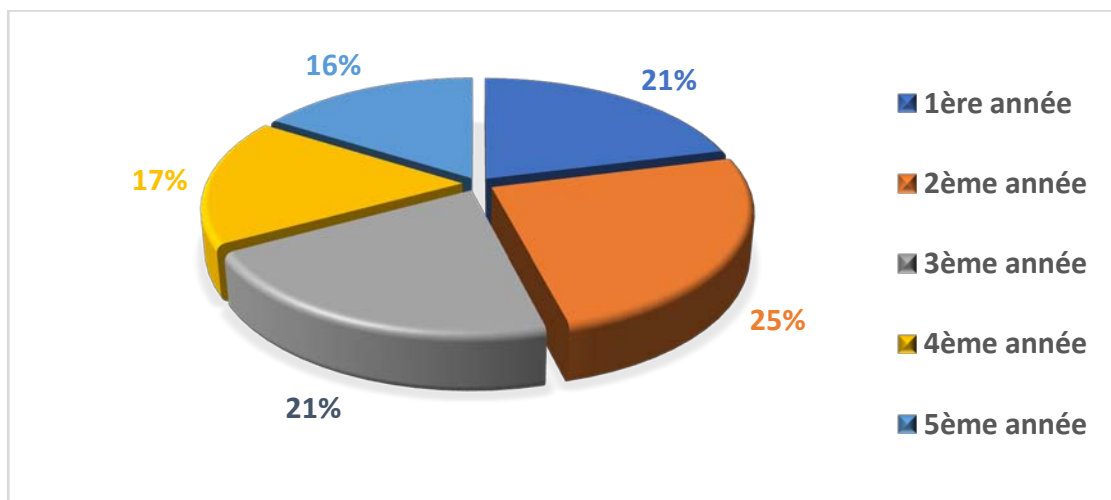


Figure 5 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon le niveau de formation.

f. Type de contrat des résidents :

Nous avons trouvé que 45% des médecins résidents étaient bénévoles, et 55% étaient contractuels. (Figure 6)

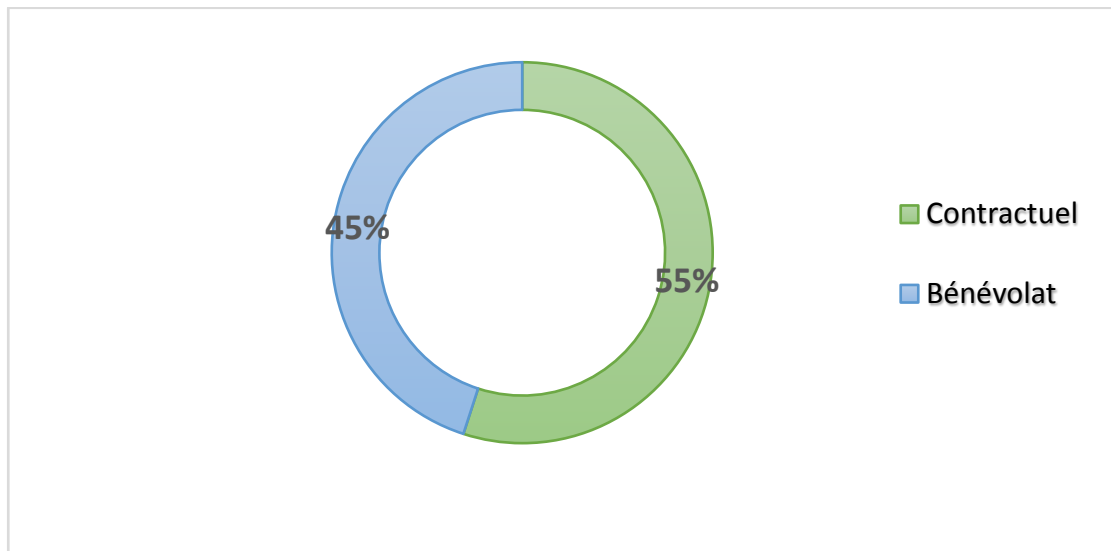


Figure 6 : Distribution en pourcentage des résidents en chirurgie selon le type de contrat.

g. Souhait de faire médecine et désir de poursuivre le cursus en chirurgie :

Nous avons trouvé que 17% des chirurgiens résidents ne souhaitaient pas faire médecine (Figure 7), et que 7% ne désiraient pas poursuivre leur cursus en chirurgie. (Figure 8)

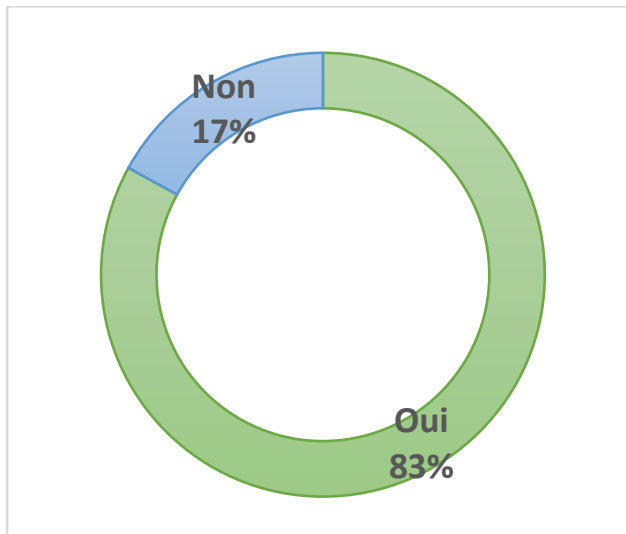


Figure 7 : Répartition en pourcentage des chirurgiens résidents selon le souhait de faire médecine.

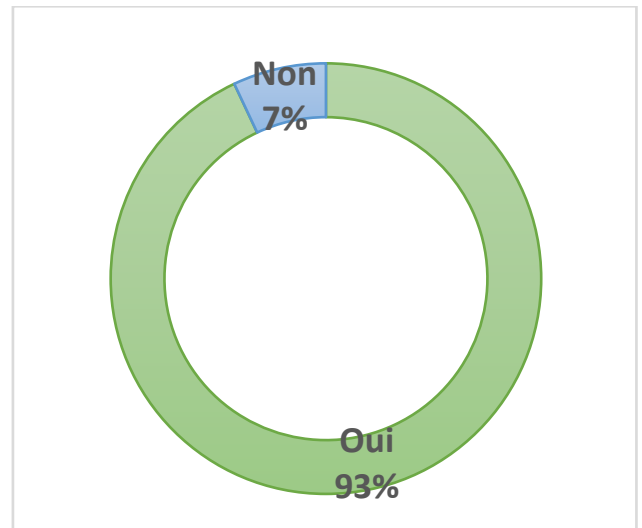


Figure 8 : Répartition en pourcentage des chirurgiens résidents selon le désir de faire chirurgie.

h. Circonstances de pratique quotidienne :

Le nombre de gardes chez les résidents en chirurgie durant les trois derniers mois qui précédaient la délivrance du questionnaire, variait entre 4 et 21 gardes. Avec une moyenne de 9,70 gardes par mois. (Figure 9)

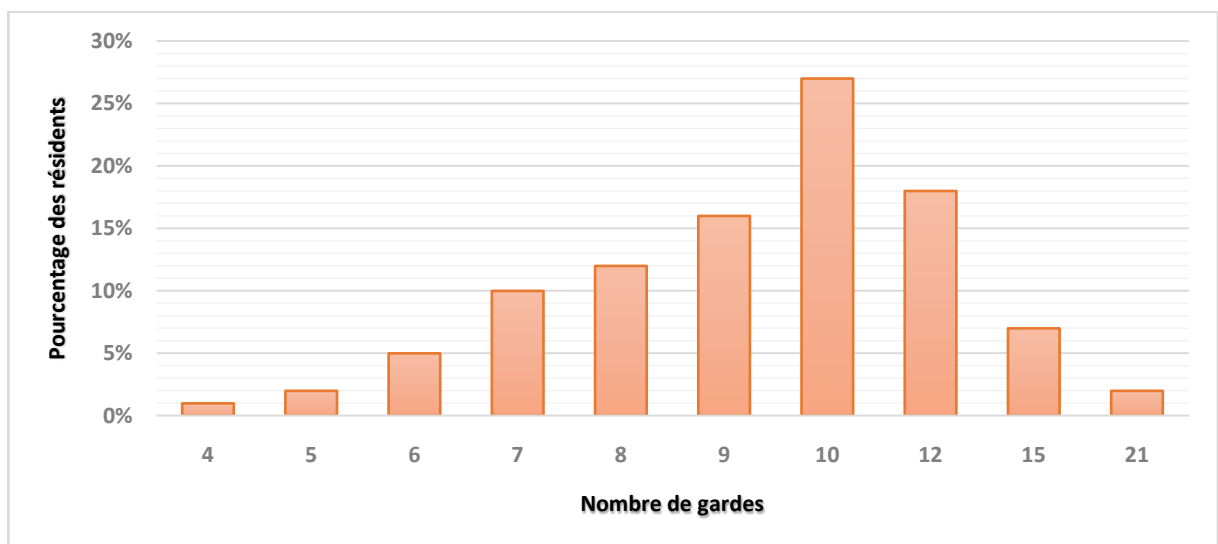


Figure 9 : Distribution en pourcentage du nombre de gardes durant les 3 derniers mois chez les résidents en chirurgie.

62% des médecins résidents avaient besoin de moins de 10 min pour arriver à l'hôpital, 27% avaient besoin de 10 à 30 min, tandis que 11% faisaient plus de 30min de trajet. (Figure 10)

3% des résidents passaient en moyenne 4 à 6h par jour au CHU, 64% passaient 6 à 10h, tandis que 33% travaillaient plus de 10h par jour à l'hôpital. (Figure 11)

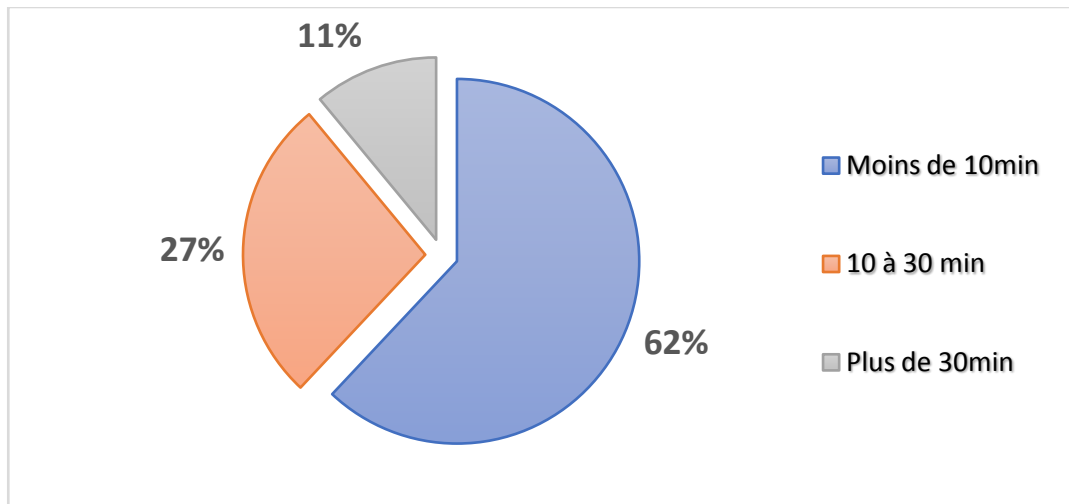


Figure 10 : Répartition en pourcentage des résidents de chirurgie selon le temps nécessaire pour arriver au CHU.

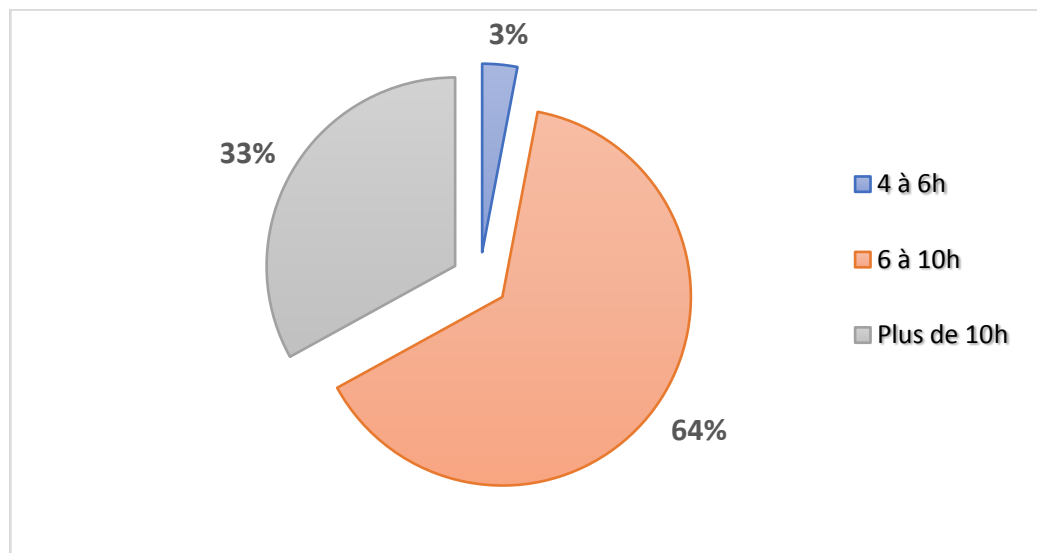


Figure 11 : Répartition en pourcentage des résidents de chirurgie selon la durée moyenne passée au CHU par jour.

37% des médecins résidents ont affirmé que leur charge de travail représentait 50 à 70% de leur vie quotidienne, tandis que 63% ont déclaré que leur charge de travail occupait plus de 70% de leur quotidien. (Figure 12)

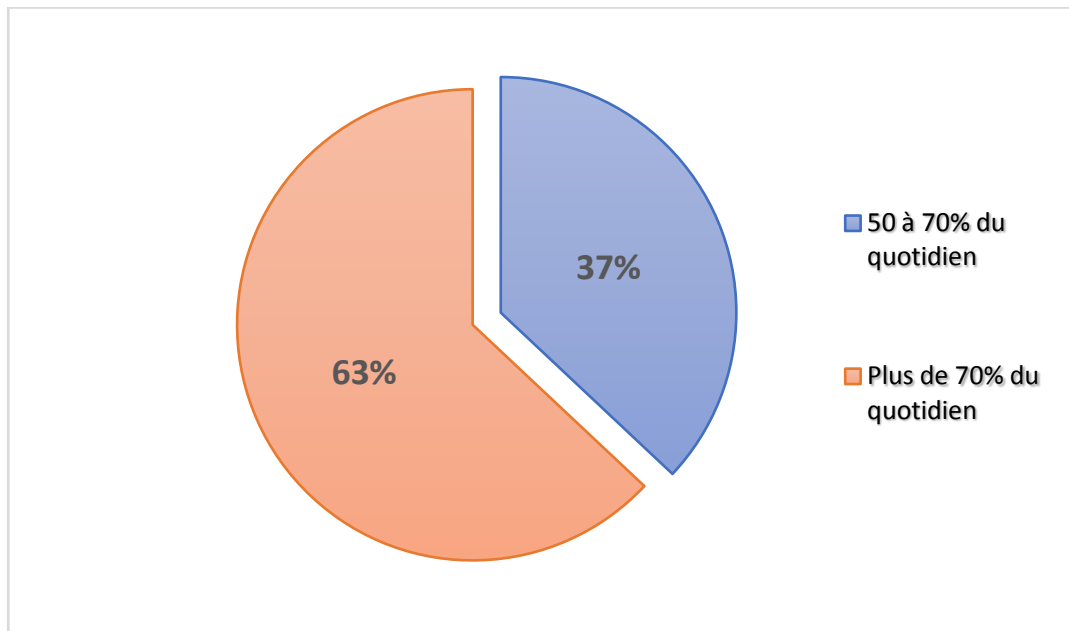


Figure 12 : Répartition en pourcentage des résidents de chirurgie selon la charge de travail quotidienne.

i. Antécédents personnels et familiaux :

Dans notre échantillon, 45% des résidents ont déclaré avoir un antécédent familial de maladie chronique (Figure 13).

Le diabète type 2 était l'antécédent le plus fréquent avec un pourcentage de 40%, suivie de l'HTA à 30%. (Figure 14)

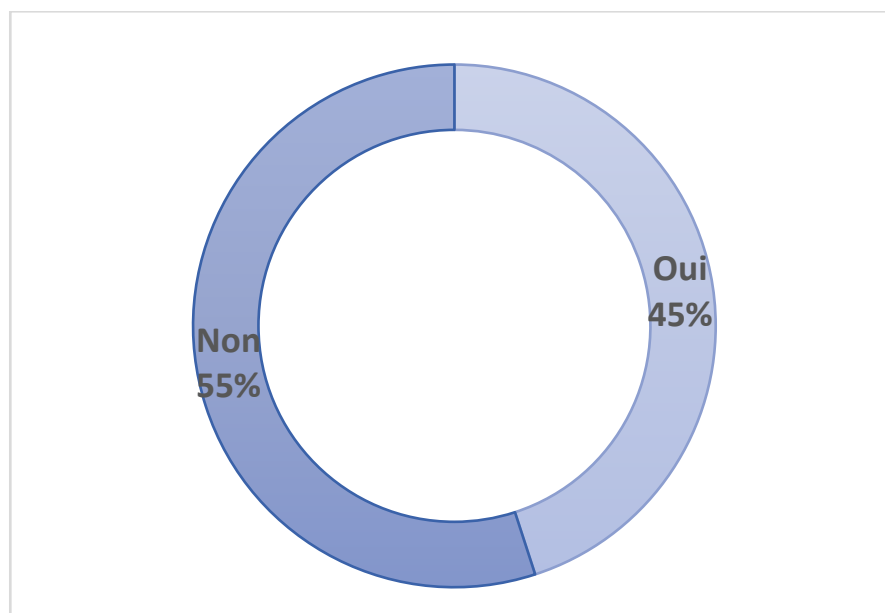


Figure 13 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

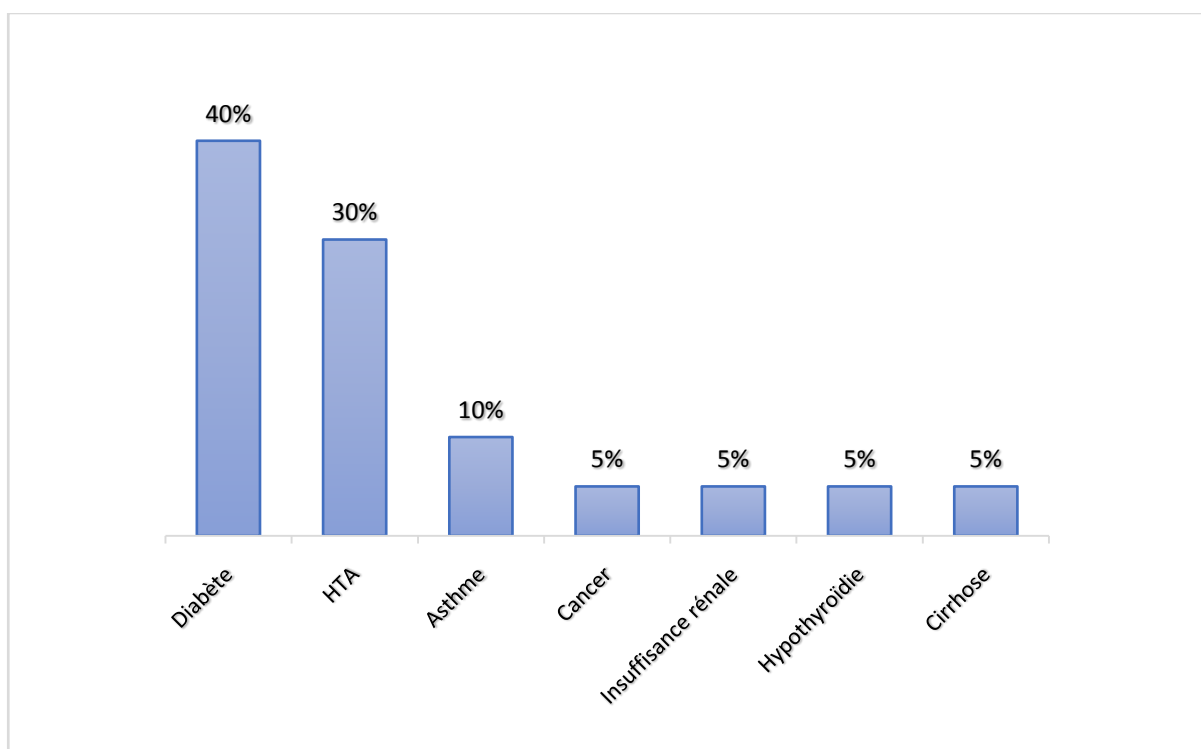


Figure 14 : Distribution en pourcentage des types d'antécédents familiaux de maladie chronique chez les résidents en chirurgie.

8% des médecins résidents avaient une maladie chronique (Figure 15), avec l'asthme comme maladie prédominante à 62% (Figure 16)

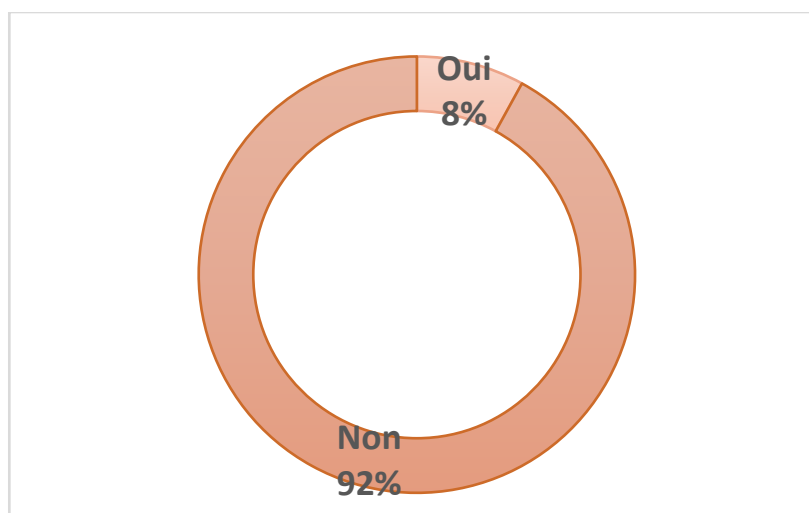


Figure 15 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

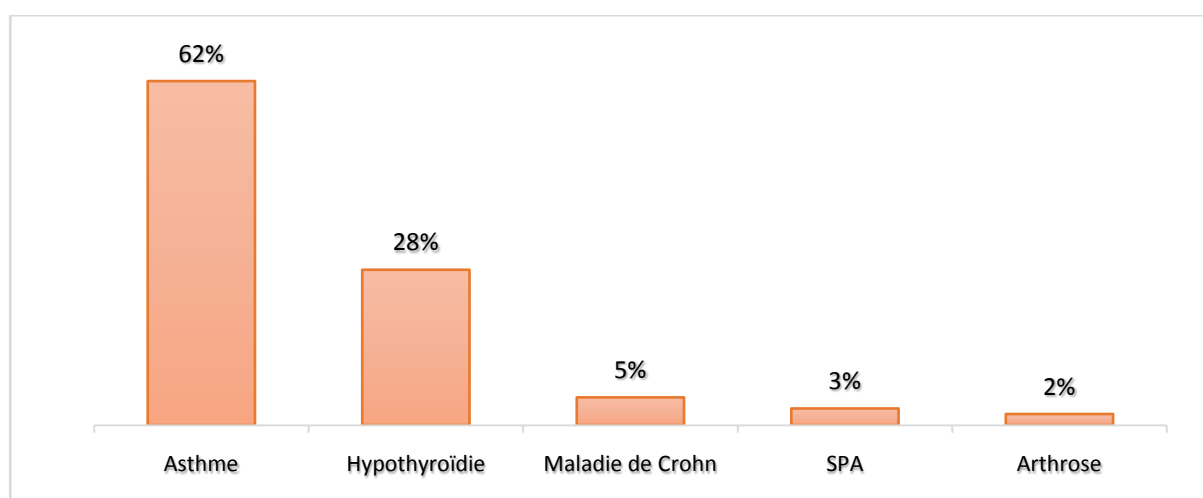


Figure 16 : Distribution en pourcentage des types de maladies chroniques chez les résidents en chirurgie.

Nous avons également trouvé que 11 % des résidents en chirurgie avaient une maladie psychiatrique (Figure 17). La dépression en constituait la principale cause à 50%, suivie du TAG à 45% (Figure 18).

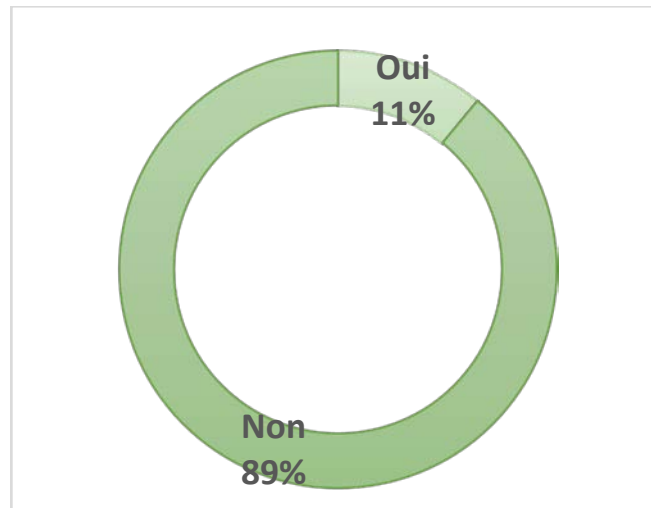


Figure 17 : Répartition en pourcentage des résidents en chirurgie selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

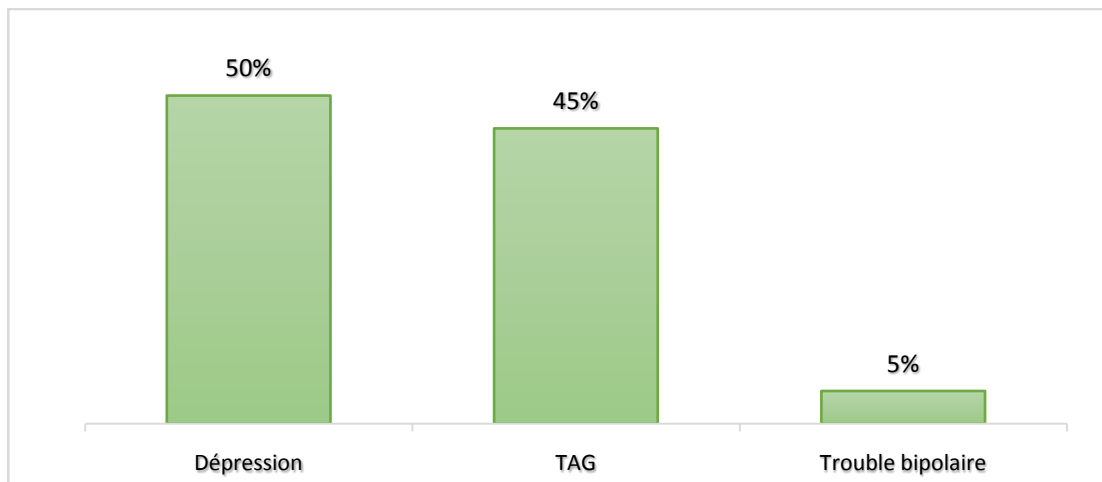


Figure 18 : Distribution en pourcentage des types de maladies psychiatriques chez les résidents en chirurgie.

j. Interactions autour de l'acte opératoire :

j.1. Temps préopératoire :

Dans notre étude, 98 % des résidents en chirurgie considèrent que la déclaration de l'acte opératoire au patient est indispensable aux urgences. Tandis que 2% la considèrent comme non obligatoire. (Figure 19)

Concernant la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient en situation d'urgence, 85% la considèrent comme étant indispensable, et 15% la jugent comme non obligatoire. (Figure 20)

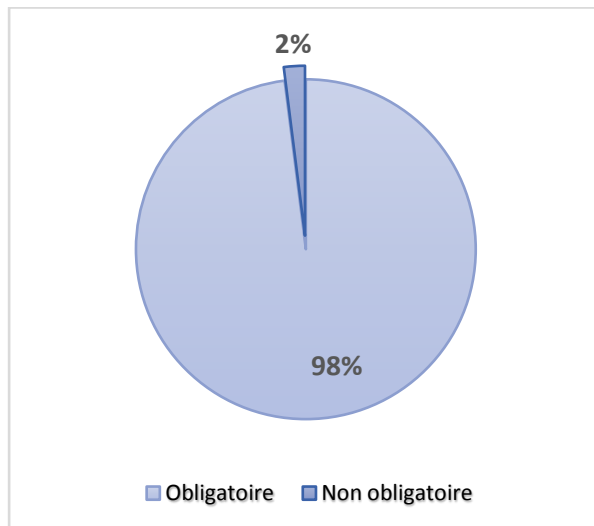


Figure 19 : Répartition en pourcentage des résidents selon la déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences.

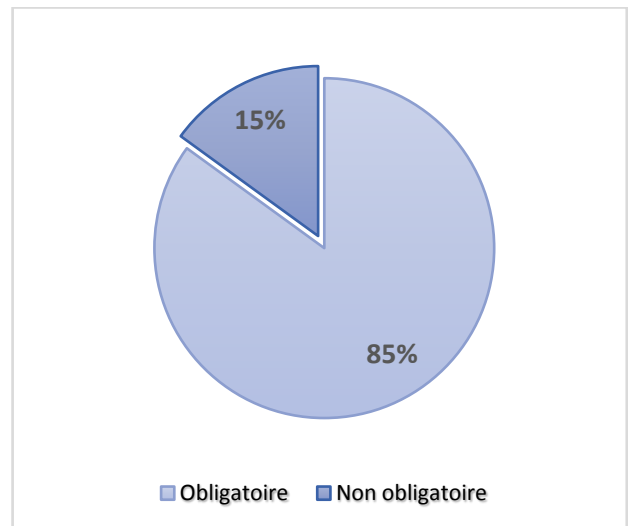


Figure 20 : Répartition en pourcentage des résidents selon la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences.

En ce qui concerne l'information du patient à propos de l'acte opératoire, 95 % des résidents ont déclaré qu'elle est obligatoire, tandis que 5% considèrent qu'il est possible de s'en dispenser. (Figure 21)

Concernant l'explication de l'acte opératoire au patient, 25% des résidents y consacrent moins de 5 min, 58% prennent 5 à 15 min pour expliquer l'acte au malade, tandis que 17 % y consacrent plus de 15 min. (Figure 22)

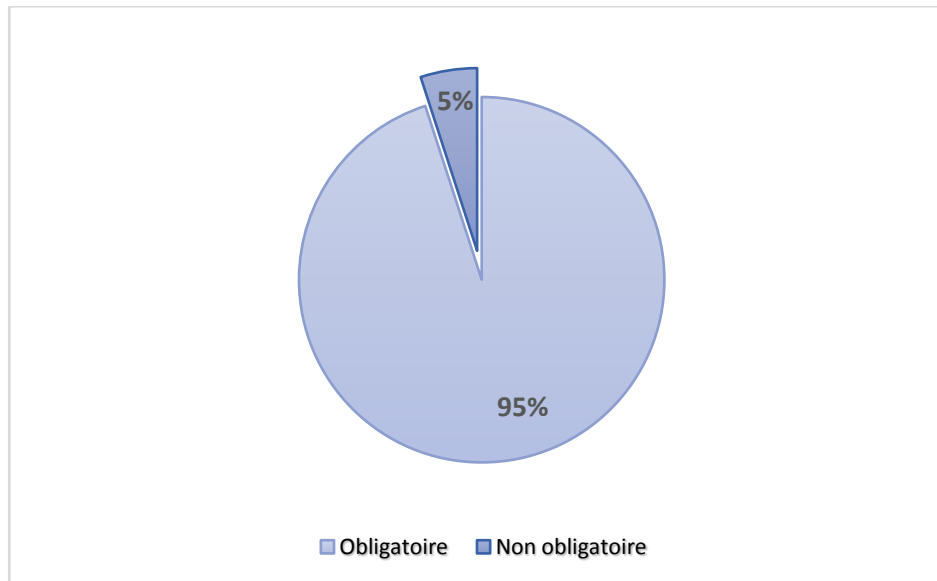


Figure 21 : Répartition en pourcentage des résidents selon l'information du patient sur l'acte opératoire.

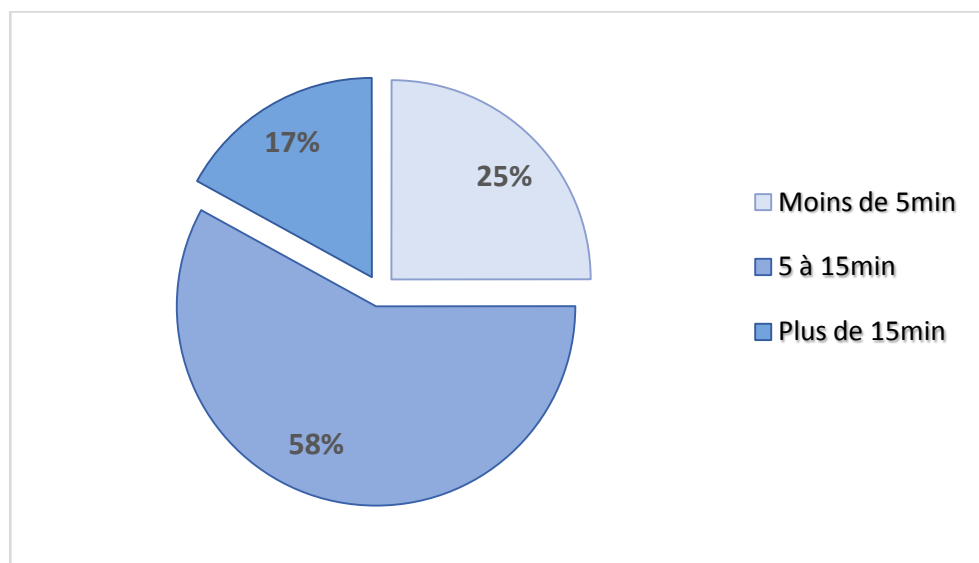


Figure 22 : Distribution en pourcentage des résidents selon le temps d'explication de l'acte opératoire au patient.

j.2. Temps peropératoire :

61 % des médecins résidents en chirurgie déclarent avoir rencontré des difficultés opératoires pendant moins de 30% du total de leurs interventions chirurgicales, 32% en ont

rencontré pendant 30 à 50% des interventions totales, tandis que 7% des résidents ont trouvé des difficultés dans plus de 50% de leurs opérations. (Figure 23)

La principale cause derrière ces difficultés opératoires était liée au matériel chirurgical avec un pourcentage de 33%, suivie des causes liées au patient avec un pourcentage de 30%, tandis que 25% de ces difficultés étaient liées à l'état personnel des résidents. (Figure 24)

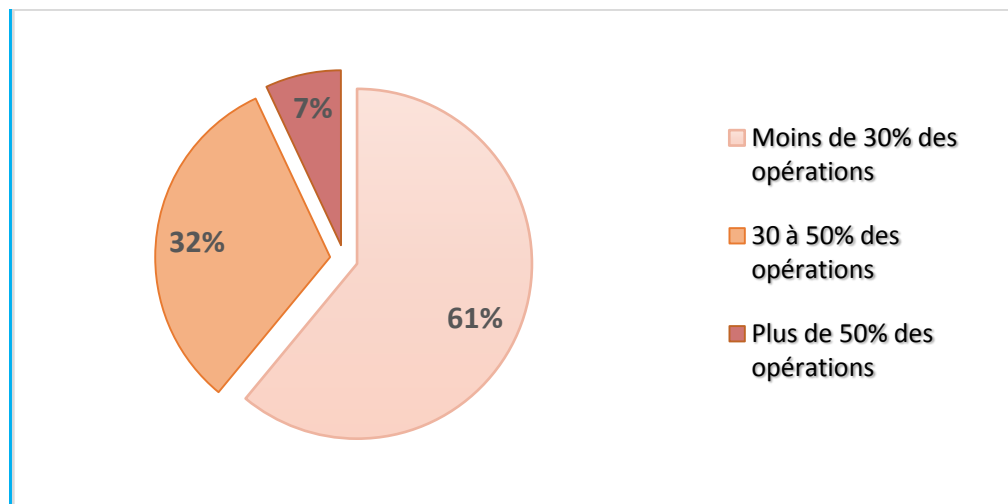


Figure 23 : Répartition en pourcentage des difficultés intra-opératoires par rapport au total des opérations chez les résidents de chirurgie.

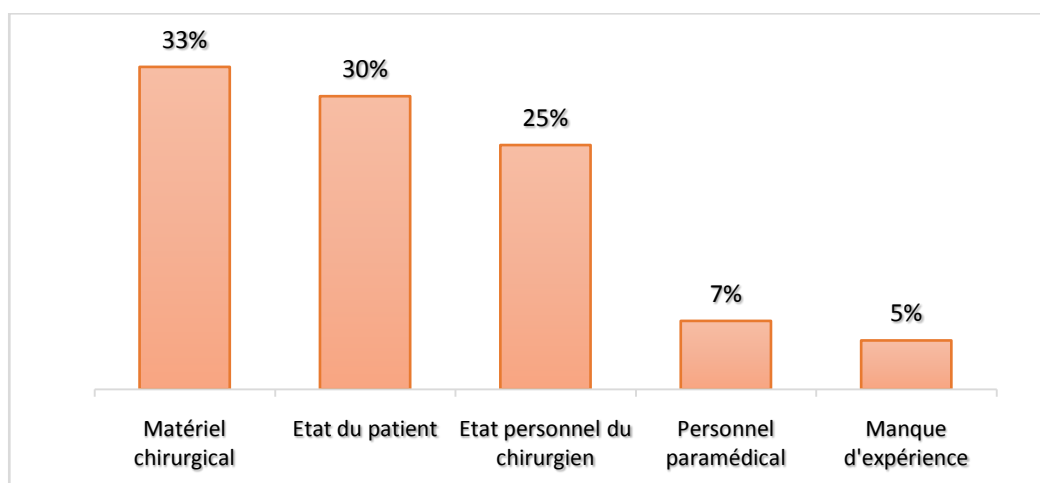


Figure 24 : Distribution en pourcentage des types de difficultés intra-opératoires rencontrées par les chirurgiens résidents.

j.3. Temps post-opératoire :

10 % des chirurgiens résidents ont déclaré qu'aucun de leurs patients n'avait eu de complications post-opératoires, 85% ont affirmé que moins de 30% de leurs malades avaient eu des complications post-opératoires, tandis que 5% des résidents ont déclaré que 30 à 50% de leurs patients avaient rencontré des complications en post-opératoire. (Figure 25)

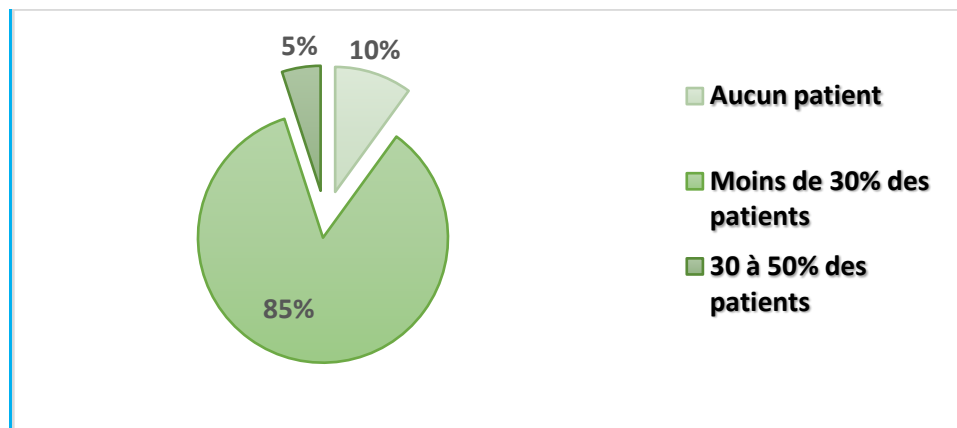


Figure 25 : Distribution en pourcentage des chirurgiens résidents selon le nombre de patients ayant eu des complications post-opératoires.

Concernant la visite post-opératoire au lit du patient, 20% des résidents en chirurgie y consacrent moins de 5 min, 55% prennent entre 5 à 15 min pour faire leur visite, tandis que 25% y consacrent plus de 15 min. (Figure 26)

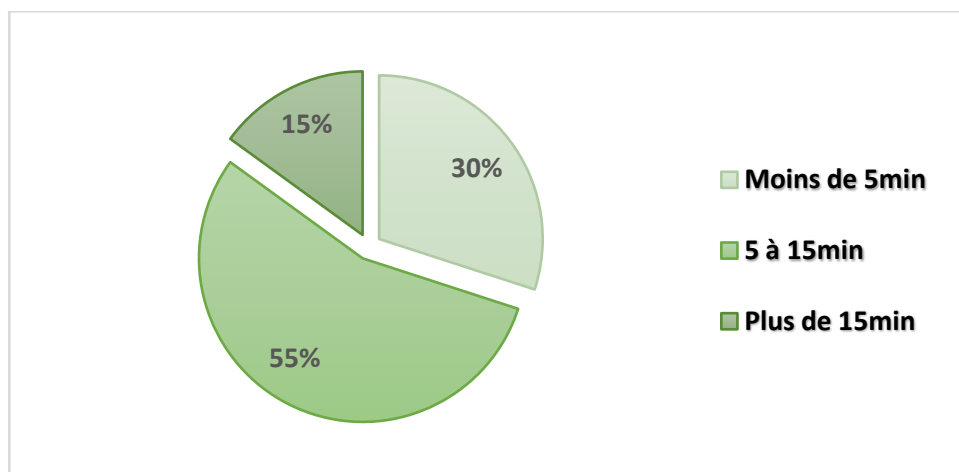


Figure 26 : Distribution en pourcentage des chirurgiens résidents selon la durée de visite post-opératoire au lit du patient.

Pour le suivi des patients, 94% des résidents ont déclaré faire un suivi systématique de leurs malades après leur sortie, tandis que 6% ne le faisaient pas systématiquement. (Figure 27)

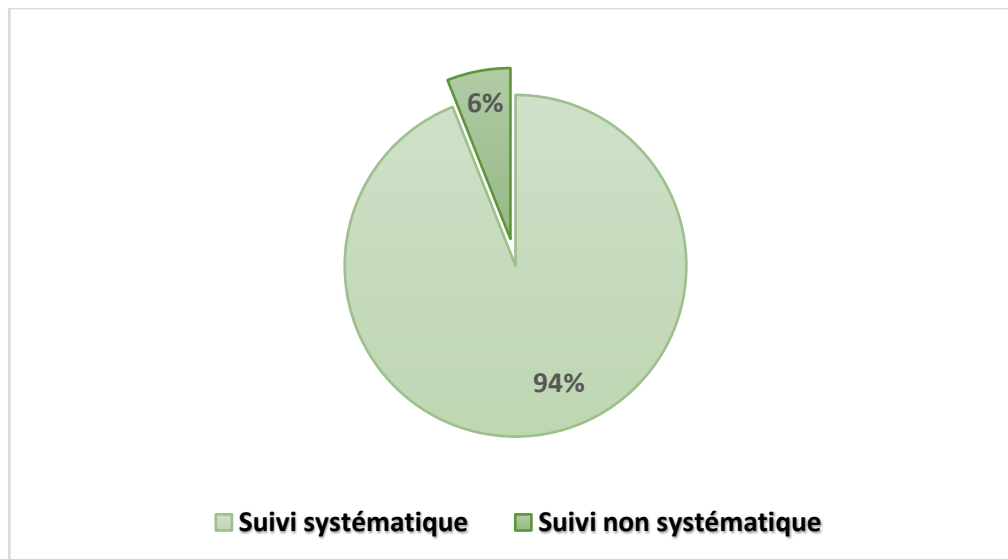


Figure 27 : Répartition en pourcentage des chirurgiens résidents selon le suivi des patients en post-opératoire.

1.2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Dans notre échantillon, les réponses des chirurgiens résidents aux items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie du médecin étaient comme suit. (Tableau I)

Tableau I : Les moyennes des scores des chirurgiens résidents pour chaque item de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1	124	4.51	1.218
2	124	4.28	1.226
3	124	3.81	1.482
4	124	4.34	1.614
5	124	4.24	1.512
6	124	3.89	1.573
7	124	4.28	1.680
8	124	4.02	1.716
9	124	4.65	1.738
10	124	4.63	1.625
11	124	4.37	1.784
12	124	4.31	1.791
13	124	4.67	1.623
14	124	3.96	1.754
15	124	4.63	1.778
16	124	4.89	1.692
17	124	4.47	1.567
18	124	4.85	1.788
19	124	3.11	1.146
20	124	5.42	1.269

Items sous l'échelle « prise de perspective » : 2/4/5/9/10/13/15/16/17/20/

Items sous l'échelle « compréhension émotionnelle » : 1/7/8/11/12/14/18/19/

Items sous l'échelle « se mettre à la place du patient » : 3/6/

La moyenne du score « Jefferson total » des résidents en chirurgie était de 87,33 avec un score minimal de 38 et un maximal de 130. Le pic des fréquences des scores était de 96 chez 13,7% (n= 17) des résidents. (Figure 28)

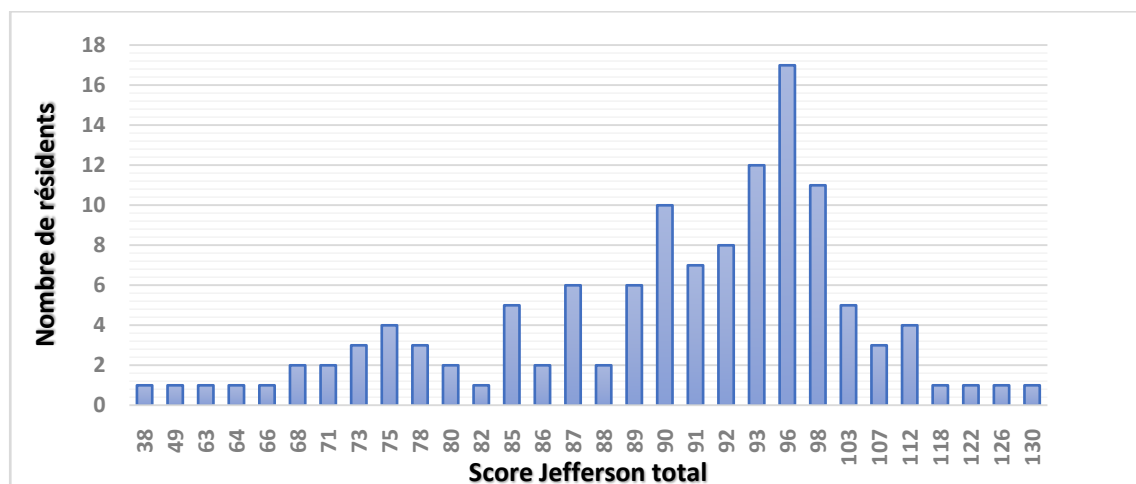


Figure 28 : Distribution des fréquences du score « Jefferson total » chez les résidents en chirurgie

2. Les résultats concernant les professeurs de chirurgie :

Un total de 40 questionnaires a été distribué, tous étaient exploitables.

2.1. Données professionnelles et socio-démographiques :

a. Âge :

Les âges des différents professeurs de chirurgie participants à l'étude sont répartis comme suit. (Figure 29)

L'âge moyen était de 46,56 avec des extrêmes allant de 33 à 65 ans.

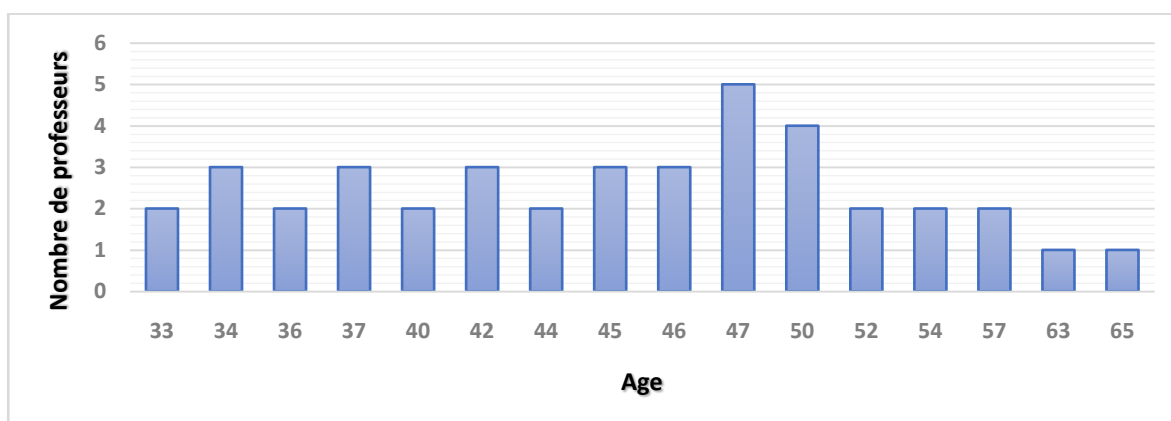


Figure 29 : Distribution des fréquences d'âge des professeurs de chirurgie.

b. Genre :

Nous avons eu une prédominance du sexe masculin (80%) par rapport au sexe féminin (20%). (Figure 30), avec un sexe ratio (H/F) de 4.00.

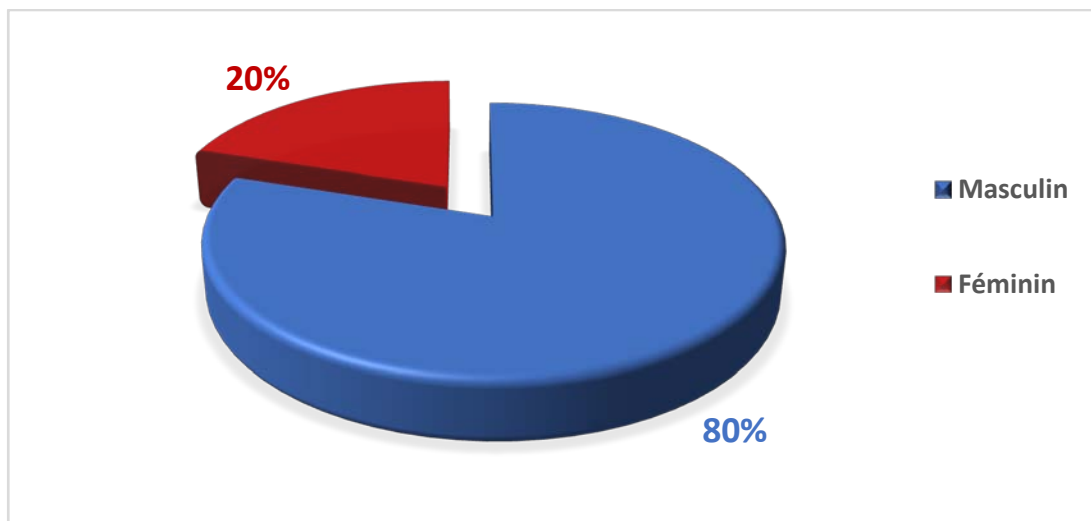


Figure 30 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon le genre.

c. Statut marital :

Nous avons eu un pourcentage de 85% de professeurs mariés, 10% étaient célibataires, et 5% étaient divorcés. (Figure 31)

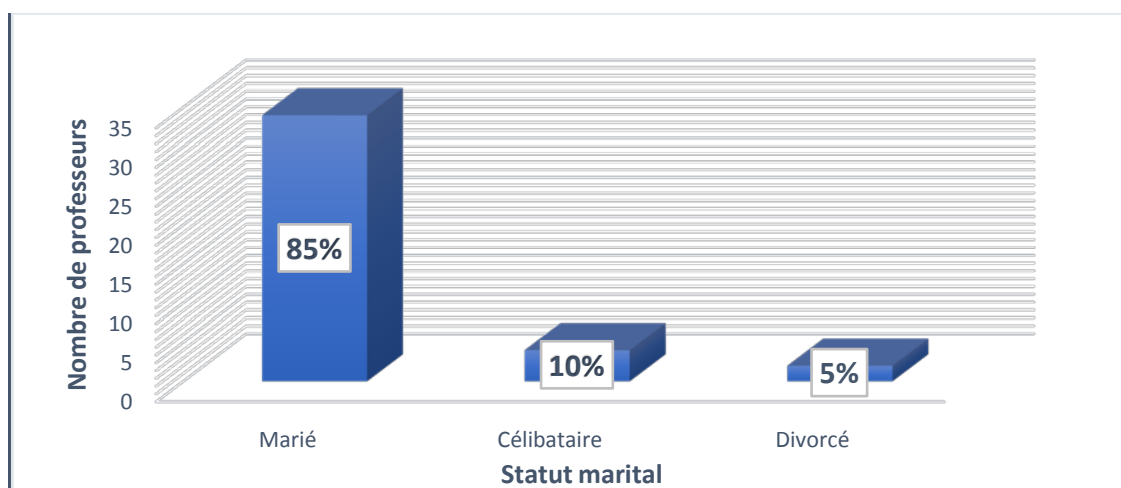


Figure 31 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon le statut marital.

d. Nombre d'enfants :

Le nombre d'enfants variait entre 0 et 4 enfants. 24% des professeurs n'avaient pas d'enfants, 15% avaient un seul enfant, 37% avaient 2 enfants, 21% avaient 3 enfants et 3% avaient 4 enfants. (Figure 32)

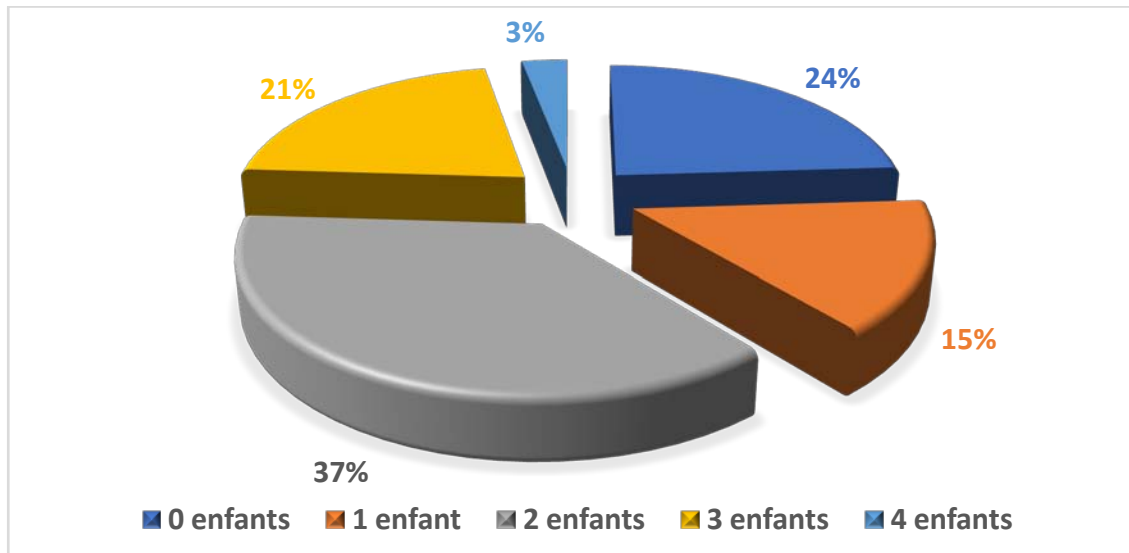


Figure 32 : Distribution en pourcentage des professeurs de chirurgie selon le nombre d'enfants.

e. Statut professionnel :

Les professeurs de l'enseignement supérieur représentaient la majorité de l'échantillon étudié avec un pourcentage de 55%, suivis des professeurs agrégés (25%), des professeurs assistants (15%), et des professeurs retraités (5%) (Figure 33)

Parmi les professeurs de notre échantillon, 30% étaient issus du corps médical militaire. (Figure 34)

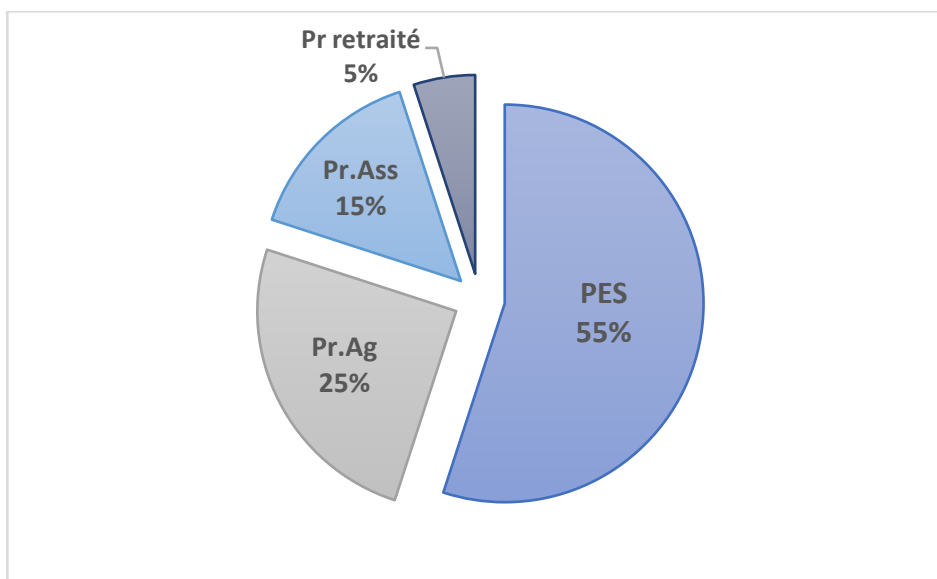


Figure 33 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon le statut professionnel.

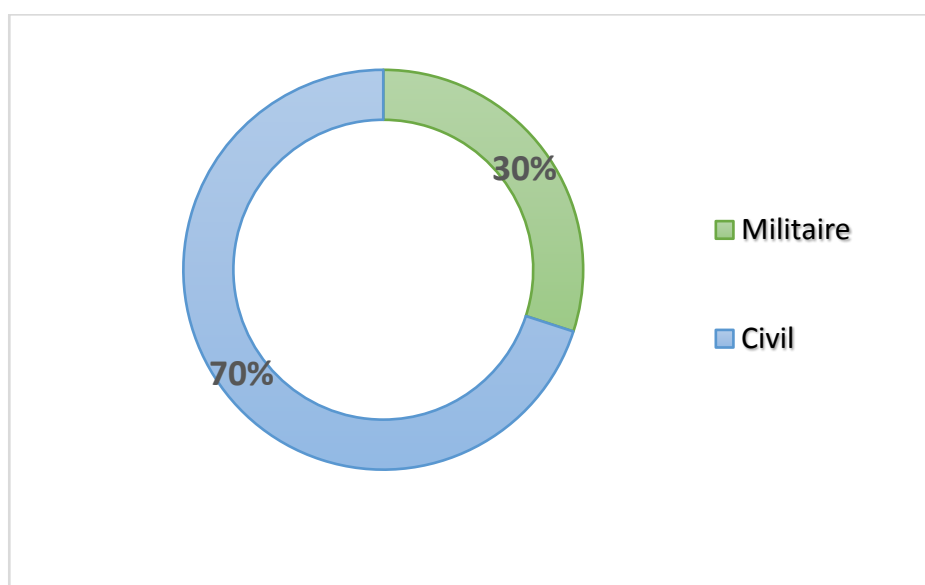


Figure 34 : Distribution en pourcentage des professeurs de chirurgie selon l'appartenance au corps médical militaire ou civil.

f. Souhait de faire médecine et de poursuivre le cursus en chirurgie :

Dans notre échantillon, 5% des professeurs de chirurgie ne souhaitent pas faire médecine (Figure 35), tandis que la totalité des professeurs désiraient poursuivre leur cursus en chirurgie.

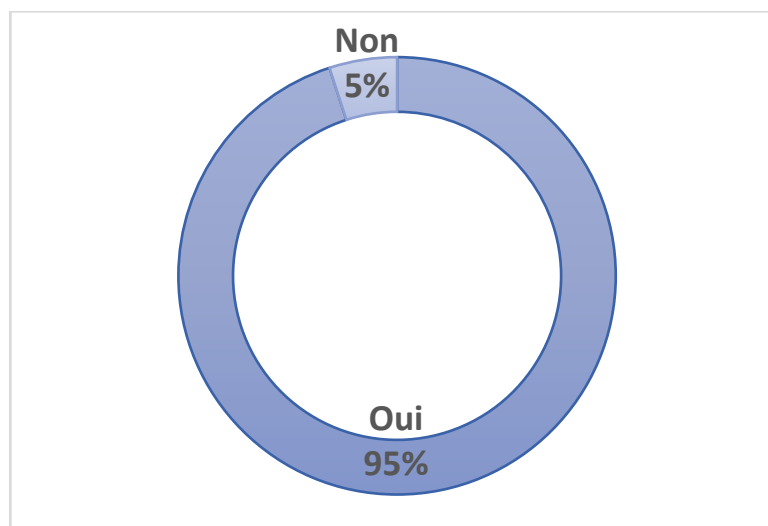


Figure 35 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon le souhait de faire médecine.

g. Circonstances de pratique quotidienne :

Le nombre de gardes chez les professeurs de chirurgie durant les trois derniers mois qui précédaient la passation du formulaire d'étude, variait entre 0 et 21 gardes. Avec une moyenne de 10,50 gardes par mois. (Figure 36)

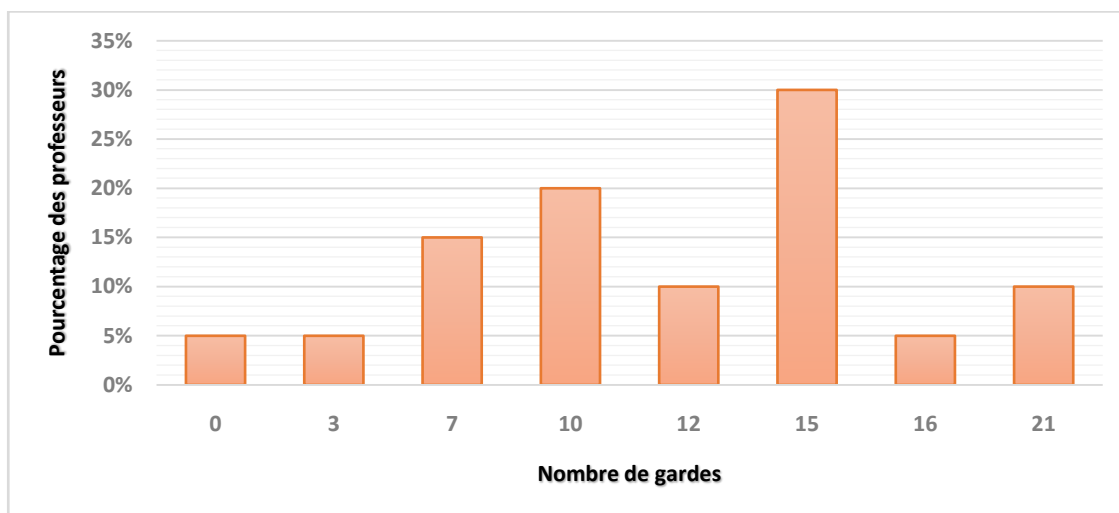


Figure 36 : Distribution en pourcentage du nombre de gardes durant les 3 derniers mois chez les professeurs de chirurgie.

Dans notre échantillon, 20% des professeurs participants avaient besoin de moins de 10 min pour arriver à l'hôpital, 70% avaient besoin de 10 à 30 min, tandis que 10% faisaient plus de 30min de trajet. (Figure 37)

5% des professeurs passaient en moyenne moins de 4h par jour au CHU, 20% y passaient 4 à 6h, tandis qu'une majorité de 75% travaillaient entre 6 à 10h par jour à l'hôpital. (Figure 38)

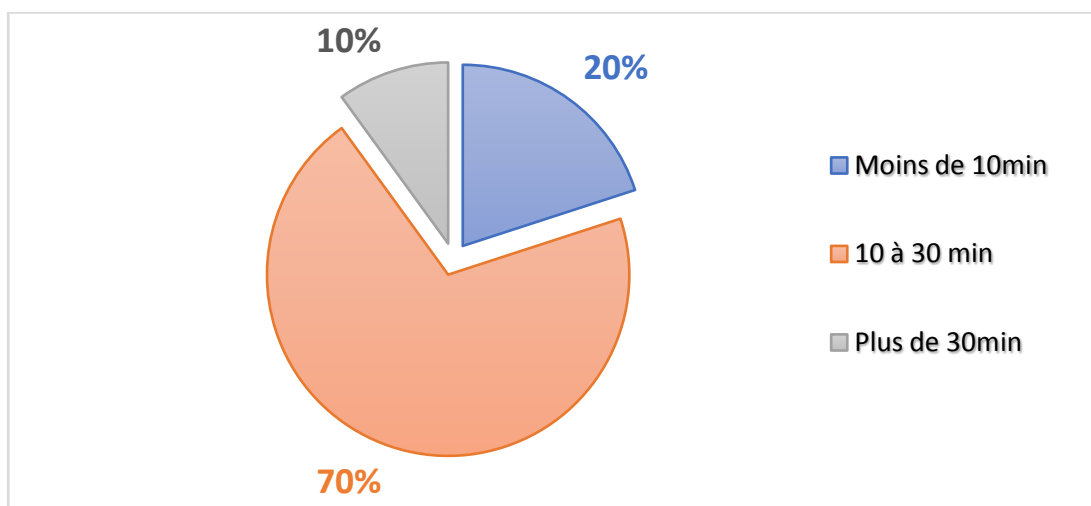


Figure 37 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon temps nécessaire pour arriver au CHU.

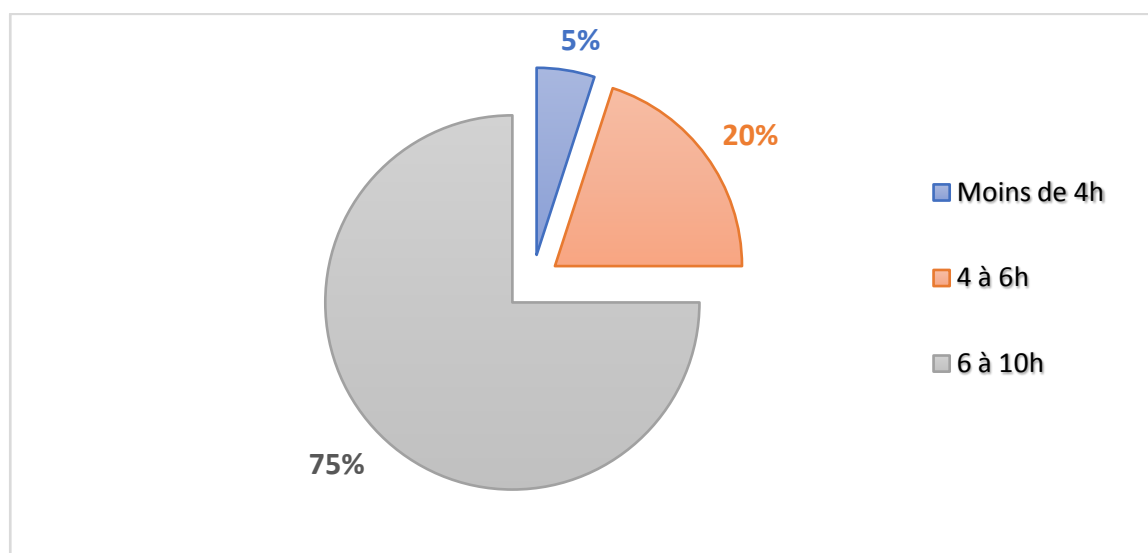


Figure 38 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la durée moyenne passée au CHU par jour.

Nous avons également eu 10% des professeurs de chirurgie qui estiment que leur charge de travail représente moins de 50% de leur quotidien, 65% affirment qu'elle constitue entre 50 à 70% de leur vie quotidienne, tandis que 25% des professeurs ont une charge de travail qui occupe plus de 70% de leur temps quotidien. (Figure 39)

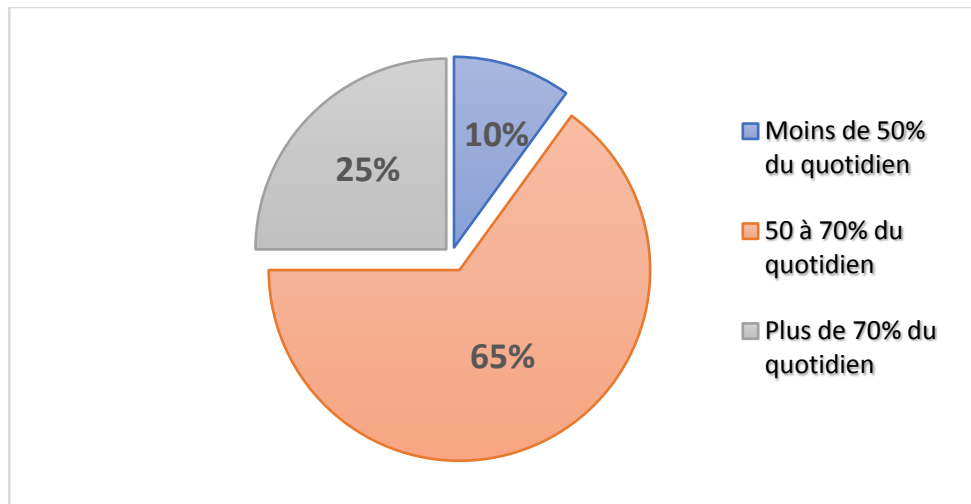


Figure 39 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la charge de travail quotidienne.

h. Antécédents personnels et familiaux :

Dans notre échantillon, 85% des professeurs ont déclaré avoir un antécédent familial de maladie chronique. (Figure 40)

Le diabète type 2 était l'antécédent le plus fréquent avec un pourcentage de 48%, suivi de l'HTA à 40%. (Figure 41)

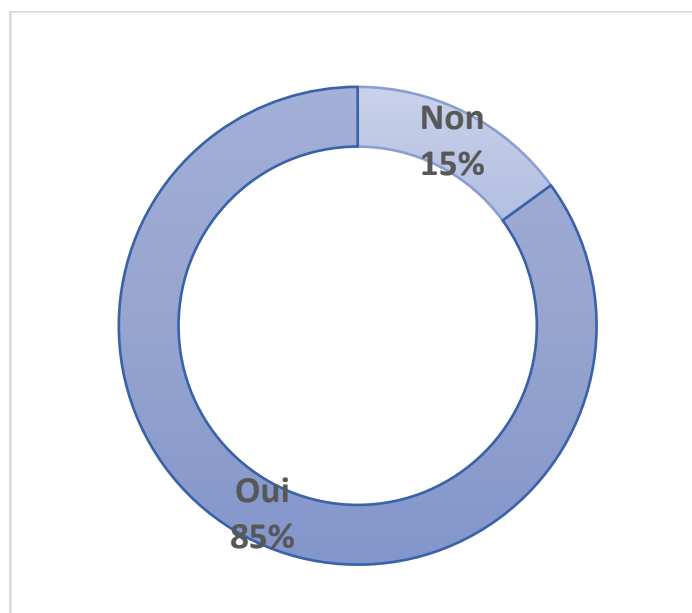


Figure 40 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

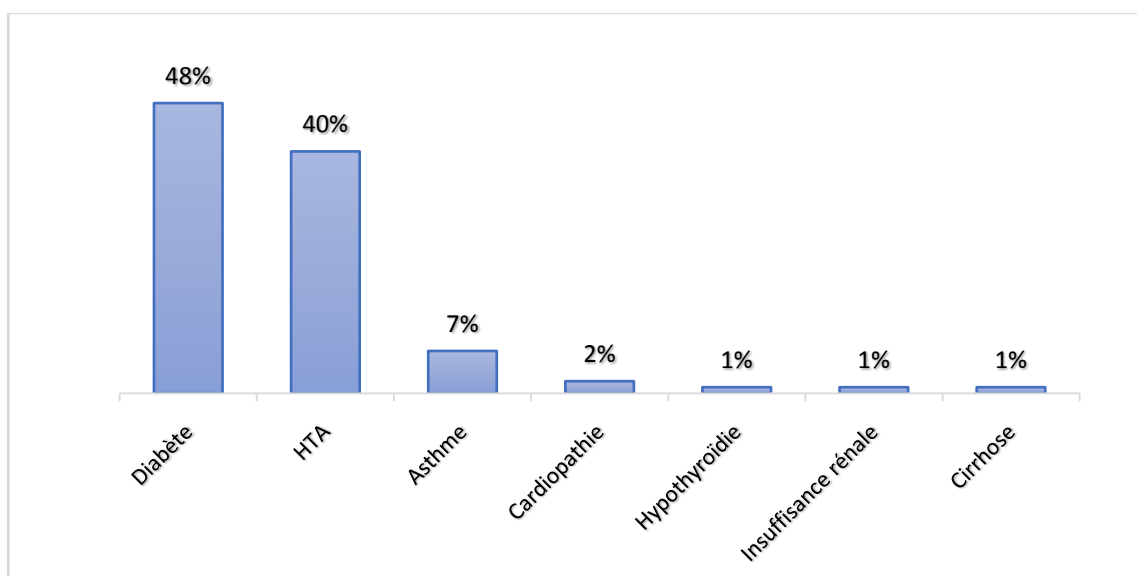


Figure 41 : Distribution en pourcentage des types d'antécédents familiaux de maladie chronique chez les professeurs de chirurgie.

Nous avons eu 40% des professeurs de chirurgie qui avaient une maladie chronique (Figure 42), avec l'HTA comme maladie prédominante à 60% suivie de l'arthrose à 25%. (Figure 43)

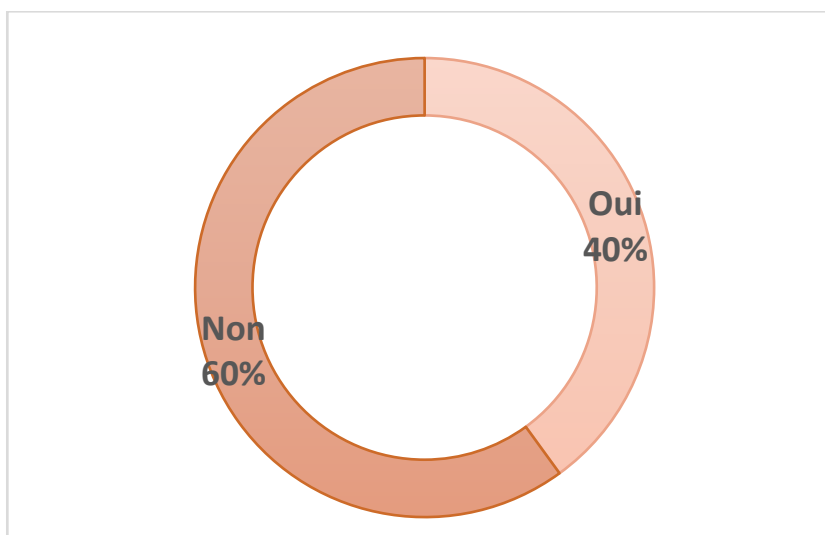


Figure 42 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

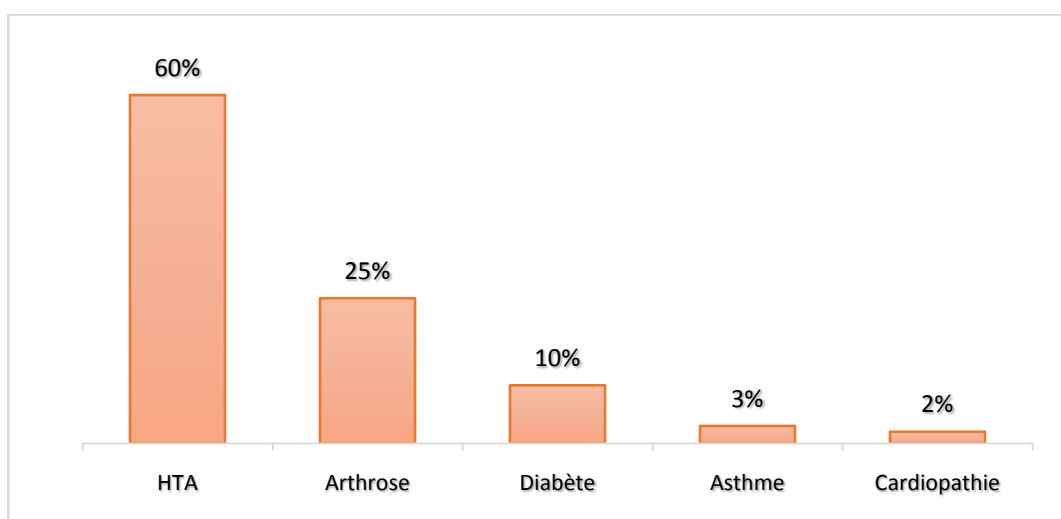


Figure 43 : Distribution en pourcentage des types de maladies chroniques chez les professeurs de chirurgie.

Nous avons trouvé que 10 % des professeurs en chirurgie avaient une maladie psychiatrique (Figure 44).

Les troubles anxieux représentaient la cause la plus fréquente à 75%, suivis de la dépression à 25%. (Figure 45)

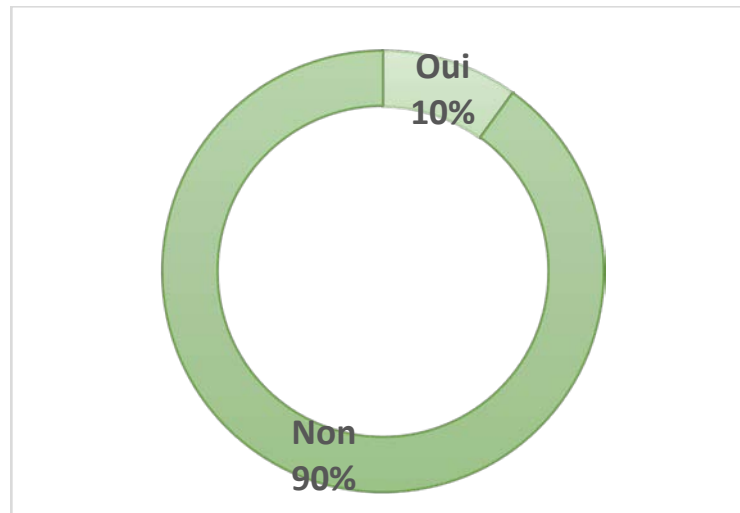


Figure 44 : Répartition en pourcentage des professeurs en chirurgie selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

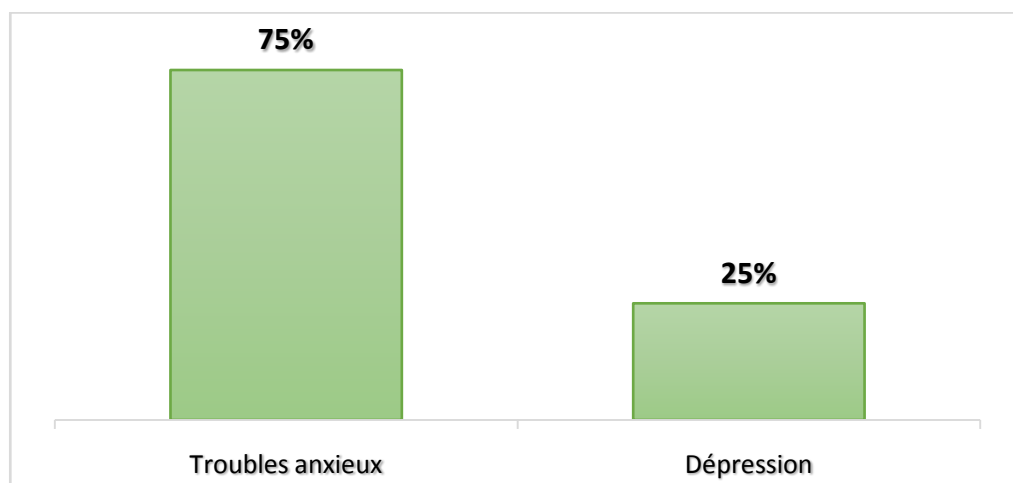


Figure 45 : Distribution en pourcentage des types de maladies psychiatriques chez les professeurs de chirurgie.

i. Interactions autour de l'acte opératoire :

i.1. Temps préopératoire :

Dans notre échantillon, 95% des professeurs en chirurgie estiment que la déclaration de l'acte opératoire au patient est indispensable aux urgences. Tandis que 5% la considèrent comme non obligatoire (Figure 46).

Concernant la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient en situation d'urgence, 80% des professeurs la considèrent comme obligatoire, et 20% jugent qu'il est possible de s'en dispenser (Figure 47).

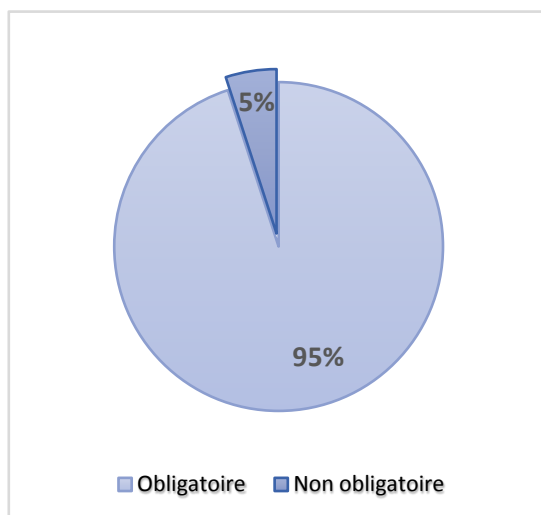


Figure 46 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la déclaration l'acte opératoire au patient aux urgences.

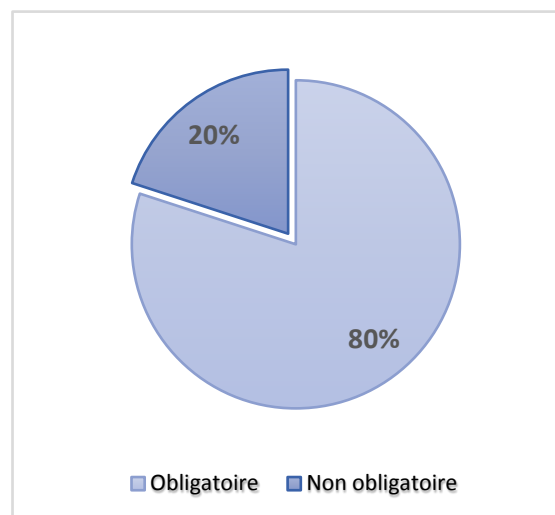


Figure 47 : Répartition en pourcentage des professeurs de chirurgie selon la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences.

Pour l'information du patient sur l'acte opératoire, 95% des professeurs de chirurgie ont déclaré qu'elle est indispensable en préopératoire, tandis que 5% la considèrent comme non obligatoire. (Figure 48)

En ce qui concerne l'explication de l'acte opératoire au patient, 10% des professeurs y consacrent moins de 5 min, 60% prennent 5 à 15 min pour expliquer l'acte au malade, tandis que 30% y consacrent plus de 15 min. (Figure 49)

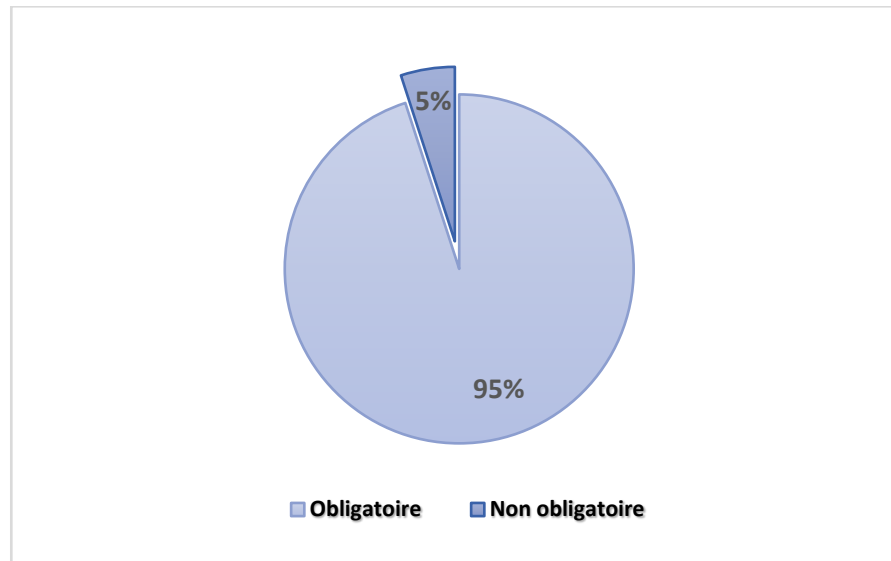


Figure 48 : Répartition en pourcentage des professeurs selon l'information du patient sur l'acte opératoire.

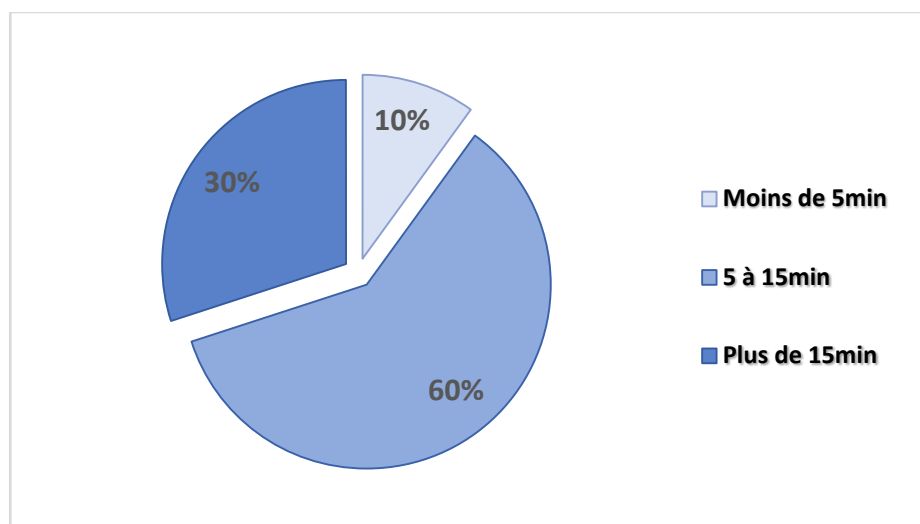


Figure 49 : Distribution en pourcentage des professeurs selon le temps d'explication de l'acte opératoire au patient.

i.2. Temps peropératoire :

60% des professeurs de chirurgie ont déclaré avoir rencontré des difficultés opératoires pendant moins de 30% du total de leurs interventions chirurgicales, tandis que 40% en ont rencontré lors de 30 à 50% de leurs opérations totales (Figure 50).

Ces difficultés opératoires étaient principalement liées au matériel chirurgical avec un pourcentage de 45%, puis les causes liées au patient avec un pourcentage de 30%, tandis que 15% des causes étaient liées à l'état personnel des professeurs pendant leurs interventions (Figure 51).

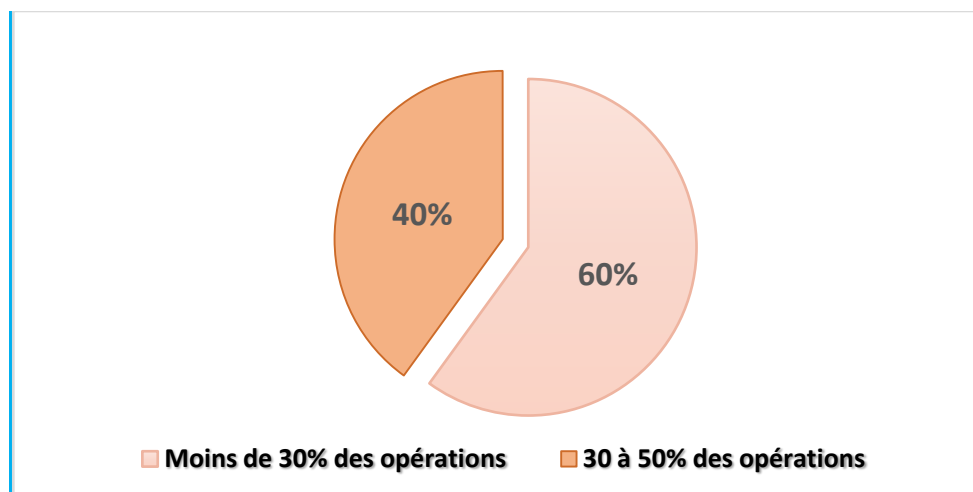


Figure 50 : Répartition en pourcentage des difficultés intra-opératoires par rapport au total des opérations chez les professeurs de chirurgie.

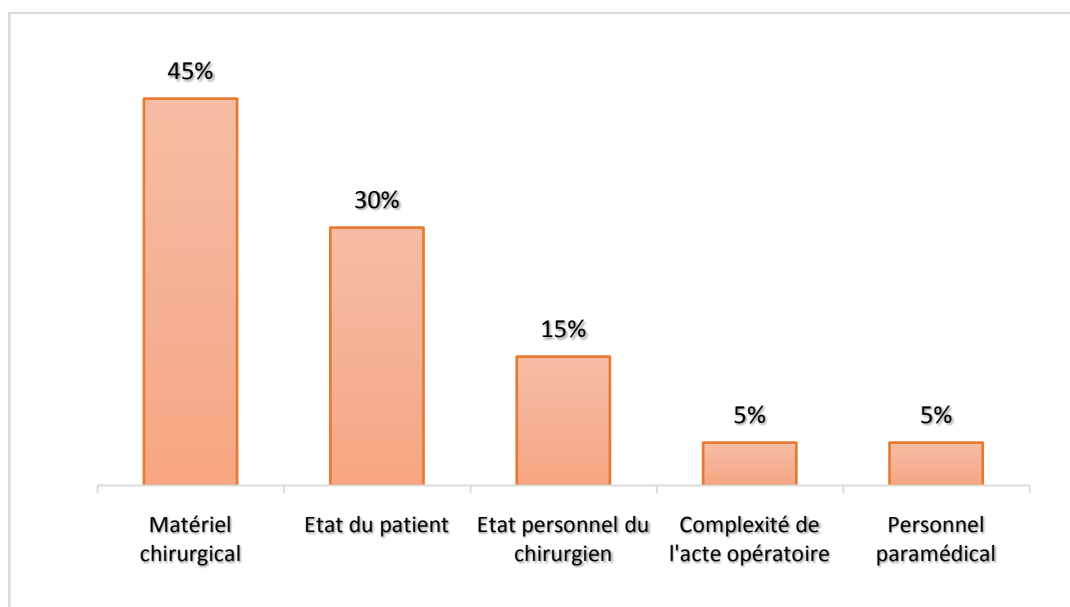


Figure 51 : Distribution en pourcentage des types de difficultés intra-opératoires rencontrées par les professeurs de chirurgie.

i.3. Temps post-opératoire :

Dans notre échantillon, 10% des professeurs ont déclaré qu'aucun de leurs malades traités n'avait eu de complications post-opératoires, tandis que 90% ont affirmé que moins de 30% de leurs patients opérés avaient rencontré des complications en post-opératoire. (Figure 52)

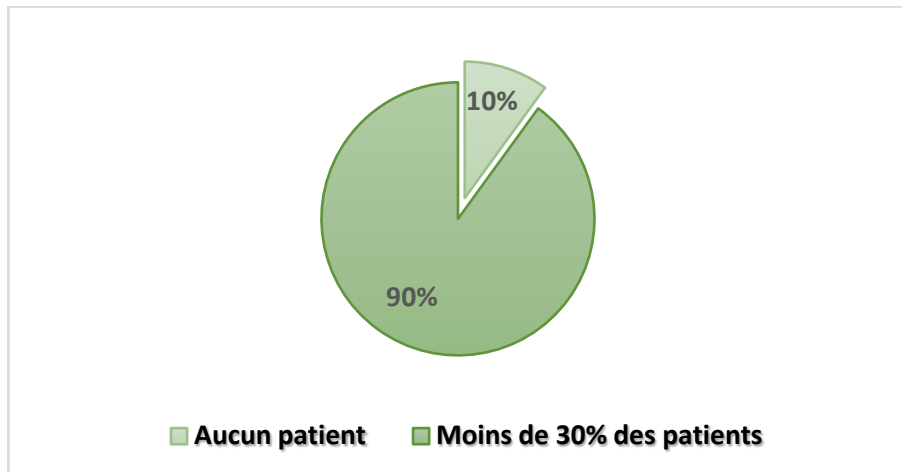


Figure 52 : Distribution en pourcentage des professeurs selon le nombre de patients ayant eu des complications post-opératoires.

En ce qui concerne la visite post-opératoire au lit du patient, 30% des professeurs ont déclaré qu'ils y consacrent moins de 5 min, 65% prennent entre 5 à 15 min pour faire leur visite, tandis que 5% y consacrent plus de 15 min. (Figure 53)

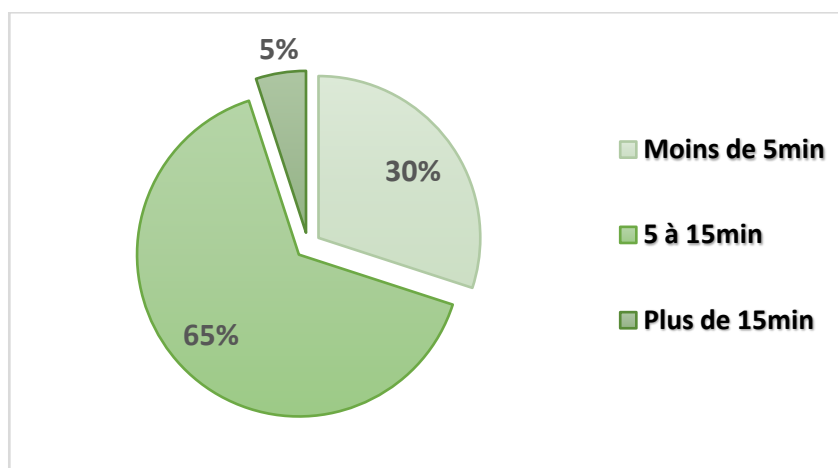


Figure 53 : Distribution en pourcentage des professeurs selon la durée de visite post-opératoire au lit du patient.

Concernant le suivi des patients, 90% des professeurs participants ont affirmé faire un suivi systématique de leurs malades après leur sortie, tandis que 10% ne le faisaient pas systématiquement.

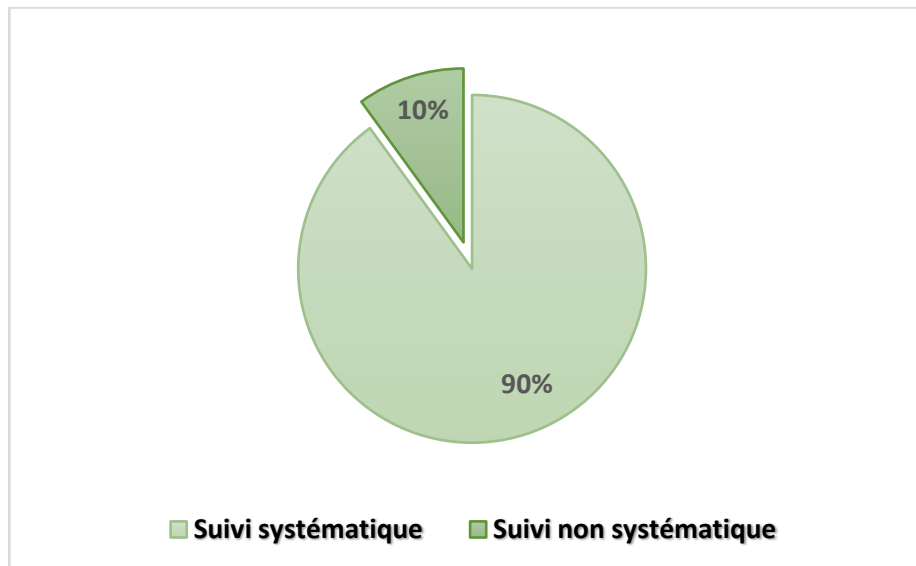


Figure 54 : Répartition en pourcentage des professeurs selon le suivi des patients en post-opératoire.

2.2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

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

Tableau II : Les moyennes des scores des professeurs de chirurgie pour chaque item de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1	40	4.95	1.623
2	40	4.62	1.749
3	40	3.85	1.528
4	40	4.63	1.689
5	40	4.30	1.367
6	40	3.91	1.273
7	40	4.31	1.636
8	40	4.09	1.614
9	40	4.72	1.525
10	40	4.67	1.648
11	40	4.40	1.285
12	40	4.43	1.316
13	40	4.61	1.509
14	40	3.76	1.380
15	40	4.52	1.602
16	40	4.95	1.547
17	40	4.54	1.639
18	40	4.87	1.694
19	40	3.07	0.798
20	40	5.43	1.156

Items sous l'échelle « prise de perspective » : 2/4/5/9/10/13/15/16/17/20/

Items sous l'échelle « compréhension émotionnelle » : 1/7/8/11/12/14/18/19/

Items sous l'échelle « se mettre à la place du patient » : 3/6/

La moyenne du score « Jefferson total » des professeurs de chirurgie était de 88,63 avec un score minimal de 40 et un maximal de 131. Le pic des fréquences des scores était de 98 chez 12.5% (n=5) des professeurs. (Figure 55)

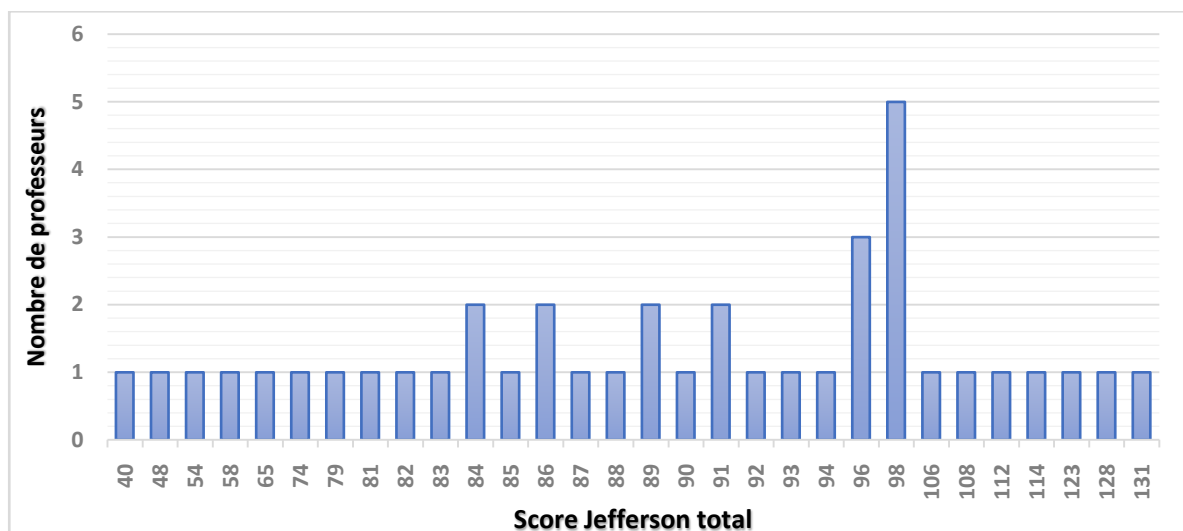


Figure 55 : Distribution des fréquences du score « Jefferson total » chez les professeurs de chirurgie.

3. Les résultats concernant les chirurgiens du secteur privé :

Nous avons distribué un total de 40 questionnaires dont 36 étaient exploitables.

3.1 Données professionnelles et socio-démographiques :

a. Âge :

Dans notre échantillon, les âges des praticiens du privé étaient répartis comme suit. (Figure 56)

L'âge moyen était de 45,46 avec des extrêmes allant de 36 à 60 ans.

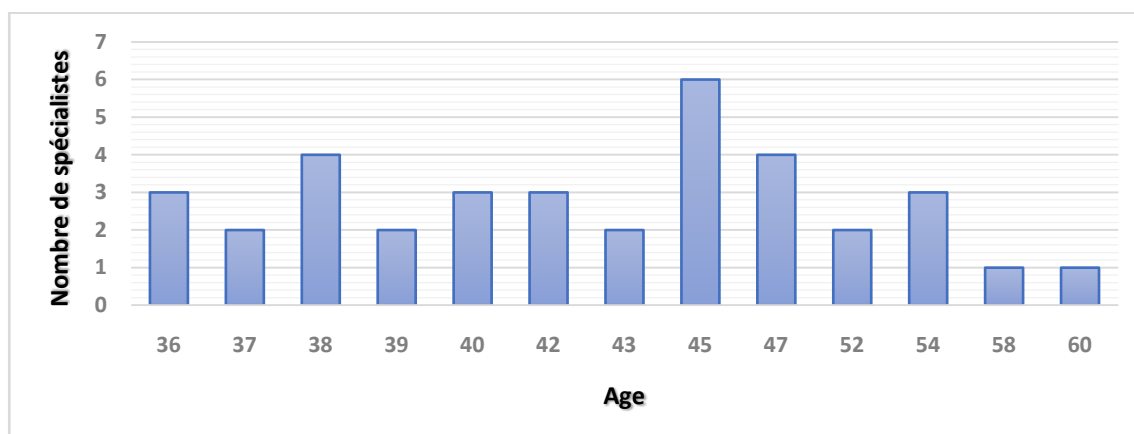


Figure 56 : Distribution des fréquences d'âge des spécialistes du secteur privé.

b. Genre :

Nous avons eu une prédominance du sexe masculin (75%) par rapport au sexe féminin (25%) (Figure 57), avec un sexe ratio (H/F) de 3.00.

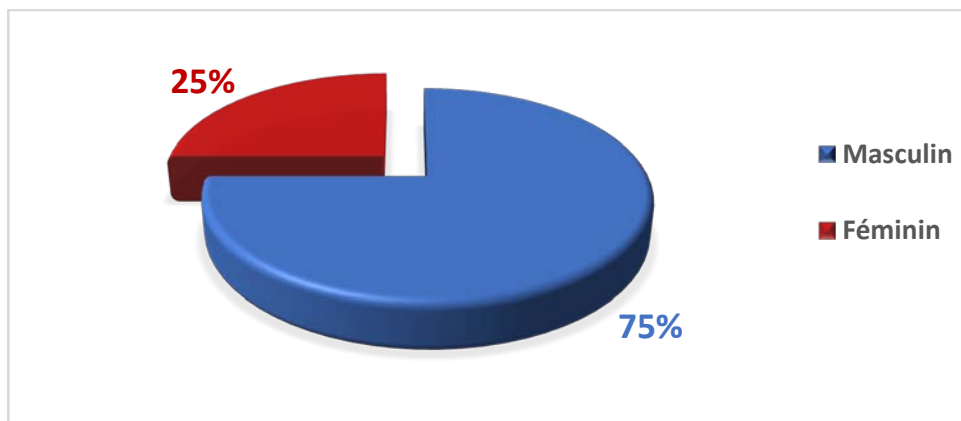


Figure 57 : Répartition en pourcentage des spécialistes du secteur privé selon le genre.

c. Statut marital :

Nous avons eu un pourcentage de 86% qui étaient mariés, 11% étaient célibataires, et 3% étaient divorcés. (Figure 58)

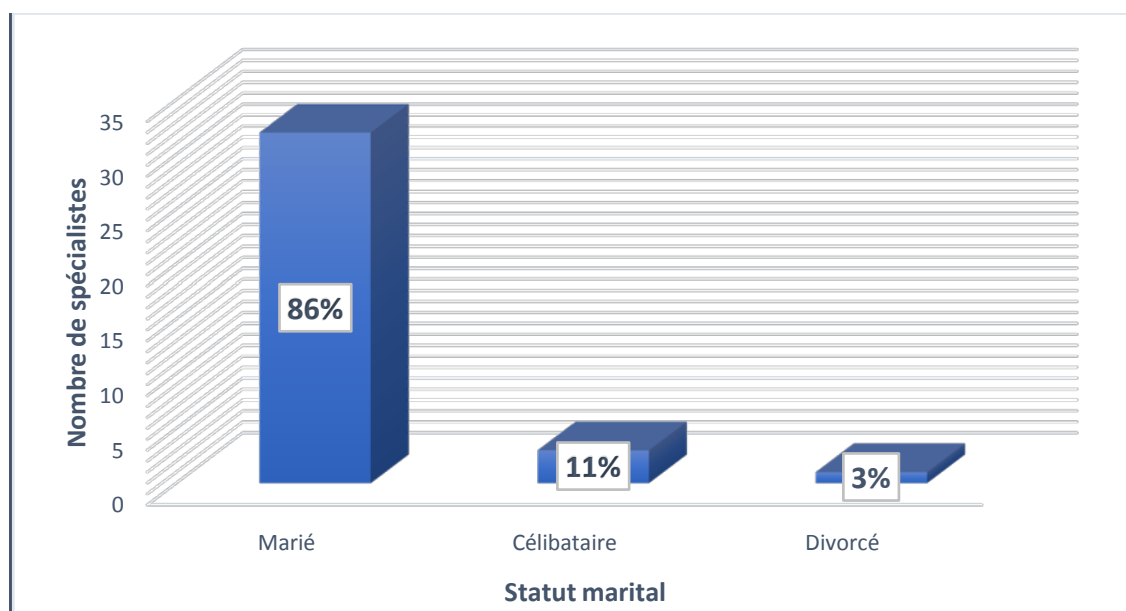


Figure 58 : Répartition en pourcentage des spécialistes du secteur privé selon le statut marital.

d. Nombre d'enfants :

Le nombre d'enfants chez les spécialistes participants variait entre 0 et 3.

11% n'avaient pas d'enfants, 48% avaient un seul enfant, 33% avaient 2 enfants, et 8% avaient 3 enfants. (Figure 59)

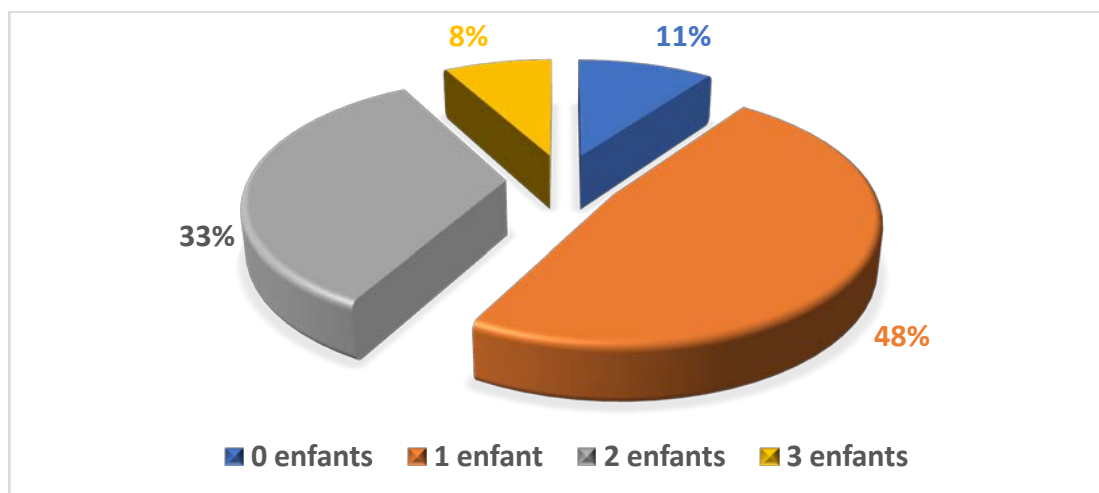


Figure 59 : Distribution en pourcentage des spécialistes du privé selon le nombre d'enfants.

e. Statut professionnel :

Dans notre échantillon, 94% des spécialistes participants étaient des chirurgiens en cours d'activité, tandis que 6% étaient des anciens praticiens ou retraités.

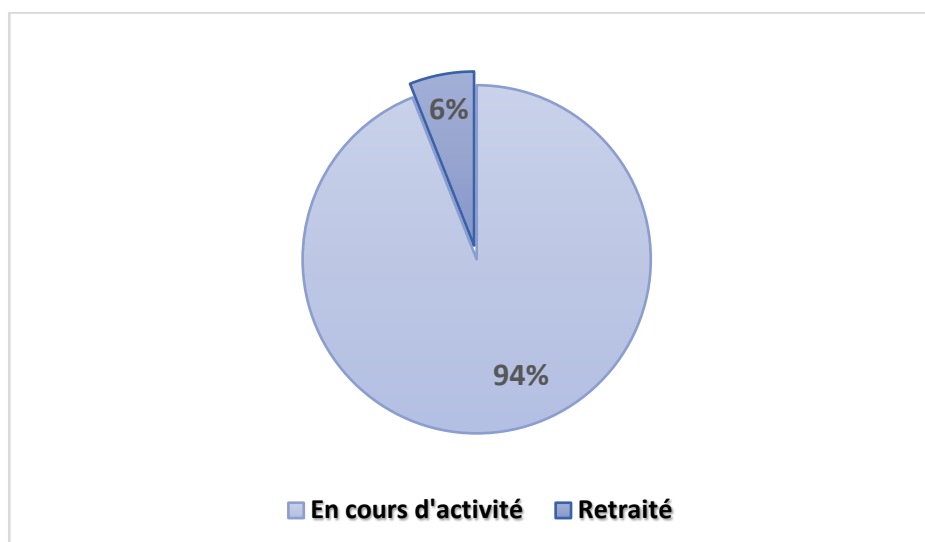


Figure 60 : Répartition en pourcentage des spécialistes du privé selon le statut professionnel.

f. Souhait de faire médecine et de poursuivre le cursus en chirurgie :

Nous avons eu un pourcentage de 5% des spécialistes qui ne souhaitaient pas faire médecine (Figure 61), tandis que tous les spécialistes de notre échantillon désiraient poursuivre leur cursus en chirurgie.

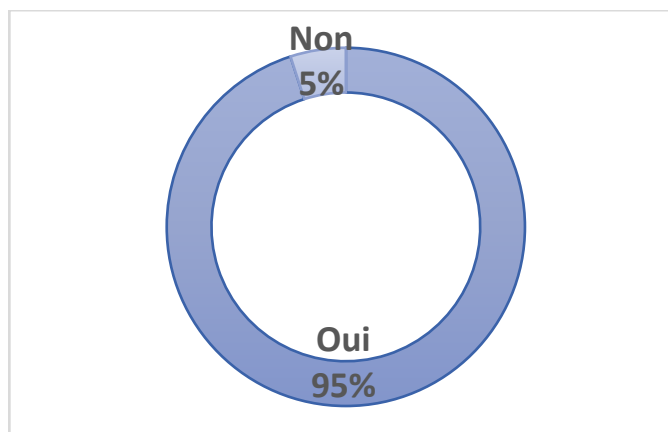


Figure 61 : Répartition en pourcentage des chirurgiens du privé selon le souhait de faire médecine

g. Circonstances de pratique quotidienne :

Le nombre de gardes chez les spécialistes du privé durant les trois derniers mois qui précédaient la délivrance du questionnaire, variait entre 0 et 15 gardes. Avec une moyenne de 7,25 gardes par mois. (Figure 62)

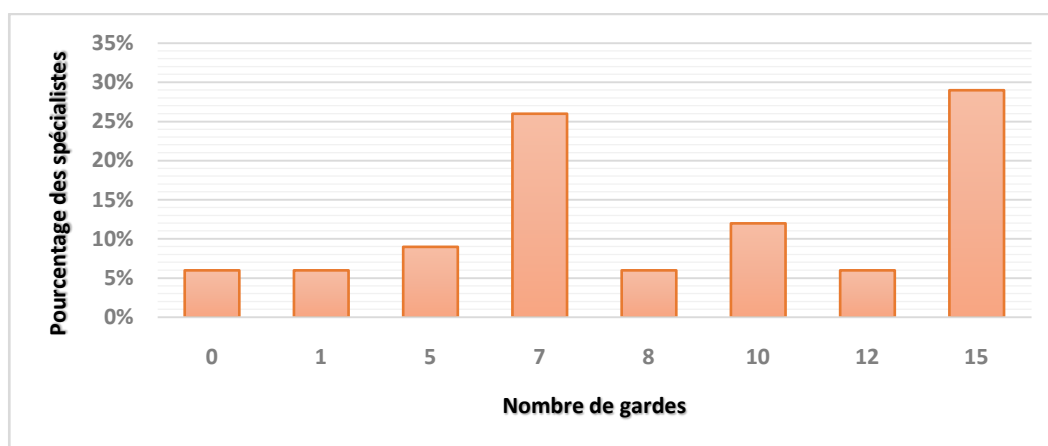


Figure 62 : Distribution en pourcentage du nombre de gardes durant les 3 derniers mois chez les spécialistes du secteur privé.

La majorité des spécialistes participants (75%) avaient besoin de 10 à 30min pour arriver à leur lieu de travail, 14% avaient besoin de moins de 10min, tandis que 11% faisaient plus de 30min de trajet. (Figure 63)

25% des chirurgiens du privé passaient en moyenne moins de 4h par jour au lieu de travail (clinique/cabinet médical), 25% y passaient 4 à 6h par jour, tandis que la majorité (50%) travaillaient entre 6 à 10h par jour au niveau de leurs établissements privés. (Figure 64)

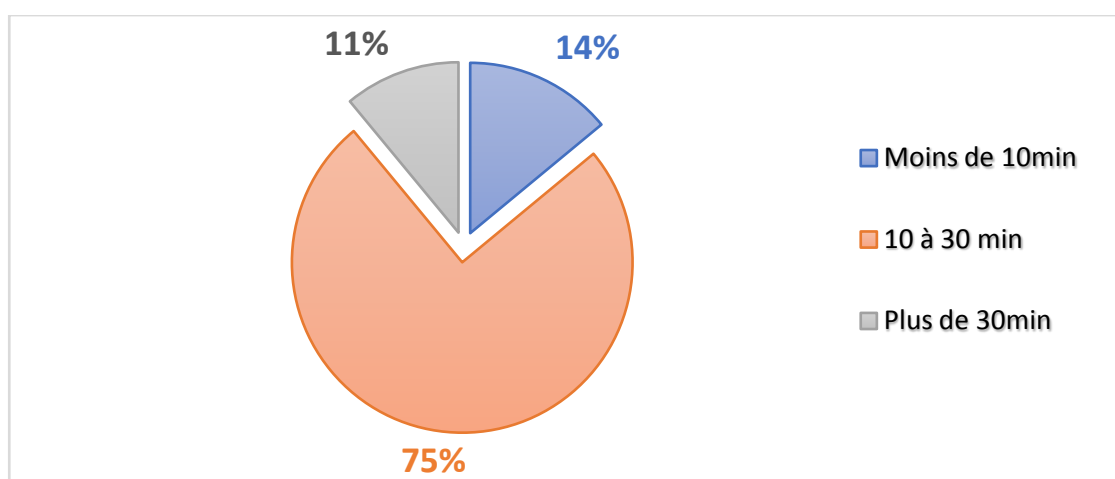


Figure 63 : Répartition en pourcentage des spécialistes du privé selon temps nécessaire pour arriver au lieu de travail.

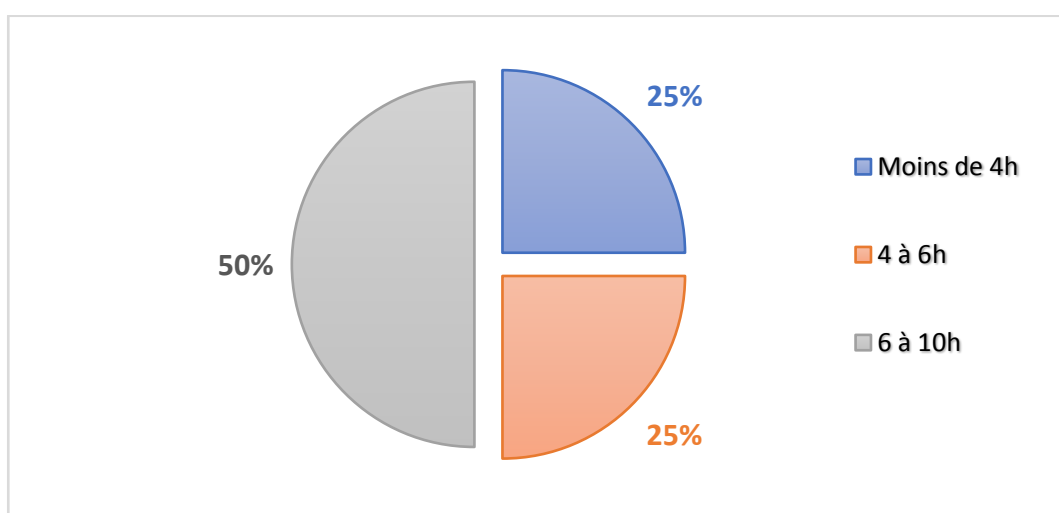


Figure 64 : Répartition en pourcentage des chirurgiens du privé selon la durée moyenne passée au lieu de travail par jour.

Dans notre échantillon, 12% des spécialistes ont déclaré que leur charge de travail constituait moins de 50% de leur quotidien, 64% ont affirmé qu'elle représentait entre 50 à 70% de leur vie quotidienne, tandis que 24% avaient une charge de travail qui occupait plus de 70% de leur temps quotidien. (Figure 65)

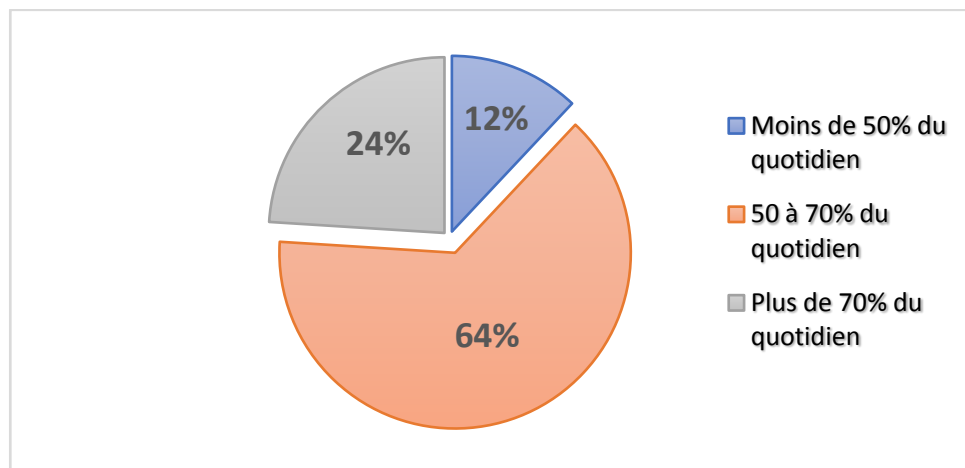


Figure 65 : Répartition en pourcentage des spécialistes du privé selon la charge de travail quotidienne.

h. Antécédents personnels et familiaux :

Dans notre étude, 80% des spécialistes du privé ont déclaré avoir un antécédent familial de maladie chronique. (Figure 66) Le diabète était l'antécédent le plus fréquent avec un pourcentage de 32%, suivi de l'HTA à 28%. (Figure 67)

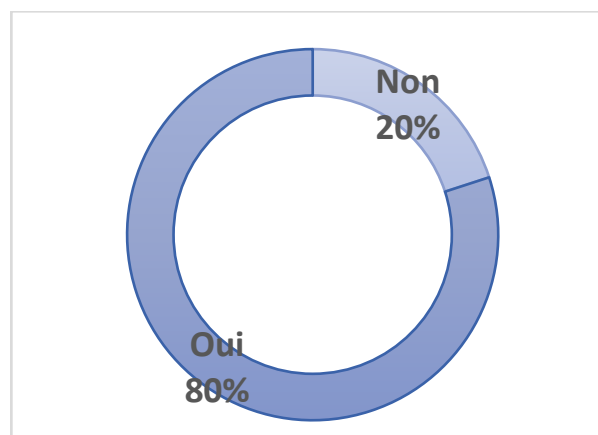


Figure 66 : Répartition en pourcentage des spécialistes du privé selon la présence ou non d'antécédent familial de maladie chronique.

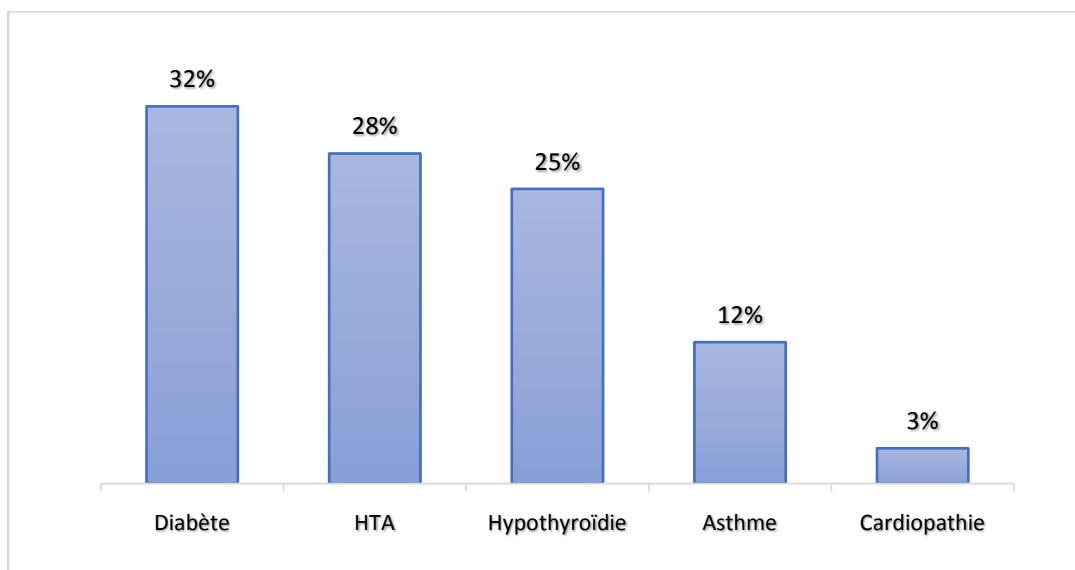


Figure 67 : Distribution en pourcentage des types d'antécédents familiaux de maladie chronique chez les spécialistes du secteur privé.

36% des spécialistes avaient une maladie chronique personnelle (Figure 68), avec l'arthrose comme maladie prédominante à 39%, suivie du diabète type 2 à 28%. (Figure 69)

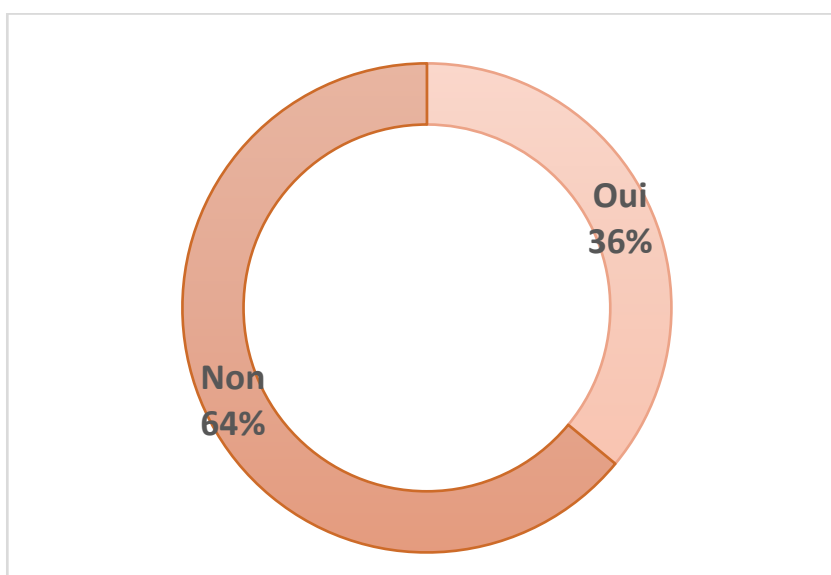


Figure 68 : Répartition en pourcentage des chirurgiens du privé selon la présence ou non de maladie chronique personnelle.

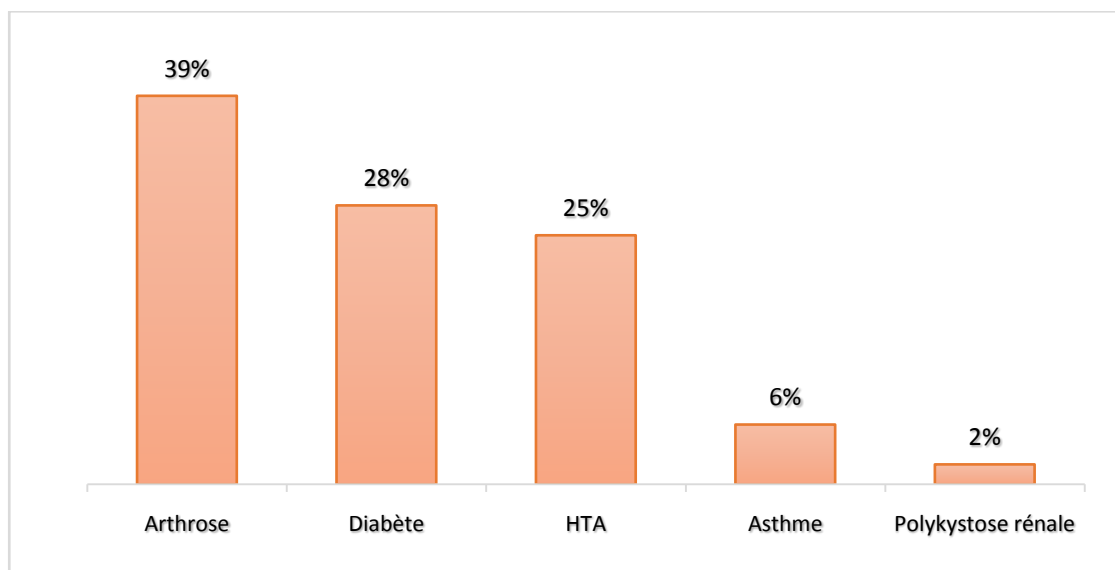


Figure 69 : Distribution en pourcentage des types de maladies chroniques chez les chirurgiens du secteur privé.

Dans notre échantillon, 14% des spécialistes participants ont déclaré avoir une maladie psychiatrique personnelle. (Figure 70)

La dépression était la maladie prédominante à 60% suivie des troubles anxieux à 40%. (Figure 71)

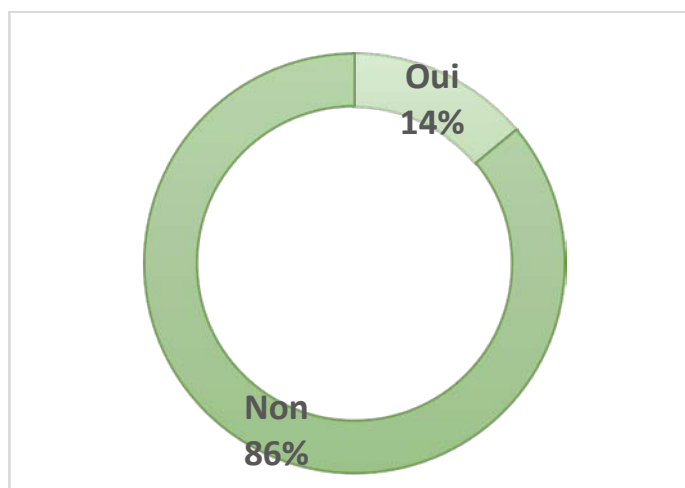


Figure 70 : Répartition en pourcentage des chirurgiens du privé selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

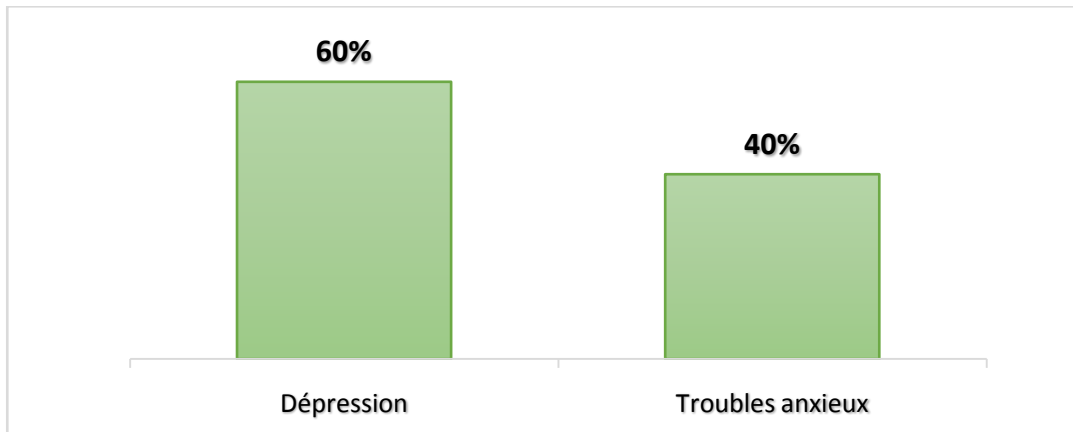


Figure 71 : Distribution en pourcentage des types de maladies psychiatriques chez les chirurgiens du secteur privé.

i. Interactions autour de l'acte opératoire :

i.1. Temps préopératoire :

Dans notre échantillon étudié, tous les chirurgiens du privé considèrent que la déclaration de l'acte opératoire au patient est indispensable aux urgences.

En ce qui concerne la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient en situation d'urgence, 89% des spécialistes estiment qu'elle est indispensable, et 11% la considèrent comme non obligatoire. (Figure 72)

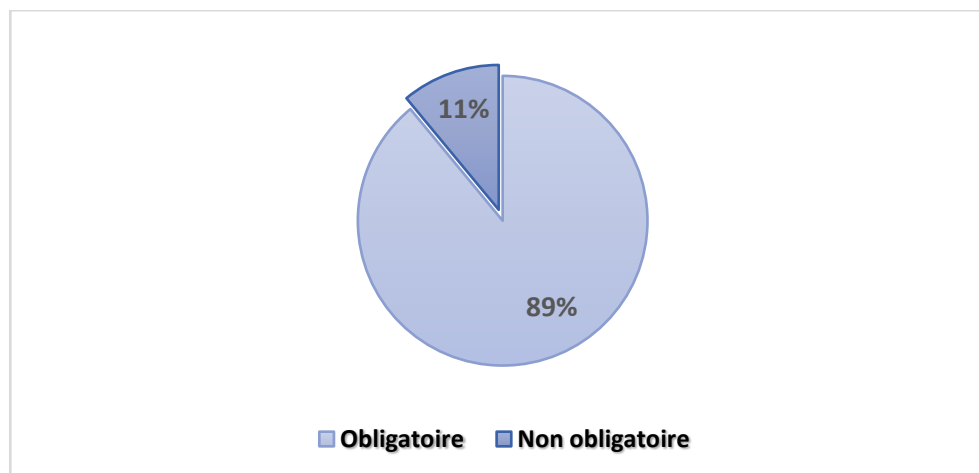


Figure 72 : Répartition en pourcentage des chirurgiens du privé selon la déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences.

Concernant l'information du patient à propos de l'acte opératoire, la totalité des spécialistes de l'échantillon ont déclaré qu'elle est un élément indispensable en préopératoire.

Pour l'explication de l'acte opératoire au patient, 11% des spécialistes y consacrent moins de 5 min, 61% prennent 5 à 15 min pour expliquer l'acte au malade, tandis que 28% y consacrent plus de 15 min. (Figure 73)

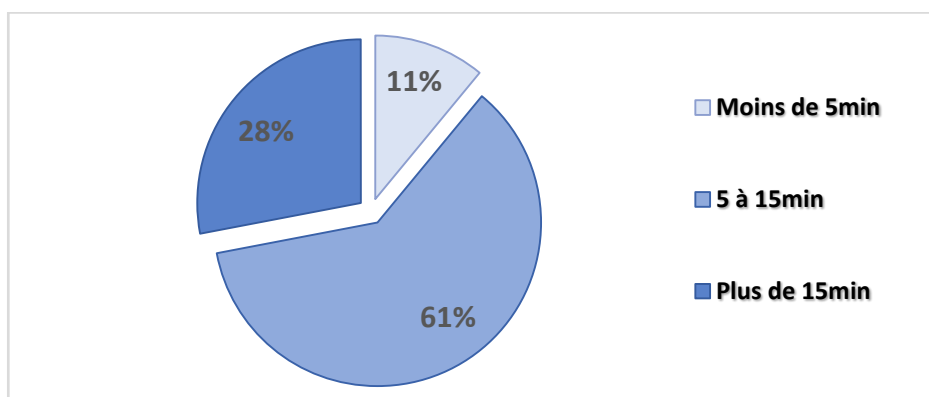


Figure 73 : Distribution en pourcentage des chirurgiens du privé selon le temps d'explication de l'acte opératoire au patient.

i.2. Temps peropératoire :

78% des spécialistes du secteur privé ont déclaré avoir rencontré des difficultés opératoires pendant moins de 30% du total de leurs interventions chirurgicales, tandis que 22% en ont rencontré pendant 30 à 50% de leurs opérations totales. (Figure 74)

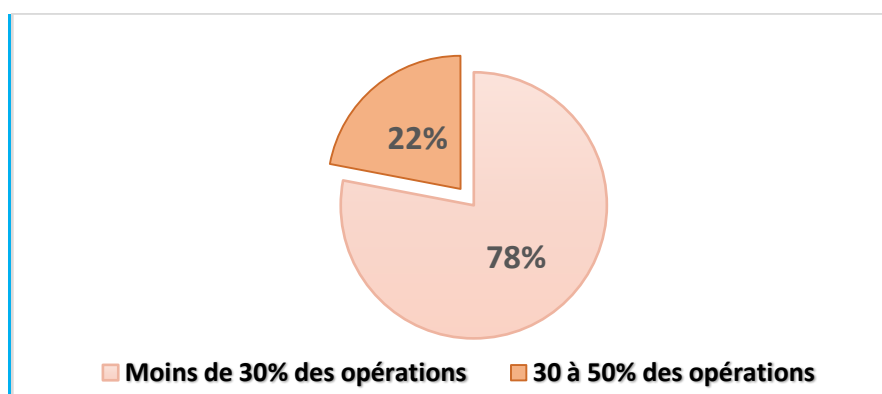


Figure 74 : Répartition en pourcentage des difficultés intra-opératoires par rapport au total des opérations chez les chirurgiens du secteur privé.

Ces difficultés opératoires étaient principalement liées à l'état du patient avec un pourcentage de 61%, puis les causes liées au matériel chirurgical (25%), tandis que 14% des causes étaient liées à l'état personnel des praticiens pendant leurs interventions. (Figure 75)

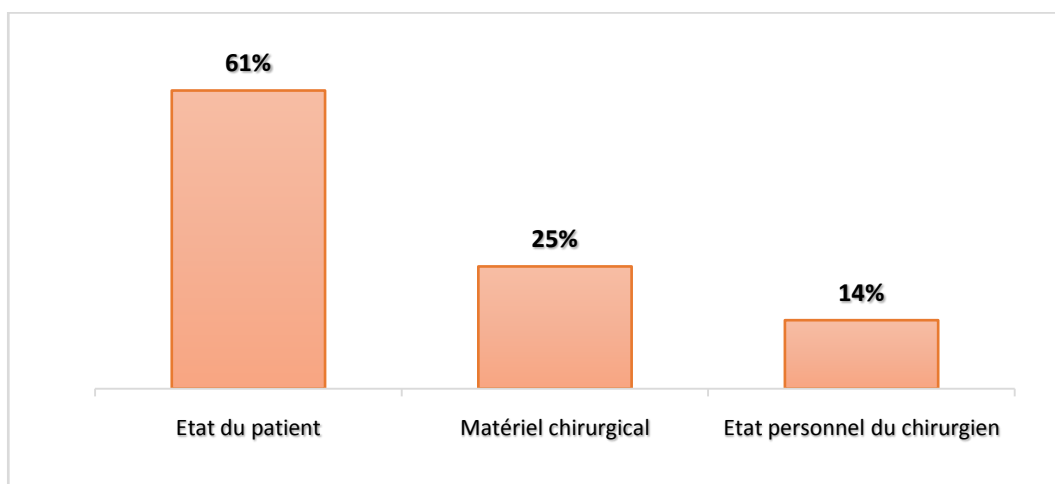


Figure 75 : Distribution en pourcentage des types de difficultés intra-opératoires rencontrées par les chirurgiens du secteur privé.

i.3. Temps post-opératoire :

Dans notre échantillon, 25% des spécialistes ont affirmé qu'aucun de leurs malades traités n'avait eu de complications post-opératoires, tandis que 75% ont déclaré que moins de 30% de leurs patients avaient rencontré des complications en post-opératoire. (Figure 76)

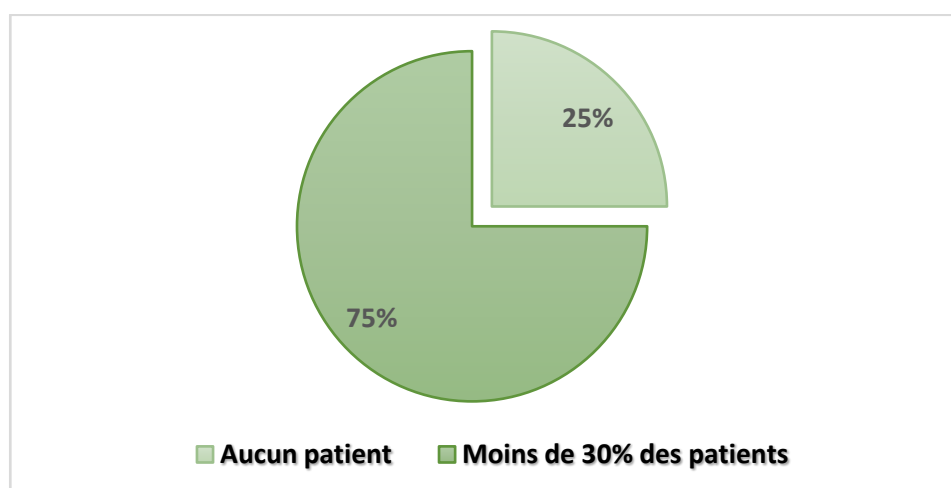


Figure 76 : Distribution en pourcentage des chirurgiens du privé selon le nombre de patients ayant eu des complications post-opératoires.

Concernant la visite post-opératoire au lit du patient, 11% des spécialistes participants ont déclaré qu'ils y consacrent moins de 5 min, 61% prennent entre 5 à 15 min pour faire leur visite, tandis que 28% y consacrent plus de 15 min. (Figure 77)

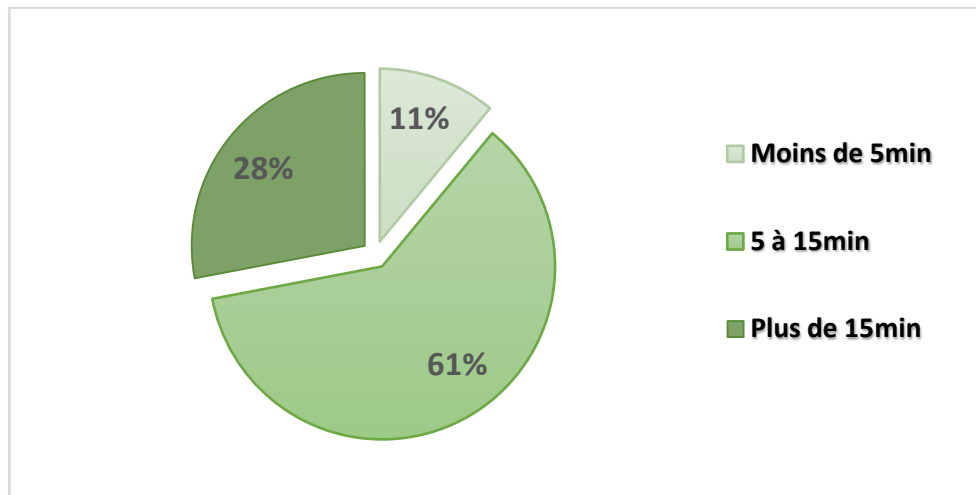


Figure 77 : Distribution en pourcentage des chirurgiens du privé selon la durée de visite post-opératoire au lit du patient.

Concernant le suivi des patients, la totalité des chirurgiens du secteur privé ont affirmé faire un suivi systématique de leurs malades en post-opératoire.

3.2 Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

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

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

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1	36	4.87	1.644
2	36	4.98	1.635
3	36	3.61	1.512
4	36	4.95	1.627
5	36	4.79	1.353
6	36	3.95	1.245
7	36	4.01	1.628
8	36	4.03	1.595
9	36	5.17	1.118
10	36	4.93	1.476
11	36	4.22	1.517
12	36	4.30	1.499
13	36	4.93	1.542
14	36	3.31	1.321
15	36	4.98	1.574
16	36	5.24	1.397
17	36	4.62	1.633
18	36	4.85	1.745
19	36	3.26	1.108
20	36	5.56	0.951

Items sous l'échelle « prise de perspective » : 2/4/5/9/10/13/15/16/17/20/
 Items sous l'échelle « compréhension émotionnelle » : 1/7/8/11/12/14/18/19/
 Items sous l'échelle « se mettre à la place du patient » : 3/6/

La moyenne du score « Jefferson total » des chirurgiens du secteur privé était de 90,56 avec un score minimal de 44 et un maximal de 131. Le pic des fréquences des scores était de 95 chez 11% (n=4) des spécialistes. (Figure 78)

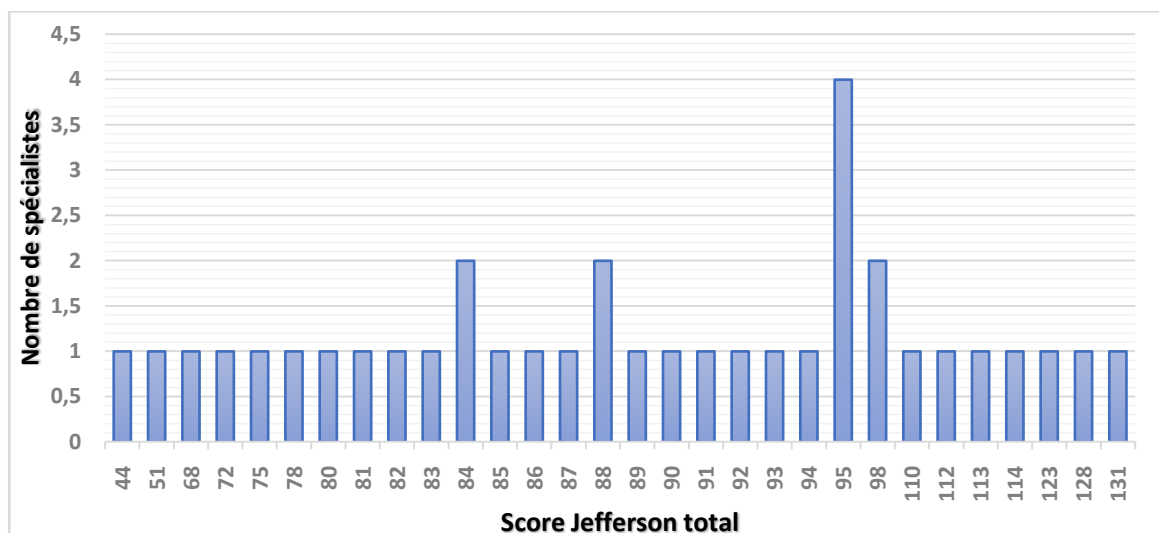


Figure 78 : Distribution des fréquences du score « Jefferson total »
chez les chirurgiens du secteur privé.

II. Etude analytique :

Suite à l'étude descriptive des résultats, nous avons effectué une analyse bi-variée des données afin de préciser les déterminants de l'empathie et son évolution chez les différentes populations étudiées au sein de la pratique chirurgicale.

1. Résultats analytiques des facteurs associés :

1.1. Partie des résidents en chirurgie :

Les caractéristiques de la population étudiée concernant les résidents en chirurgie étaient comme suit : (Tableau IV)

Tableau IV : Caractéristiques de la population des résidents en chirurgie.

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Age	124	24 – 40		30.71
Genre	124	M F	74% 26%	
Statut marital	124	Célibataire Marié Divorcé Veuf	69% 31% 0% 0%	
Nombre d'enfants	124	0 1 2 3 4	85% 10% 3% 1% 1%	2.00
Niveau de formation	124	1 ^{ère} année 2 ^{ème} année 3 ^{ème} année 4 ^{ème} année 5 ^{ème} année	21% 25% 21% 17% 16%	
Type de contrat du résident	124	Bénévolat Contractuel	45% 55%	
Souhait de faire médecine	124	Oui Non	83% 17%	
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	124	Oui Non	93% 7%	
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	124	4 – 21		9.70
Temps d'arrivée au CHU	124	Moins de 10min 10 à 30min Plus de 30min	62% 27% 11%	
Durée moyenne passée au CHU par jour	124	4 à 6h 6 à 10h Plus de 10h	3% 64% 33%	
Charge de travail quotidienne	124	50 à 70% du quotidien Plus de 70% du quotidien	37% 63%	
Antécédent familial de maladie chronique	124	Oui Non	45% 55%	

Tableau IV : Caractéristiques de la population des résidents en chirurgie."suite"

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Antécédent personnel de maladie chronique	124	Oui Non	8% 92%	
Antécédent personnel de maladie psychiatrique	124	Oui Non	11% 89%	
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	124	Obligatoire Non obligatoire	98% 2%	
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	124	Obligatoire Non obligatoire	85% 15%	
L'information du patient sur l'acte opératoire	124	Obligatoire Non obligatoire	95% 5%	
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	124	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	25% 58% 17%	
Difficultés rencontrées en peropératoire	124	Moins de 30% des opérations 30 à 50% des opérations Plus de 50% des opérations	61% 32% 7%	
Complications post-opératoires	124	Aucun patient Moins de 30% des patients 30 à 50% des patients	10% 85% 5%	
Durée de la visite post-opératoire	124	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	30% 55% 15%	
Suivi des patients en post-opératoire	124	Systématique Non systématique	94% 6%	

Les moyennes des scores « Jefferson total » chez les résidents en chirurgie selon les facteurs étudiés étaient comme suit : (Tableau V)

**Tableau V : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les résidents en chirurgie selon les facteurs étudiés.**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Age	24	97.37
	25	97.56
	26	96.43
	27	95.28
	28	94.98
	29	93.80
	30	90.15
	31	88.76
	32	85.34
	33	83.33
	34	81.19
	35	75.68
	36	75.33
	40	71.90
Genre	M	82.90
	F	93.76
Statut marital	Célibataire	83.33
	Marié	91.33
	Divorcé	0.00
	Veuf	0.00
Nombre d'enfants	0	83.33
	1	88.14
	2	94.65
	3	90.40
	4	84.26
Niveau de formation	1 ^{ère} année	95.01
	2 ^{ème} année	90.26
	3 ^{ème} année	87.70
	4 ^{ème} année	82.58
	5 ^{ème} année	81.10
Type de contrat du résident	Bénévolat	87.97
	Contractuel	86.69

**Tableau V : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les résidents en chirurgie selon les facteurs étudiés."suite'**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Souhait de faire médecine	Oui	87.49
	Non	87.17
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	Oui	89.77
	Non	84.89
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	4	97.51
	5	96.48
	6	93.85
	7	90.39
	8	87.14
	9	84.83
	10	83.33
	12	76.87
	15	73.62
	21	72.91
Temps d'arrivée au CHU	Moins de 10min	87.87
	10 à 30min	87.43
	Plus de 30min	86.69
Durée moyenne passée au CHU par jour	4 à 6h	94.27
	6 à 10h	87.38
	Plus de 10h	80.34
La charge de travail quotidienne	50 à 70% du quotidien	91.12
	Plus de 70% du quotidien	80.03
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	93.43
	Non	81.23
Antécédent personnel de maladie chronique	Oui	93.85
	Non	80.81
Antécédent personnel de maladie psychiatrique	Oui	94.02
	Non	80.64
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	Obligatoire	87.98
	Non obligatoire	86.68
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	Obligatoire	87.89
	Non obligatoire	86.77
L'information du patient sur l'acte opératoire	Obligatoire	94.03
	Non obligatoire	80.63

**Tableau V : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les résidents en chirurgie selon les facteurs étudiés."suite'**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	Moins de 5min	80.72
	5 à 15min	87.83
	Plus de 15min	93.44
Difficultés rencontrées en peropératoire	Moins de 30% des opérations	95.10
	30 à 50% des opérations	86.87
	Plus de 50% des opérations	80.02
Complications post-opératoires	Aucun patient	87.81
	Moins de 30% des patients	87.57
	30 à 50% des patients	86.61
Durée de la visite post-opératoire	Moins de 5min	80.05
	5 à 15min	88.95
	Plus de 15min	92.99
Suivi des patients en post-opératoire	Systématique	87.68
	Non systématique	86.98

L'analyse statistique a été réalisée en calculant le « p » de signification pour chacun des facteurs étudiés, afin de déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score «Jefferson total» de l'empathie chez les résidents de chirurgie rassemblés. (Tableau VI)

**Tableau VI : Résultats des tests de signification de l'analyse bi-variée
des résidents en chirurgie**

Facteurs	Score « Jefferson total »
Age	p = 0.008
Genre	p = 0.015
Statut marital	p = 0.026
Nombre d'enfants	p = 0.558
Niveau de formation	p = 0.019
Type de contrat du résident	p = 0.752
Souhait de faire médecine	p = 0.819
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	p = 0.396
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	p = 0.011
Temps d'arrivée au CHU	p = 0.113
Durée moyenne passée au CHU par jour	p = 0.036
Charge de travail quotidienne	p = 0.031
Antécédent familial de maladie chronique	p = 0.028
Antécédent personnel de maladie chronique	p = 0.016
Antécédent personnel de maladie psychiatrique	p = 0.009
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	p = 0.851
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	p = 0.848
L'information du patient sur l'acte opératoire	p = 0.035
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	p = 0.018
Difficultés rencontrées en peropératoire	p = 0.026
Complications post-opératoires	p = 0.627
Durée de la visite post-opératoire	p = 0.017
Suivi des patients en post-opératoire	p = 0.788

1.2. Partie des professeurs de chirurgie :

Les caractéristiques de la population étudiée concernant les professeurs de chirurgie étaient comme suit : (Tableau VII)

Tableau VII : Caractéristiques de la population des professeurs de chirurgie.

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Age	40	33 – 65		46.56
Genre	40	M F	80% 20%	
Statut marital	40	Célibataire Marié Divorcé Veuf	10% 85% 5% 0%	
Nombre d'enfants	40	0 1 2 3 4	24% 15% 37% 21% 3%	2.00
Statut professionnel	40	PES Pr. Agrégé Pr. Assistant Retraité Civil Militaire	55% 25% 15% 5% 70% 30%	
Souhait de faire médecine	40	Oui Non	95% 5%	
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	40	Oui Non	100% 0%	
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	40	0 – 21		10.50
Temps d'arrivée au CHU	40	Moins de 10min 10 à 30min Plus de 30min	20% 70% 10%	
Durée moyenne passée au CHU par jour	40	Moins de 4h 4 à 6h 6 à 10h	5% 20% 75%	
Charge de travail quotidienne	40	Moins de 50% du quotidien 50 à 70% du quotidien Plus de 70% du quotidien	10% 65% 25%	
Antécédent familial de maladie chronique	40	Oui Non	85% 15%	

Tableau VII : Caractéristiques de la population des professeurs de chirurgie."suite"

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Maladie chronique personnelle	40	Oui Non	40% 60%	
Maladie psychiatrique personnelle	40	Oui Non	10% 90%	
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	40	Obligatoire Non obligatoire	95% 5%	
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	40	Obligatoire Non obligatoire	80% 20%	
L'information du patient sur l'acte opératoire	40	Obligatoire Non obligatoire	95% 5%	
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	40	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	10% 60% 30%	
Difficultés rencontrées en peropératoire	40	Moins de 30% des opérations 30 à 50% des opérations	60% 40%	
Complications post-opératoires	40	Aucun patient Moins de 30% des patients	10% 90%	
Durée de la visite post-opératoire	40	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	30% 65% 5%	
Suivi des patients en post-opératoire	40	Systématique Non systématique	90% 10%	

Les moyennes des scores « Jefferson total » chez les professeurs de chirurgie selon les facteurs étudiés étaient réparties comme suit : (Tableau VIII)

**Tableau VIII : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les professeurs de chirurgie selon les facteurs étudiés.**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Age	33	97.84
	34	97.71
	36	96.76
	37	95.88
	40	94.65
	42	93.52
	44	91.23
	45	89.77
	46	86.43
	47	85.16
	50	83.07
	52	82.21
	54	81.94
	57	81.87
	63	81.79
	65	80.89
Genre	M	84.43
	F	92.83
Statut marital	Célibataire	84.79
	Marié	98.72
	Divorcé	82.38
	Veuf	0.00
Nombre d'enfants	0	84.79
	1	89.56
	2	95.78
	3	91.27
	4	90.16
Statut professionnel	Pr. Assistant	96.71
	Pr. Agrégé	91.01
	PES	85.46
	Retraité	81.34
	Civil	90.68
	Militaire	86.58

**Tableau VIII : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les professeurs de chirurgie selon les facteurs étudiés."suite"**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Souhait de faire médecine	Oui	89.71
	Non	87.55
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	Oui	90.84
	Non	86.42
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	0	97.78
	3	96.39
	7	91.66
	10	89.03
	12	87.17
	15	83.52
	16	81.81
	21	80.02
Temps d'arrivée au CHU	Moins de 10min	89.10
	10 à 30min	89.34
	Plus de 30min	87.45
Durée moyenne passée au CHU par jour	Moins de 4h	97.80
	4 à 6h	86.26
	6 à 10h	81.83
La charge de travail quotidienne	Moins de 50% du quotidien	97.74
	50 à 70% du quotidien	87.05
	Plus de 70% du quotidien	81.10
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	94.48
	Non	82.78
Maladie chronique personnelle	Oui	96.01
	Non	81.25
Maladie psychiatrique personnelle	Oui	97.22
	Non	80.04
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	Obligatoire	88.91
	Non obligatoire	88.35
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	Obligatoire	88.77
	Non obligatoire	88.49
L'information du patient sur l'acte opératoire	Obligatoire	93.18
	Non obligatoire	84.08

**Tableau VIII : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total
chez les professeurs de chirurgie selon les facteurs étudiés."suite"**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	Moins de 5min	81.95
	5 à 15min	87.66
	Plus de 15min	96.28
Difficultés rencontrées en peropératoire	Moins de 30% des opérations	95.22
	30 à 50% des opérations	82.04
Complications post-opératoires	Aucun patient	88.81
	Moins de 30% des patients	88.45
Durée de la visite post-opératoire	Moins de 5min	80.89
	5 à 15min	89.36
	Plus de 15min	95.64
Suivi des patients en post- opératoire	Systématique	88.91
	Non systématique	88.35

L'analyse statistique a été réalisée en calculant le « p » de signification pour chacun des facteurs étudiés, afin de déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score « Jefferson total » de l'empathie chez les professeurs de chirurgie rassemblés. (Tableau IX)

Tableau IX : Résultats des tests de signification de l'analyse bi-variée des professeurs de chirurgie.

Facteurs	Score « Jefferson total »
Age	p = 0.010
Genre	p = 0.012
Statut marital	p = 0.014
Nombre d'enfants	p = 0.433
Statut professionnel	p = 0.027
	p = 0.378
Souhait de faire médecine	p = 0.784
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	p = 0.401
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	p = 0.013
Temps d'arrivée au CHU	p = 0.762
Durée moyenne passée au CHU par jour	p = 0.019
Charge de travail quotidienne	p = 0.022
Antécédent familial de maladie chronique	p = 0.040
Maladie chronique personnelle	p = 0.029
Maladie psychiatrique personnelle	p = 0.011
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	p = 0.843
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	p = 0.887
L'information du patient sur l'acte opératoire	p = 0.039
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	p = 0.017
Difficultés rencontrées en peropératoire	p = 0.015
Complications post-opératoires	p = 0.889
Durée de la visite post-opératoire	p = 0.016
Suivi des patients en post-opératoire	p = 0.831

1.3. Partie des chirurgiens du secteur privé :

Les caractéristiques de la population étudiée concernant les chirurgiens du secteur privé étaient comme suivants : (Tableau X)

Tableau X : Caractéristiques de la population des chirurgiens du secteur privé.

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Age	36	36 – 60		45.46
Genre	36	M F	75% 25%	
Statut marital	36	Célibataire Marié Divorcé Veuf	11% 86% 3% 0%	
Nombre d'enfants	36	0 1 2 3	11% 48% 33% 8%	1.50
Statut professionnel	36	En cours d'activité Ancien praticien/retraité	94% 6%	
Souhait de faire médecine	36	Oui Non	95% 5%	
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	36	Oui Non	100% 0%	
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	36	0 – 15		7.25
Temps d'arrivée au lieu de pratique	36	Moins de 10min 10 à 30min Plus de 30min	14% 75% 11%	
Durée moyenne passée au lieu de pratique par jour	36	Moins de 4h 4 à 6h 6 à 10h	25% 25% 50%	
Charge de travail quotidienne	36	Moins de 50% du quotidien 50 à 70% du quotidien Plus de 70% du quotidien	12% 64% 24%	
Antécédent familial de maladie chronique	36	Oui Non	80% 20%	
Maladie chronique personnelle	36	Oui Non	36% 64%	
Maladie psychiatrique personnelle	36	Oui Non	14% 86%	

Tableau X : Caractéristiques de la population des chirurgiens du secteur privé."suite"

Facteurs	Effectif	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	36	Obligatoire Non obligatoire	100% 0%	
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	36	Obligatoire Non obligatoire	89% 11%	
L'information du patient sur l'acte opératoire	36	Obligatoire Non obligatoire	100% 0%	
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	36	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	11% 61% 28%	
Difficultés rencontrées en peropératoire	36	Moins de 30% des opérations 30 à 50% des opérations	78% 22%	
Complications post-opératoires	36	Aucun patient Moins de 30% des patients	25% 75%	
Durée de la visite post-opératoire	36	Moins de 5min 5 à 15min Plus de 15min	11% 61% 28%	
Suivi des patients en post-opératoire	36	Systématique Non systématique	100% 0%	

Les moyennes des scores « Jefferson total » chez les chirurgiens du privé selon les facteurs étudiés étaient réparties comme suit : (Tableau XI)

**Tableau XI : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les chirurgiens du privé selon les facteurs étudiés.**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Age	36	98.46
	37	97.68
	38	96.44
	39	95.33
	40	94.89
	42	93.76
	43	92.12
	45	89.36
	47	87.34
	52	86.59
	54	86.03
	58	85.51
	60	84.99
Genre	M	85.67
	F	95.45
Statut marital	Célibataire	87.23
	Marié	98.97
	Divorcé	85.48
	Veuf	0.00
Nombre d'enfants	0	87.23
	1	88.64
	2	94.02
	3	92.73
Statut professionnel	En cours d'activité	95.87
	Ancien praticien/retraité	85.25
Souhait de faire médecine	Oui	92.58
	Non	88.54
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	Oui	90.89
	Non	90.23
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	0	98.36
	1	97.24
	5	92.33
	7	90.30
	8	88.85
	10	84.71
	12	82.16
	15	81.09

**Tableau XI : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total »
chez les chirurgiens du privé selon les facteurs étudiés. "suite"**

Facteurs	Min-Max	Moyenne des scores « Jefferson total »
Temps d'arrivée au CHU	Moins de 10min	91.36
	10 à 30min	90.88
	Plus de 30min	89.44
Durée moyenne passée au CHU par jour	Moins de 4h	97.05
	4 à 6h	88.52
	6 à 10h	86.11
La charge de travail quotidienne	Moins de 50% du quotidien	97.81
	50 à 70% du quotidien	88.13
	Plus de 70% du quotidien	85.74
Antécédent familial de maladie chronique	Oui	95.04
	Non	86.08
Maladie chronique personnelle	Oui	97.06
	Non	84.06
Maladie psychiatrique personnelle	Oui	98.18
	Non	82.94
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	Obligatoire	90.93
	Non obligatoire	90.19
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	Obligatoire	90.83
	Non obligatoire	90.29
L'information du patient sur l'acte opératoire	Obligatoire	95.36
	Non obligatoire	85.76
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	Moins de 5min	84.55
	5 à 15min	90.30
	Plus de 15min	96.83
Difficultés rencontrées en peropératoire	Moins de 30% des opérations	96.61
	30 à 50% des opérations	84.51
Complications post-opératoires	Aucun patient	90.70
	Moins de 30% des patients	90.42
Durée de la visite post-opératoire	Moins de 5min	83.91
	5 à 15min	90.64
	Plus de 15min	97.13
Suivi des patients en post-opératoire	Systématique	91.25
	Non systématique	89.87

L'analyse statistique a été réalisée en calculant le « p » de signification pour chacun des facteurs étudiés, afin de déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score « Jefferson total » de l'empathie chez les chirurgiens du secteur privé rassemblés. (Tableau XII)

**Tableau XII : Résultats des tests de signification de l'analyse bi-variée
des chirurgiens du secteur privé.**

Facteurs	Score « Jefferson total »
Age	p = 0.008
Genre	p = 0.014
Statut marital	p = 0.017
Nombre d'enfants	p = 0.356
Statut professionnel	p = 0.040
Souhait de faire médecine	p = 0.465
Désir de poursuivre le cursus en chirurgie	p = 0.855
Nombre de gardes durant les trois derniers mois	p = 0.018
Temps d'arrivée au CHU	p = 0.722
Durée moyenne passée au CHU par jour	p = 0.023
Charge de travail quotidienne	p = 0.028
Antécédent familial de maladie chronique	p = 0.045
Maladie chronique personnelle	p = 0.021
Maladie psychiatrique personnelle	p = 0.012
La déclaration de l'acte opératoire au patient aux urgences	p = 0.844
La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient aux urgences	p = 0.873
L'information du patient sur l'acte opératoire	p = 0.035
Temps d'explication de l'acte opératoire au patient	p = 0.025
Difficultés rencontrées en peropératoire	p = 0.018
Complications post-opératoires	p = 0.896
Durée de la visite post-opératoire	p = 0.013
Suivi des patients en post-opératoire	p = 0.651

2. Analyse des résultats :

2.1. Facteurs associés :

Les résultats analytiques des facteurs associés nous ont permis, par le biais du test de signification de l'analyse bi-variée à travers le score « Jefferson total », de mettre en évidence chez les trois populations étudiées en chirurgie, une association commune et significative entre l'empathie et :

a. L'âge :

Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec l'âge chez les praticiens de chirurgie.

b. Le genre :

Les moyennes des scores de l'empathie des trois populations étudiées étaient plus élevées chez le sexe féminin par rapport au sexe masculin.

c. Le statut marital :

Les praticiens mariés avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures aux autres praticiens de chirurgie.

d. Le statut professionnel :

Chez les résidents en chirurgie, Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec les années de formation.

Chez les professeurs de chirurgie, les moyennes des scores de l'empathie diminuaient en passant d'un statut professionnel à un autre plus haut gradé.

Chez les chirurgiens du secteur privé, les moyennes des scores de l'empathie étaient plus élevées chez les praticiens en cours d'activité que chez les anciens praticiens/retraités.

e. Le nombre de gardes durant les trois derniers mois :

Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec l'augmentation du nombre de gardes des praticiens durant les trois derniers mois.

f. La durée moyenne passée au lieu de pratique par jour :

Les moyennes des scores de l'empathie diminuaient avec l'augmentation de la durée moyenne que passaient les chirurgiens par jour à leur lieu de pratique quotidienne.

g. La charge de travail quotidienne :

Les praticiens de chirurgie ayant une charge de travail quotidienne plus élevée, avaient des moyennes des scores de l'empathie plus basses par rapport aux autres praticiens.

h. Antécédents personnels et familiaux :

Les praticiens ayant une maladie chronique personnelle avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas de maladie chronique.

Les chirurgiens avec une maladie psychiatrique personnelle avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas d'antécédent de maladie psychiatrique.

Les praticiens de chirurgie avec un antécédent familial de maladie chronique avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui n'avaient pas d'antécédent.

i. L'information du patient sur l'acte opératoire :

Chez les trois populations étudiées, les praticiens qui considéraient la bonne information du patient à propos de l'acte chirurgical comme obligatoire en préopératoire, avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures à ceux qui la jugeaient non obligatoire.

j. Le temps d'explication de l'acte opératoire au patient :

Plus le temps d'explication de l'acte était long, plus les moyennes des scores de l'empathie étaient élevées chez les trois populations étudiées.

k. Les difficultés rencontrées en peropératoire :

Les chirurgiens ayant rencontré plus de difficultés opératoires au cours de leurs interventions avaient des moyennes des scores de l'empathie plus basses par rapport aux autres praticiens.

l. La durée de visite post-opératoire :

Les durées de visite post-opératoire plus longues étaient corrélées à des moyennes des scores de l'empathie plus élevées chez les trois populations de chirurgie.

2.2. Evolution de l'empathie :

a. Chez les résidents en chirurgie :

Les moyennes des scores « Jefferson total » de l'empathie diminuaient en fonction des années de formation. (Figure 79)

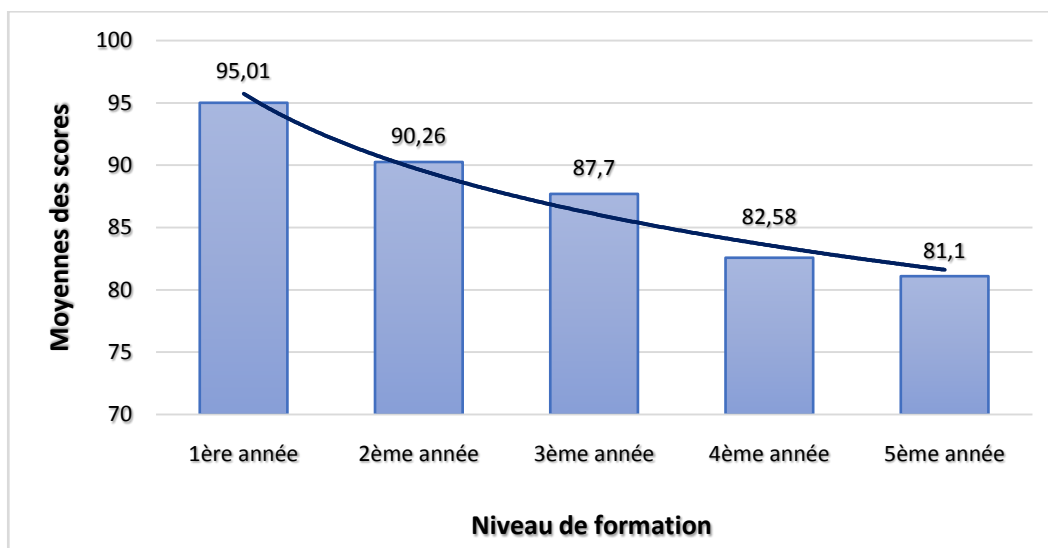


Figure 79 : Evolution des scores de l'empathie chez les résidents en chirurgie.

b. Chez les professeurs de chirurgie :

Les moyennes des scores « Jefferson total » de l'empathie diminuaient en fonction du grade professionnel. (Figure 80)

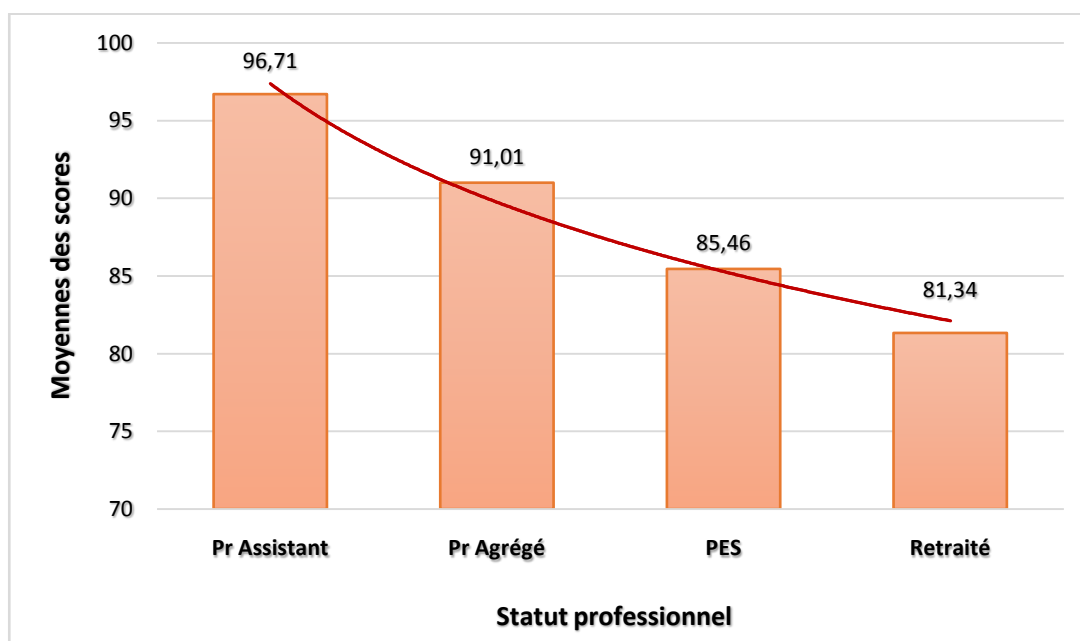


Figure 80 : Evolution des scores de l'empathie chez les professeurs de chirurgie.

c. Chez les chirurgiens du secteur privé :

Les moyennes des scores « Jefferson total » de l'empathie étaient plus élevées chez les praticiens en cours d'activité par rapport aux praticiens retraités. (Figure 81)

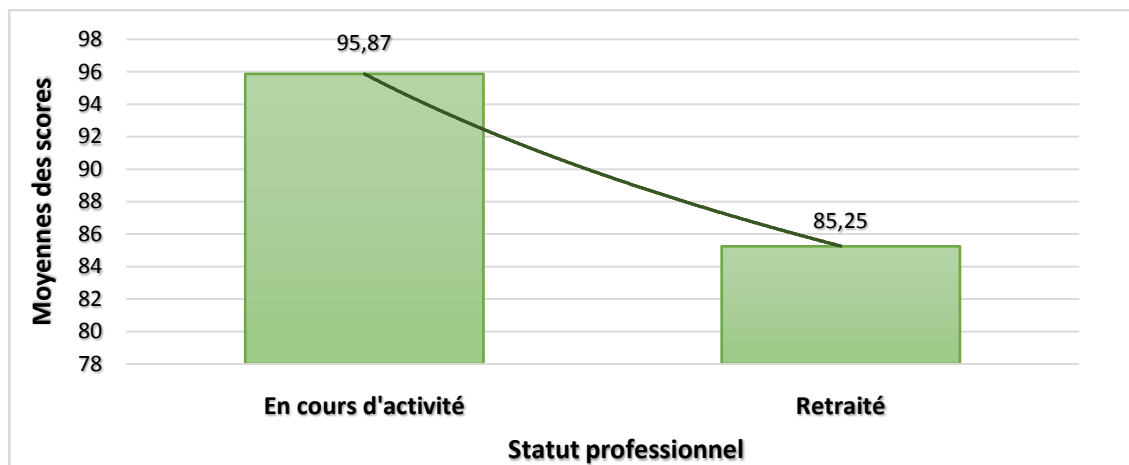


Figure 81 : Evolution des scores de l'empathie chez les chirurgiens du secteur privé.

d. Chez les trois populations étudiées :

La moyenne globale des scores « Jefferson total » de l'empathie entre les trois populations de chirurgie étudiées était de 88,84.

Les chirurgiens du secteur privé avaient la moyenne des scores la plus élevée (90,56), suivis des professeurs de chirurgie (88,63), puis des résidents en chirurgie (87,33). (Figure 82)

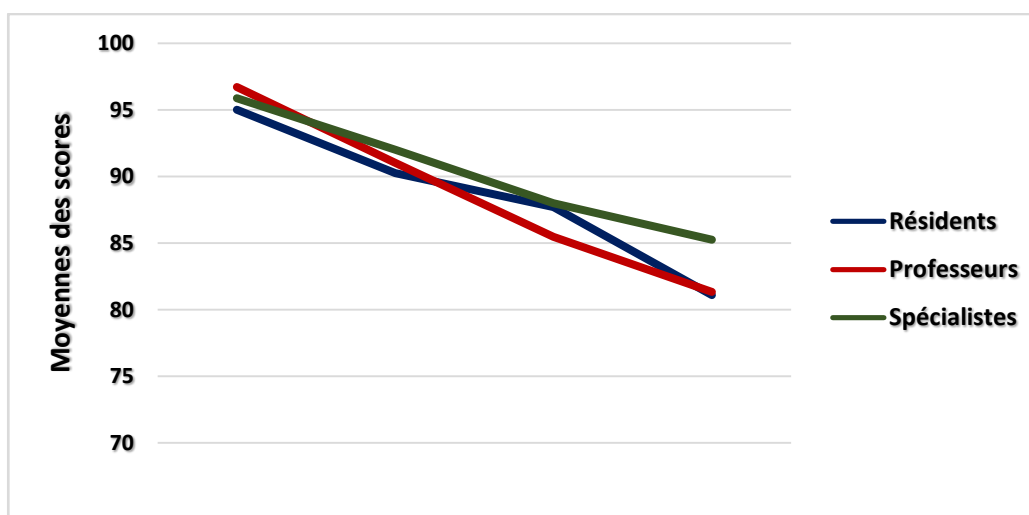


Figure 82 : Evolution de l'empathie chez les trois populations de chirurgie étudiées.

The word "DISCUSSION" is centered on the page. It is flanked by two decorative corner brackets. One bracket is in the top right corner, and the other is in the bottom left corner. Both brackets are made of a dark material with a lighter, ornate, scroll-like pattern in the corner. They have a 3D effect with shadows.

DISCUSSION

I. Définitions et problématique psycho-scientifique :

1. Généralités sur l'empathie :

L'empathie est considérée comme un phénomène naturel et social, et est abordée dans de nombreuses disciplines telles que la philosophie, la sociologie, la psychanalyse et la médecine. Ceci résume bien la complexité du concept d'empathie et le nombre de définitions existantes.

Cela nous amène tout d'abord à revenir aux sources du terme « Empathie ».

1.1. Aux origines de l'empathie :

a. Origine esthétique :

Le mot empathie provient du terme allemand « Einfühlung ». Le théoricien Robert Vischer a créé ce mot pour la première fois en 1873 dans sa thèse « Sur le sentiment optique des formes ; Contributions à l'esthétique » [2].

Ce mot a été, dans un premier temps, pensé dans le domaine de l'esthétique et de l'art. « L' Einfühlung » était une transposition de soi dans l'objet, en d'autres termes, une projection symbolique de soi dans l'objet perçu, qui nous le fait « sentir de l'intérieur » et qui nous permet de le comprendre pleinement [2].

En 1903, Théodore Lipps reprend ce concept : « L'Einfühlung » est la jouissance de soi-même dans un objet sensible. Il transposera cette théorie dans les objets animés et les individus. Ainsi, une personne ressent la même émotion que celle qu'il voit exprimer par un autre individu. Il formule également la théorie de l'imitation motrice, l'imitation de l'expression d'un individu nous fait ressentir la même émotion que celui qui la produit. Nous accédons avec cette notion à la connaissance du ressenti d'autrui [2].

Le terme « Einfühlung » sera repris quelques années plus tard par des philosophes anglais qui le traduiront en « Empathy », puis « Empathie » en français.

b. Origine fondamentale :

Dans ses premières définitions, le terme « Empathie » a été décrit comme étant une composante unifactorielle en rapport avec l'émotion de l'être humain envers le monde extérieur. Ceci a fait l'objet de plusieurs courants d'études littéraires et scientifiques donnant un aspect multifactoriel autour du sujet.

Dans les années 1960, le psychothérapeute Carl Rogers reprend le concept d'empathie en psychologie. Celui-ci le place comme condition indispensable à une thérapie centrée sur la personne. Il définit l'empathie comme : « La perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. » [3]

Pour Jean Decety, l'empathie désigne au niveau phénoménologique un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoigne des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine [4], 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, et rejoint les propos suggérant que l'empathie repose sur deux composants majeurs :

- Une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont comme nous : « un composant de résonnance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel ». [5]
- 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 ». [5]

L'empathie se présente donc bien comme un complexe multifactoriel, dont chaque composante résulte d'un mécanisme propre et interagissant avec l'autre.

1.2. Pyramide de Tisseron :

Le processus empathique peut en effet être représenté sous la forme d'une pyramide constituée de trois étages superposés (Figure 83), correspondant à des relations de plus en plus riches, partagées avec un nombre de plus en plus réduit de gens [6].

a. Le premier étage : L'empathie directe (unilatérale) :

Elle correspond à une étape d'identification dans la mesure où personne ne peut vraiment se mettre à la place d'autrui. On peut donc la définir plutôt comme la capacité de changer de point de vue sans s'y perdre. Ses bases sont neurophysiologiques et elle est toujours assurée chez le bébé, aussitôt qu'il est capable de faire la distinction entre l'autre et lui-même, sauf difficultés liées à l'existence de troubles envahissants du développement psychomoteur.

Elle a deux composantes car elle consiste à la fois à comprendre le point de vue de l'autre (l'empathie cognitive) et ce qu'il ressent (l'empathie émotionnelle).

b. Le deuxième étage : L'empathie réciproque :

C'est le fait de traiter autrui comme soi. A la différence de l'empathie directe, ses bases sont éthiques. Elle fonde la réciprocité. Non seulement je m'identifie à l'autre, mais je lui accorde le droit de s'identifier à moi, autrement dit de se mettre à ma place et, ainsi, d'avoir accès à ma réalité psychique, de comprendre ce que je comprends et de ressentir ce que je ressens. Elle concerne la qualité émotionnelle de la relation. Nous percevons les autres hommes comme pourvus de sensibilité au même titre que nous et non pas comme de simples choses. Toute relation qui implique cette dimension de la reconnaissance «ne construit pas fictivement son objet, mais le saisit dans tous les aspects de sa particularité concrète » [7]. Cette reconnaissance mutuelle a trois facettes :

- Reconnaître à l'autre la possibilité de s'estimer lui-même comme je le fais pour moi (composante appartenant au narcissisme)
- Lui reconnaître la possibilité d'aimer et d'être aimé (composante des relations d'objet)
- Lui reconnaître la qualité de sujet du droit (composante de la relation au groupe)

Le regard et les échanges mimiques et gestuels y jouent un rôle essentiel.

c. Le troisième étage : L'intersubjectivité :

Elle consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des aspects de moi-même que j'ignore. C'est ce que je nomme « l'empathie extimisante », pour la rapprocher de la notion d'extimité [8]. Celle-ci, rappelons-le, consiste à proposer à un public plus ou moins large certains fragments de soi jusque-là protégés du regard d'autrui (et donc gardés intimes) pour en faire reconnaître la valeur et les valider.

Ce désir de validation par le regard d'autrui trouve son origine au début de la vie lorsque le bébé cherche une approbation de lui-même dans les yeux de sa mère. Il nous accompagne ensuite tout au long de la vie, et il trouve aujourd'hui dans les nouvelles technologies un support privilégié d'expression et de mise en scène [9].

Dans tous les cas, il suppose que je reconnaisse à autrui le pouvoir de m'informer utilement sur des aspects de moi-même encore inconnus de moi. Il ne s'agit plus seulement de s'identifier à l'autre, ni même de reconnaître à l'autre la capacité de s'identifier à soi en acceptant de lui ouvrir ses territoires intérieurs, mais de se découvrir à travers lui et de se laisser transformer par cette découverte.

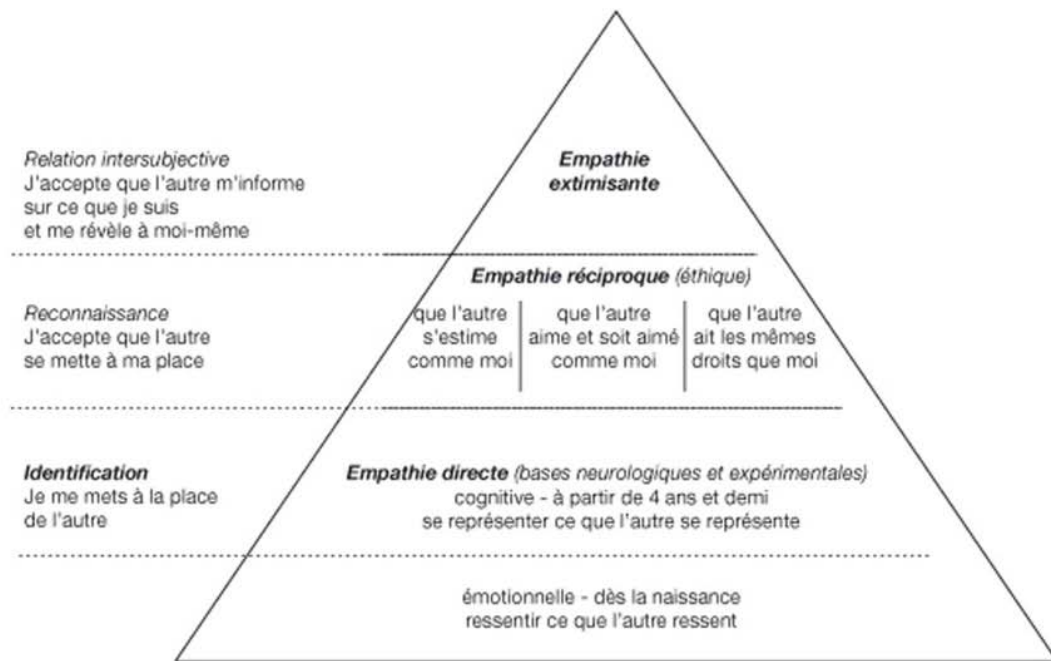


Figure 83 : Schéma récapitulatif de la pyramide de Tisseron. [10]

L'empathie est donc bien plus qu'un partage des vécus. La façon dont chacun éprouve ce que l'autre ressent n'en constitue que le premier étage. Dans sa forme complète, elle fait intervenir non seulement les sentiments éprouvés « pour » l'autre et « avec » lui, mais aussi la conviction partagée d'une complémentarité. L'empathie complète est autant intimité que réserve, abandon que discrétion.

1.3. Définitions par négation :

Il est possible de définir l'empathie par opposition, et cela en déterminant ce qu'elle n'est pas :

a. Empathie et compassion :

L'empathie est une attitude qui rend capable de saisir ce qu'une personne vit émotionnellement, tel qu'elle le vit. C'est en quelque sorte la capacité de se mettre à sa place pour la comprendre "de l'intérieur". Lorsque nous sommes empathiques, nous choisissons volontairement d'essayer de voir et de ressentir la situation comme l'autre;

nous adoptons volontairement son point de vue, incluant les réactions émotives qui en font partie. Mais nous restons toujours conscients qu'il s'agit de l'expérience de l'autre.

Contrairement à ce qui se passe dans la compassion, dans l'empathie nous ne sommes pas nécessairement touchés (même si nous pouvons l'être). Pour être capable de compassion, il faut savoir être empathique. C'est en effet parce que nous saisissons ce que vit l'autre, que nous sommes amenés à être touchés. Si nous n'en avons aucune représentation, il nous serait impossible d'être émus [11].

b. Empathie et sympathie :

L'état psychologique de la sympathie est étroitement lié à celui de la compassion, de l'empathie [12]. D'ailleurs, les deux termes sont souvent utilisés indifféremment dans le langage courant. Néanmoins, selon Wispé, la différence essentielle entre les deux phénomènes tient aux fins poursuivies [13]. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet. L'empathie en revanche est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement de liens affectifs.

L'empathie peut certes nourrir la sympathie, mais cette dernière n'est pas une conséquence nécessaire de la première et peut fort bien se passer de motifs altruistes. Comprendre en se mettant à la place d'autrui le chagrin qu'il éprouve n'implique pas qu'on le partage ou qu'on cherche à l'alléger [14]. Comme le souligne Wispé : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui. » [13].

c. Empathie et contagion émotionnelle :

Elle doit être distinguée de la sympathie et de l'empathie. La contagion émotionnelle est une composante de l'empathie. Dans ce cas, c'est se laisser envahir et reproduire, à l'identique, des émotions sans mesures, qui ne sont pas les vôtres mais celles d'autrui.

Cette contagion nous empêche de mettre de l'ordre dans nos émotions, c'est un processus inconscient qui est à double tranchant car s'il peut favoriser la cohésion dans une équipe par exemple, dans des situations de joie et d'enthousiasme pour constituer un cercle vertueux, il peut aussi avoir l'effet inverse et générer des cercles vicieux. Dans les deux cas, cette contagion pourra avoir des effets sur la performance de l'équipe.

L'empathie se différencie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne éprouve le même état affectif qu'une autre sans conserver la distance qu'on observe dans l'empathie [15].

Suite à ces réflexions, on peut donc définir l'empathie comme une aptitude intellectuelle à comprendre l'autre tout en excluant les sentiments personnels. L'empathie est simplement la capacité de percevoir les états mentaux de l'autre, elle n'est pas la tendance à s'en préoccuper [16].

1.4. Perspectives actuelles :

a. Description chronologique de l'empathie :

Selon Vetlesen, en 1994, c'est une «habileté de base à comprendre l'expérience d'un autre individu». [17]

Eisenberg parle en 2000 d'une «réponse affective qui provient de l'appréhension ou de la compréhension de l'état émotionnel, ou non, d'autrui, et qui est similaire à ce que la personne ressent ou à ce que l'on s'attend à ce qu'elle ressente dans une situation donnée». [18]

Pour Preston et de Waal (2002) l'empathie est définie comme : «tout processus où la perception attentive de l'état de l'autre génère chez le sujet un état qui s'applique plus à celui de l'autre, qu'à l'état du sujet ou à la situation dans laquelle il se trouve». [19]

Selon Baron-Cohen (2004) : « L'empathie est la capacité à identifier les émotions et les pensées des autres personnes et de leur répondre avec des émotions appropriées ». [20]

Thompson (2004) considère que «l'empathie est à la fois une capacité, un acte et un processus, tous les trois intentionnels». [21]

En 2006, Eisenberg dit qu'il s'agit de «la capacité de se mettre dans la peau, dans l'esprit, d'une autre personne pour comprendre ses émotions» [une sorte de simulation ou d'imitation innée] [22]

Enfin, Selon Hein et Singer (2008) c'est un état affectif généré par le partage d'émotions ou d'états sensoriels d'une autre personne. [23]

Ces nombreuses définitions se rejoignent sur deux points :

- 1) L'empathie est une expérience émotionnelle plus reliée à autrui qu'à soi-même.
- 2) Cette expérience a lieu tout en gardant pleine conscience de la distinction entre soi et autrui (différence avec la contagion émotionnelle ou la douleur personnelle).

b. Place des neurosciences dans le mécanisme d'empathie :

Depuis une vingtaine d'années, les neurosciences, grâce notamment aux progrès de l'imagerie cérébrale, ont connu un essor sans précédent et permis de faire un nombre conséquent de découvertes fondamentales pour la compréhension du fonctionnement du cerveau [24].

D'après ces avancées neuroscientifiques, la capacité à se représenter les émotions d'autrui et à le comprendre proviendrait d'un codage commun existant au niveau d'un même réseau neuronal. « Dans ce modèle, la perception des conséquences d'une action exécutée par une personne active dans le cerveau d'un observateur, a une représentation similaire à celle qu'il aurait lui-même formée s'il avait eu l'intention de l'exécuter. »

Ce code commun est donc à l'origine des représentations partagées, dont le rôle semble essentiel dans le phénomène empathique, puisqu'elles permettent, dans la mesure où il n'est pas nécessaire d'avoir vécu un événement ou commis une action pour en connaître les conséquences, d'expliquer pourquoi ce qui touche autrui peut également nous toucher nous-mêmes [25].

En effet, grâce à la technique de l'IRM, les scientifiques ont démontré que, lorsqu'on présente à des personnes des images de quelqu'un confronté à la douleur, un tiers des personnes ressentent une douleur au même endroit de leur corps, et que deux tiers sont « perturbées » sans ressentir elles-mêmes la souffrance. Il apparaît donc que nous sommes prédisposés à ressentir certaines émotions touchant les autres, de façon à nous prémunir contre les actions dangereuses. Autrement dit, chacun est capable d'éprouver des émotions en miroir de celles ressenties par autrui grâce à l'action de ce que l'on nomme « neurones miroirs ».

C'est le chercheur Giacomo Rizzolatti, directeur du département des neurosciences de la faculté de médecine de Parme, qui a baptisé ces neurones miroirs qui sont responsables du mimétisme sympathique. Ces neurones ont des propriétés tout à fait étonnantes et ouvrent des perspectives fascinantes sur notre compréhension de la nature et de la qualité de nos échanges [24].

Ces circuits neuronaux, localisés dans l'aire de Broca et de Wernicke (aires dévolues au langage), nous font adopter l'expression de l'émotion de l'autre, ou par identification, ressentir des sentiments de même nature ou de nature considérée comme similaire. Ces neurones sont également en jeu dans les expressions de l'affect, comme cela a par exemple été démontré pour le dégoût qui emprunte la voie de l'insula (chaque affect étant pris dans une boucle neuronale spécifique, tout en empruntant des structures cérébrales souvent identiques) [24].

Une nouvelle catégorie de neurones vient également d'être découverte ; Ils ont été baptisés « neurones canoniques ». Couplés aux neurones miroirs et grâce à leur action anticipatrice, ils nous dotent de possibilités tout à fait extraordinaires pour deviner, anticiper les intentions d'autrui et lui communiquer les nôtres. Les conséquences de ces découvertes sont nombreuses, elles permettent de mieux préciser ce qu'est l'empathie [24], notamment dans ses dimensions cognitivo-affectives.

Le regroupement des données provenant d'études de neuro-imagerie montre qu'un réseau de neurones qui comprend le gyrus frontal inférieur et le lobe pariétal inférieur est nécessaire pour la reconnaissance de l'émotion et la contagion émotionnelle. D'autre part, l'implication du cortex préfrontal ventro-médian, de la jonction temporo-pariétale, et du lobe temporal médian dans l'autoréflexion et la mémoire autobiographique place ces régions clés comme nécessaires pour l'empathie cognitive.

Bien que les systèmes émotionnels et cognitifs semblent travailler de façon autonome, chaque réponse empathique peut provenir étroitement des deux systèmes, en fonction du contexte social. [26]

Enfin la dernière vision que nous exposerons ici, est celle de Jean Decety, neurobiologiste et professeur au département de Psychiatrie et Neurosciences de l'université de Chicago, qui a beaucoup étudié l'empathie d'un point de vue neuroscientifique.

Il décompose l'empathie en 4 composantes, chaque composante étant basée sur un substrat neuronal spécifique [27] :

- *Le partage affectif (cortex somatosensoriel/système limbique)*: c'est un mécanisme inconscient qui permet la perception des émotions chez l'autre. Celui-ci est apparu au cours de l'évolution chez les mammifères sociaux et apparaît très tôt dans le développement de l'enfant. Une explication possible de ce phénomène découle de la présence des neurones miroirs qui sont initialement impliqués dans un processus de résonance motrice. Ce phénomène peut être appliqué aux émotions. Une émotion que l'on va observer chez autrui activera les mêmes zones cérébrales impliquées dans l'expérience de cette émotion par nous-mêmes.
- *La flexibilité mentale, pour adopter le point de vue de l'autre (cortex préfrontal médian/dorsolatéral)* : « adopter une représentation explicite du monde subjectif d'autrui implique un mécanisme de découplage entre les

informations en première personne (soi) et en troisième personne (autrui), tel qu'il est nécessaire dans la mentalisation » [27]. Contrairement au partage émotionnel, ce mécanisme est déclenché de façon intentionnelle.

- *La régulation émotionnelle (cingulaire antérieur/préfrontal ventromédian)* : elle permet de contrôler nos réactions émotionnelles face aux réactions d'autrui. Elle est indispensable dans le processus d'empathie pour ne pas vivre de manière trop intense et déplaisante nos réactions émotionnelles pouvant provoquer anxiété et détresse émotionnelle.
- *La conscience de soi (pariétal inférieur droit, préfrontal et insula)* : « la personne est consciente de la source et de la cible de ses sentiments » [27].

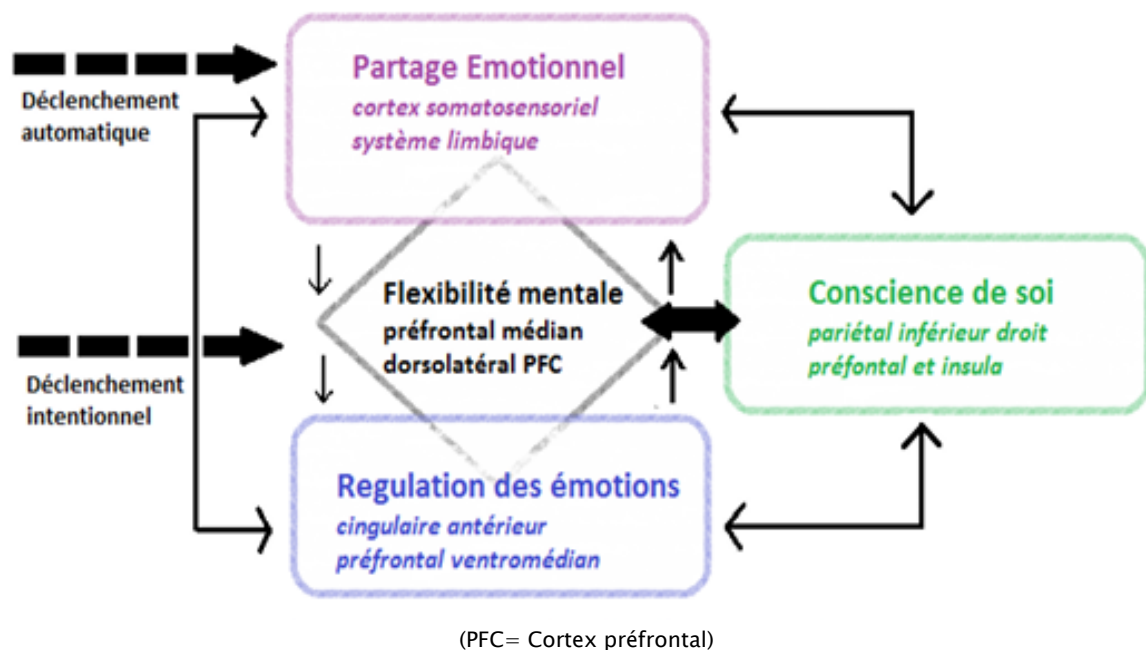


Figure 84 : Principales composantes impliquées dans le mécanisme d'empathie.

Toutes ces avancées neurologiques, aussi séduisantes soient-elles, ne suffisent pas à caractériser complètement l'empathie. Nous dirons seulement que ce sont les bases neurales qui président à ce que l'empathie puisse avoir lieu et c'est déjà remarquable, car elles lui donnent une assise neurobiologique qu'on méconnaissait jusqu'alors [24].

Autrement dit, nous savons aujourd'hui que tout individu est capable d'empathie, de par la structure même de son cerveau d'une part, et par l'universalité des émotions humaines d'autre part.

2. Empathie et relation patient-praticien :

Afin de déterminer la place de l'empathie dans la relation de soins, il est important de connaître, en premier temps, les fondements de la relation patient-praticien.

2.1. Bases de la relation patient-praticien :

La relation praticien-patient est incluse dans la notion plus vaste de soignant-soigné. Elle repose sur trois composantes fondamentales :

- La relation praticien-patient est profondément inégalitaire et asymétrique puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue.
- Cette relation est l'objet d'attente et d'espérance mutuelle : le patient attend la guérison, la réhabilitation et le praticien, la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- Elle a pour lieu d'échange le corps avant tout, mais la parole a aussi sa place [28].

Bien qu'il existe plusieurs types de relation patient-praticien, on peut les regrouper en trois modèles principaux :

a. Le modèle paternaliste :

La relation praticien-patient a traditionnellement suivi ce que l'on pourrait nommer le « modèle paternaliste » ; Cette conception paternaliste de la médecine tire son origine de la pratique médicale grecque hippocratique : La décision est prise par le médecin selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non malfaisance (*primum non nocere, deinde curare*) [29].

Dans ce modèle, le praticien est persuadé de savoir et d'être objectif. Il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient [29]. Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance qui pourrait être explicité comme étant :

- 1) Le devoir de ne pas nuire .
- 2) Le devoir de prévenir le mal ou la souffrance.
- 3) Le devoir de supprimer le mal ou la souffrance.
- 4) Le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien. [30]

Le patient est perçu dans le modèle paternaliste comme n'étant plus une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie. Le praticien se positionne comme étant celui qui a le savoir. Il est un expert et, pour sa part, le patient est dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du praticien et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de praticien [31]. Elle est donc inégale car le patient est en position basse, il souffre et demande de l'aide, alors que le praticien est en position haute, il peut aider grâce à son savoir et son savoir-faire [32].

Selon Balint [33], la relation soignant-soigné est une relation paradoxale dans laquelle coexistent deux niveaux différents :

- *Le niveau objectif* où le praticien examine, palpe, questionne sur les symptômes et administre un traitement.
- *Le niveau intersubjectif* de la relation affective mutuelle entre le soignant et le soigné, plus ou moins calqué sur la relation mère-enfant.

Ces deux niveaux sont importants et ne supportent pas d'être négligés. C'est pourquoi, technique et psychologie doivent avoir une place entière dans la relation soignante, quelle que soit la discipline.

Ce type de modèle est en général accepté pour les maladies aiguës.

b. Le modèle informatif :

À l'inverse, dans une relation consumériste (modèle informatif), c'est le patient qui décide de ce qu'il souhaite en matière de santé, le praticien n'ayant qu'un rôle d'exécutant [34] [35].

Le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients mais c'est le patient qui prend sa décision.

Tableau XIII : Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif.

Modèle	Paternaliste	Informatif
Synonymes	Praticien décideur	Patient décideur
Principes	Bienveillance	Autonomie
Culture	Latine	Anglo-saxonne
Fondements	Droit commun	Common law
Avantages	Protection/Réduction anxiété	Liberté/Décision Choix de vie
Risques	Pouvoir médical/Fausse idée de la toute-puissance du praticien	Indifférence Irresponsabilité du praticien

c. Le modèle interprétatif :

Entre les deux types précédemment décrits, la relation dite « interprétative » permet au praticien d'explorer et de clarifier les attentes et préférences du patient, en jouant un rôle de conseiller, invitant au dialogue à tout moment de la consultation.

Le type interprétatif part du postulat que les attentes et préférences du patient ne sont pas forcément claires pour celui-ci, et que le praticien peut aider à les formuler [34] [35].

La relation avec le patient reste souvent pleine d'imprévus, au point que bien des praticiens se réfugient dans une approche technique de leur exercice. Stressés et déstabilisés par des craintes irrationnelles qu'ils ne peuvent anticiper en raison d'une formation essentiellement scientifique, ils passent à côté de nombreuses demandes de soin.

Vannotti, médecin psychiatre suisse, écrit en 2008 que « Parler du sens de la consultation avec des médecins préoccupés de ne pas se tromper quant à la nature et à la gravité de la maladie peut leur paraître secondaire. Leur mandat est celui de soigner

et de contrôler la maladie. Toutefois, nous voyons émerger lors de la consultation, chez les patients, des tourments existentiels récurrents : presque toujours la difficulté de vivre; très souvent la crainte de la mort; dans bien des cas, le commerce onéreux avec la chronicité ou encore l'isolement social ou familial dans lequel conduit la maladie. Pour «penser» le diagnostic, il convient de penser à la personne; pour parler au patient, il faut d'abord le rencontrer» [36]. La relation et la communication avec le patient seraient donc des éléments primordiaux.

C'est essentiellement de cette idée qu'on pourra apprécier l'importance de l'empathie comme compétence thérapeutique dans la relation de soins. Cela nous amène tout d'abord à définir l'empathie dans sa dimension médicale et thérapeutique, mieux connue sous le terme : « Empathie clinique ».

2.2. Définition de l'empathie clinique :

Afin de définir ce qu'est l'empathie clinique, nous allons nous intéresser à une revue de la littérature parue en 1992 [37], où JM Morse définissait l'empathie comme formée de 4 composantes :

- *Morale* : une force altruiste intrinsèque motivant la pratique de l'empathie, fondée sur l'idée que « dans chacun existe une volonté naturelle d'aider ceux qui sont en détresse ou qui ont besoin d'aide ». Elle reprend également une proposition qu'avait annoncée Rogers [38], l'empathie demande, en partie, une acceptation inconditionnelle du patient.
- *Affective* : une capacité d'expérimenter subjectivement et de partager les sentiments du patient. C'est cette émotion que l'on va ressentir en voyant la détresse de l'autre qui va nous pousser à entrer dans l'empathie cognitive et affective.
- *Cognitive* : une capacité intellectuelle du praticien à identifier et comprendre les ressentis du patient et son point de vue de manière objective. Elle inclut la capacité à « comprendre, raisonner, analyser et critiquer le comportement d'un

individu, ses expériences passées et des circonstances présentes au sein de la sphère plus générale de la connaissance scientifique».

- *Comportementale* : une capacité et manière de communiquer qui permet de véhiculer la compréhension de l'autre. Elle se fait de manière verbale ou non-verbale.

L'empathie clinique serait donc de partager subjectivement les émotions et sentiments du patient et dans un même temps de pouvoir comprendre « intellectuellement » les expériences du patient de manière objective et enfin de pouvoir ensuite notifier au patient cette compréhension.

La dimension « affective » de cette définition de l'empathie a gêné plusieurs auteurs et notamment M. Hojat, professeur et chercheur dans le département de psychiatrie de la Thomas Jefferson University. Selon lui, cette dimension affective de l'empathie pourrait s'apparenter plus à de la sympathie que de l'empathie : « Les 2 concepts impliquent du partage, mais les médecins empathiques partagent leur compréhension alors que les médecins sympathiques partagent leurs émotions » [39].

Le « trop plein » d'émotions pourrait gêner l'objectivité du praticien dans le diagnostic et la prise en charge du malade. Le médecin se doit d'observer une « distance affective » pour être le plus neutre possible dans son exercice. A l'inverse, il n'y a pas de limite à l'empathie : « une abondance d'empathie ne pourra jamais gêner la prise en charge des patients » [39].

Ainsi, pour M. Hojat, au sein de la relation médecin-malade, l'empathie est donc composée d'un attribut cognitif c'est-à-dire « une capacité à comprendre les expériences intérieures du patient et son point de vue » et d'une capacité à rendre cette compréhension au patient [39].

Toujours en parallèle, Mercer et Reynolds [40] proposent en 2002 une définition similaire en insistant également sur le fait que l'empathie n'est pas de la sympathie et reviennent sur le côté cognitif de l'empathie : « L'empathie clinique peut être vue

comme une forme d'interaction professionnelle (un ensemble de compétences) plus qu'une expérience émotionnelle subjective ou un trait de personnalité que l'on a ou pas». Ils définissent l'empathie en utilisant notamment l'approche de JM Morse, tout en se détachant du côté émotionnel de la définition, perçu plus comme une faiblesse. Ils intègrent également la notion que l'empathie serait une compétence que l'on pourrait acquérir et perfectionner plutôt que quelque chose d'inné et inhérent à un trait de personnalité. Pour eux l'empathie c'est la capacité à :

- Comprendre la situation du patient, son ressenti, son point de vue.
- Exprimer cette compréhension et vérifier si elle est correcte.
- Utiliser cette entente pour aider le patient dans la relation thérapeutique.

Preuve de la difficulté de cerner ce concept, Jodi Halpern, en 2003, insiste sur le rôle au contraire prépondérant de l'affect dans l'empathie. Pour elle, « l'empathie n'est pas simplement de mettre des étiquettes sur des émotions, mais de reconnaître ce que l'on ressent en vivant cette expérience. » [41]. Il s'agit d'essayer de se mettre en syntonie avec les émotions du patient, qu'elles soient exprimées de manière verbale ou de manière non verbale.

Le fait de ressentir les choses permet au médecin de détecter dans les gestes, le ton du patient, certaines émotions qu'il n'exprimerait pas à l'oral. En détectant ces réactions non verbales, nous pouvons adapter notre discours et notre comportement : revenir sur certains propos, faire une pause, changer le ton de notre voix... « La logique seule ne peut déterminer quels problèmes sont les plus importants. La syntonie non verbale dirige automatiquement l'attention vers les problèmes qui ont une signification émotionnelle pour le patient.» [41].

Elle utilise également le terme de « résonnance émotionnelle » pour décrire ce phénomène. Un des aspects essentiels de l'empathie est cette résonnance émotionnelle qui doit exister entre le praticien et son patient. Elle insiste aussi sur le fait que « l'attention du médecin ne doit pas être excessivement détournée vers l'introspection ». Il

ne s'agit pas pour le médecin de se focaliser sur les émotions qu'il ressent et de les analyser mais de se concentrer sur le patient [41].

Enfin, selon Jean Decety, [42] la dimension affective fait partie intégrante du processus empathique et est indispensable, ceci même dans le domaine médical. Le partage émotionnel est aussi important dans la compréhension empathique que la composante cognitive. La régulation émotionnelle y joue également un rôle important. Ainsi, par rapport à des personnes ordinaires, les médecins ressentent moins le côté négatif de l'expérience émotionnelle, leur permettant de réagir correctement et d'aider le patient.

A partir de l'ensemble de ces considérations, l'empathie clinique serait donc un processus à la fois affectif, cognitif et comportemental, s'écartant de l'aspect paternaliste de la relation de soins sans pour autant être en forte identification au patient. Mais plus concrètement, quelles sont les conditions et les attitudes à adopter afin d'acquérir ce type d'empathie avec son patient ?

2.3. Conditions nécessaires à l'établissement de l'empathie clinique :

Nous ne pouvons parler d'empathie clinique sans citer Carl Rogers. Ce psychologue humaniste américain a développé tout au long de sa vie professionnelle une théorie qu'il appellera, finalement, « Approche centrée sur la personne ». Il résume lui-même cette méthode : « L'hypothèse centrale de cette approche peut-être brièvement résumée ainsi : l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources » [43].

Carl Rogers décrit trois conditions dont la compréhension empathique, nécessaires à l'obtention de ce climat dans toute relation et notamment dans la relation entre un thérapeute et son patient. Ces trois conditions sont :

- *L'authenticité ou la congruence* : « plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel, ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive. »
- *L'acceptation ou « le regard positif inconditionnel »* : « le thérapeute éprouve une attitude positive, non jugeante et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment... »
- *La compréhension empathique* : « le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de l'expérience que le client est en train de faire. Cela signifie aussi que le thérapeute lui communique cette compréhension.»

Une fois ce climat bien défini, plusieurs outils sont indispensables à l'établissement d'une bonne attitude empathique :

a. La volonté d'écoute :

« L'écoute est génératrice de l'information » (Professeur Mansouri Nadia).

La base de l'empathie est l'écoute, «non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible. Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs :

- Manifester cette attitude de compréhension.
- Contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension.» [44].

En effet, beaucoup de patients plébiscitent les qualités d'écoute et de compréhension de leurs médecins [45] [46]. Cette attitude d'écoute de la part des professionnels de santé permet de créer un climat de confiance indispensable à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité.

Cependant, savoir écouter est assez difficile car peu de praticiens ont été formés pour écouter, pour se mettre dans la peau de l'interlocuteur. Voilà pourquoi bien des dialogues sont des doubles monologues. En prêtant une véritable attention aux messages que les patients délivrent, la relation de confiance s'installe rapidement et durablement. Une foule de renseignements précieux sera alors recueillie et permettra d'orienter le patient vers le meilleur choix dans son plan de traitement [47].

L'écoute doit essentiellement être passive afin de faciliter l'expression du patient, sans l'interrompre, en adoptant ce que les psychanalystes appellent la « neutralité bienveillante », c'est-à-dire en se gardant de tout jugement, de toute critique.

Dans ce contexte, une étude de Dedienne et al. (2003) souligne que les patients apprécient que les médecins ne les interrompent pas dans le cadre de leur échange [48].

b. La curiosité :

La curiosité est une attitude d'ouverture envers le patient, son environnement culturel, familial et social, pour saisir son fonctionnement dans sa globalité mais l'excès d'empathie serait l'inquisition ou l'indiscrétion. Il convient donc de trouver le bon positionnement [28].

Il ne s'agit bien évidemment pas de connaître les us et coutumes de chacun. Certaines nous deviendront familières au fil du temps, pour les autres, celles en tout cas que nous ne connaissons pas et qui pourraient nous surprendre, voire entraîner de notre part une attitude réprobatrice, il est toujours bon de se dire que l'autre est différent de soi et doit être respecté dans sa différence. S'il adopte telle ou telle attitude, agit de telle ou telle manière, c'est d'abord et peut-être surtout qu'il agit en conformité avec les us et coutumes du groupe auquel il appartient, ou qu'il est dans un état psychologique tel qu'il n'est pas en mesure de faire autrement, et dont il faut tenir compte. Respecter cela, naturellement, facilitera grandement la tâche du praticien, et offrira au patient de plus grandes chances de pouvoir mieux se soigner. [24]

c. La patience :

En 1960, Balint fait naître la relation patient-médecin en se penchant sur les attentes du patient, --- La dimension humaine commence à prendre le pas sur la technique, on s'interroge sur « les qualités requises pour une activité obligeant à un contact humain avec tout ce que cela requiert, non seulement de sociabilité, mais de patience et de sensibilité, voire de loyauté et de probité » [33].

La patience est une compétence qui s'acquiert avec l'expérience et suppose que le praticien consacre du temps et développe sa capacité à maîtriser ses émotions afin de parvenir à son acquisition. C'est aussi faire chaque jour un peu plus l'apprentissage de la tolérance.

d. La communication empathique :

L'empathie (communication empathique) permet au patient de coopérer bien plus efficacement au traitement. Communiquer avec empathie signifie répondre aussi aux émotions observées chez le patient durant l'entretien. L'empathie occupe une place centrale et incontournable dans l'entretien médical [49]. La communication fait partie intégrante de la pratique médicale et ne peut être déléguée à des tiers.



Figure 85 : Entretien médical axé vers le patient.

Un entretien de qualité et une communication efficace sont indispensables pour fonder une relation de confiance. Afin d'y parvenir, cela fait appel à deux éléments principaux auxquels le praticien doit prêter attention :

d.1. Le langage verbal :

D'après Charles-Daniel Arreto [28], l'effet d'un mot va dépendre de sa signification (ou dénotation) mais aussi de sa connotation. Celle-ci dépend du contexte socioculturel de l'émetteur et du récepteur. Les mêmes mots sont donc loin de reproduire les mêmes effets. De plus, le sens des mots peut aussi varier en fonction de la voix de la personne qui les énonce.

L'intonation, le poids des mots, leur résonance symbolique et les mots chocs sont difficiles à maîtriser car leur effet est toujours lié à l'histoire personnelle du récepteur. Ce sont les premiers et les derniers mots qui ont le plus d'impact en communication [50].

Pour que la relation entre un soignant et un soigné puisse advenir, il faut que le langage utilisé soit compréhensible par le patient. Ceci est un témoignage de considération vis-à-vis du patient. Le soignant peut également demander au patient la confirmation de ce qui lui a été restitué. Ainsi, le patient a le sentiment que le soignant veut réellement comprendre l'état dans lequel il se trouve [51].

De plus, nous devons nous efforcer (en tant que praticiens) de poser des questions claires et précises, de parler lentement et en articulant, de simplifier les mots techniques et de choisir des images compréhensibles par le patient [52].

d.2. Le langage non verbal :

Dans une conversation, on peut se demander comment naît l'empathie entre les participants. Selon de nombreux chercheurs, elle est basée sur une « échoisation corporelle » qui se passe entre les partenaires : C'est ce que Cosnier [53] décrit sous le nom «d'analyseur corporel» ; celui-ci inclut tous les «canaux» de la communication, soit non seulement la parole, mais aussi la voix, les mimiques, les postures, les gestes, le rythme de parole et de mouvements et leur amplitude [54]. Ce sont différents éléments qui vont tous intervenir dans les impressions et les émotions ressenties lors du dialogue et se superposer aux mots.

Prendre conscience de l'importance de cette communication non verbale et l'intégrer comme un facteur important du dialogue médical va permettre de renforcer l'impact du discours et contribuer à mettre en place l'empathie.

Il faudra donc que le soignant prête une attention toute particulière au langage non verbal et notamment au langage corporel du patient [55] [56]. Car ce qui est important dans l'aspect relationnel du soin, c'est « la capacité du soignant à réfléchir à cette relation et sur – celle-ci – que vont s'amener les conditions de soulagement de la personne » [58].

Tableau XIV : Eléments non verbaux intervenant dans le processus empathique.

	Expression non verbale d'attention
Position du Corps	S'asseoir, plutôt que de rester debout Garder le corps tourné vers le patient, le tronc légèrement penché vers lui
Expression faciale	Adopter une expression ouverte du visage Eviter de froncer les sourcils, ce qui indique la contrariété
Contrôle de la voix	Parler avec un débit qui donne le temps au patient d'assimiler le message Ajuster le timbre de la voix
Contact visuel	Prêter attention à la distance verticale et horizontale entre soi et le patient Garder le contact visuel en parlant avec le patient

e. La bonne distance thérapeutique :

Si une bonne écoute et des qualités d'empathie font appel à la sensibilité du praticien, elles lui procurent en retour l'exacte mesure de la distance qu'il lui conviendra d'instaurer avec tel ou tel patient pour ne jamais le distraire de la rigueur nécessaire à tout acte de soin.

Pour Alain Amzalag [58], l'idéal serait de savoir constamment garder du recul tout en établissant une relation humaine. Il faut au maximum éviter de rentrer dans une relation trop affective, afin de ne pas perdre sa neutralité et d'être perturbé lors du protocole. Selon lui, « Il est souvent nécessaire de se retrancher derrière une autorité pour retrouver la juste distance. » Avoir de l'empathie, être humain, comprendre les dimensions psychologiques de chacun ne signifie pas perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. Il est préférable de garder sa neutralité pour faire les meilleurs choix possibles et

obtenir les résultats attendus. « Il ne faut pas confondre les relations humaines et les relations affectives ». Nous comprenons bien ici la nécessité et la difficulté d'éprouver une empathie équilibrée dans la relation de soin. Il faut savoir écouter ses émotions mais ne pas se laisser envahir.

Dans son ouvrage consacré à la distance professionnelle, le psychologue Pascal Prayez explique que la double écoute qui est au cœur du processus empathique permet d'atteindre un équilibre : « Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre » [59] [60].

Une bonne distance thérapeutique est la meilleure des préventions contre tous les litiges qui trouvent leur origine beaucoup plus souvent au cours des dysfonctionnements relationnels et communicationnels que professionnels.

En somme, adopter ces différentes aptitudes permet d'augmenter l'efficacité relationnelle tout en développant un comportement assertif (art de faire passer un message difficile sans passivité mais aussi sans agressivité). En effet, force est de constater que deux excès guettent les praticiens dans les rapports avec le patient : un excès de rigidité et un excès de souplesse. Il est donc nécessaire de savoir s'affirmer sans être agressif ni prétentieux. Dire non sans offenser, est un élément essentiel, souvent dans l'intérêt du patient [61].

La relation de compréhension du praticien reste donc cadrée par une limite professionnelle dans une « bienveillante neutralité ». La communication médicale implique une attitude de respect et d'authenticité. [62] Cela permet dans de nombreuses situations d'éviter bien des malentendus, voire des discordes, et ainsi un certain nombre d'aléas, voire de risques thérapeutiques. La bonne compréhension des représentations du patient est un atout majeur et une nécessité pour la réussite du projet thérapeutique.

Cela nous amène donc à nous focaliser sur l'intérêt de développer cette attitude empathique dans la relation de soins et ses éventuels effets sur les résultats thérapeutiques.

2.4. Apports et bénéfices de l'empathie clinique dans la relation de soins :

L'intérêt scientifique actuel pour l'empathie incite les praticiens à s'interroger sur la place qu'ils lui accordent dans leur pratique quotidienne. Ceux-ci auraient tendance à reléguer l'empathie au second plan, lui préférant des techniques qui répondent à la rigueur grandissante de la validité scientifique des moyens d'investigation et de soins. Pourtant l'empathie a tout autant sa place dans la relation de soins car il ne faut pas oublier que cette dernière est avant tout une rencontre entre deux individus [63].



Figure 86 : Empathie médecin-patient.

Le rôle thérapeutique de la relation médecin-malade est connu depuis très longtemps et la littérature regorge d'écrits sur cette relation. Le but ici n'est pas d'en faire une revue exhaustive mais il est intéressant de citer les études insistant sur la dimension empathique et son impact sur le praticien et son patient.

a. Intérêt de l'empathie pour le praticien :

Pour le praticien, l'empathie est un atout :

- Essentiel à la prise en compte des besoins du patient : de part, une écoute et une compréhension empathique ainsi qu'une meilleure communication patient-praticien [64].

- Aidant à la mise en place des meilleures stratégies thérapeutiques : en expliquant notamment au patient l'intérêt pour lui et sa santé d'établir un lien durable avec son soignant [64].
- Elargissant la capacité diagnostique du praticien : Une émotion que l'on comprend, c'est une émotion que l'on peut gérer, et avec l'expérience, utiliser. Le travail du soignant sera plus efficace : il créera une relation de confiance et aura un diagnostic plus précis [64].
- Améliorant considérablement le confort de sa pratique et son bien-être [65] : Car elle est le gage d'un plus grand respect du patient envers le professionnel de santé . « Le sentiment d'être respecté en tant que médecin et d'exercer une activité prestigieuse sont des conditions importantes pour le bien-être émotionnel dans cette profession » [66].
- Permettant une satisfaction mutuelle entre les médecins et leurs patients et diminuant ainsi les risques de conflits juridiques [67] [68] [71].
- Contribuant également à améliorer la qualité de vie du praticien en diminuant le risque de burn-out et de dépression [69] [70].

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations sur l'empathie, on peut en déduire qu'elle est un outil majeur à notre disposition dans la conduite de l'acte médical.

b. Intérêt de l'empathie pour le patient :

L'empathie permettrait au patient :

- D'être reconnu et considéré en tant que personne : être dans l'empathie, c'est de facto ne pas ignorer ou ne pas nier l'autre ; c'est le reconnaître dans son existence, dans sa vie même [72].
- De se sentir compris : notamment par l'utilisation d'un vocabulaire adapté. (comme nous l'avons évoqué dans le langage verbal) [72].
- De lui donner la possibilité de s'ouvrir, de confier ses soucis, ses sentiments, d'exprimer des émotions plus profondes : l'attitude d'écoute empathique permet

au patient de comprendre l'intérêt que le praticien lui porte, et le désir sincère qu'il a de l'aider [73].

- D'augmenter son adhésion thérapeutique : si le patient se sent considéré, écouté, il sera davantage motivé et aura envie de mieux adhérer au projet de soin. Même si le plan de traitement conseillé est pertinent, s'il n'est pas accompagné d'une explication montrant son adéquation avec la demande initiale, le patient ne sera pas totalement convaincu, et donc pas totalement satisfait; d'où la nécessité de bien connaître son patient et de communiquer avec lui [74].

c. Effets thérapeutiques de l'empathie :

L'empathie envers le malade aurait en théorie des bénéfices sur sa santé psychique, son bien être, et sa santé physique (par l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin, entraînant une aide au diagnostic, et une meilleure compliance aux traitements). [64] [75] De plus, être au centre de la relation thérapeutique leur permet de s'impliquer et de s'autonomiser davantage dans la prise en charge de leur maladie, ce qui conduit par la suite à une meilleure adhérence au traitement [76] [77].

Des éléments concrets viennent appuyer ces résultats. Par exemple, une étude de Hojat et al [78] a montré une corrélation entre le niveau d'empathie des praticiens et les résultats d'HbA1c et de LDLc chez des patients diabétiques de type 2. Plus les médecins étaient empathiques, meilleurs étaient les chiffres d'HbA1c et de LDLc.

De même, Derksen réalise en 2013 une revue de la littérature et retrouve un lien entre la relation médecin-patient et l'empathie avec : une satisfaction augmentée du patient, une meilleure adhésion à son traitement, diminution de son anxiété, un meilleur diagnostic, et une meilleure évolution clinique [79].

Une étude espagnole montrait également que la moyenne de la pression artérielle systolique était plus basse chez les patients dont le médecin était plus empathique [80].

Neumann et al. ont réalisé un schéma de synthèse (figure 87) [81] qui montre comment un médecin ayant une communication empathique peut obtenir des résultats améliorés sur ses patients.

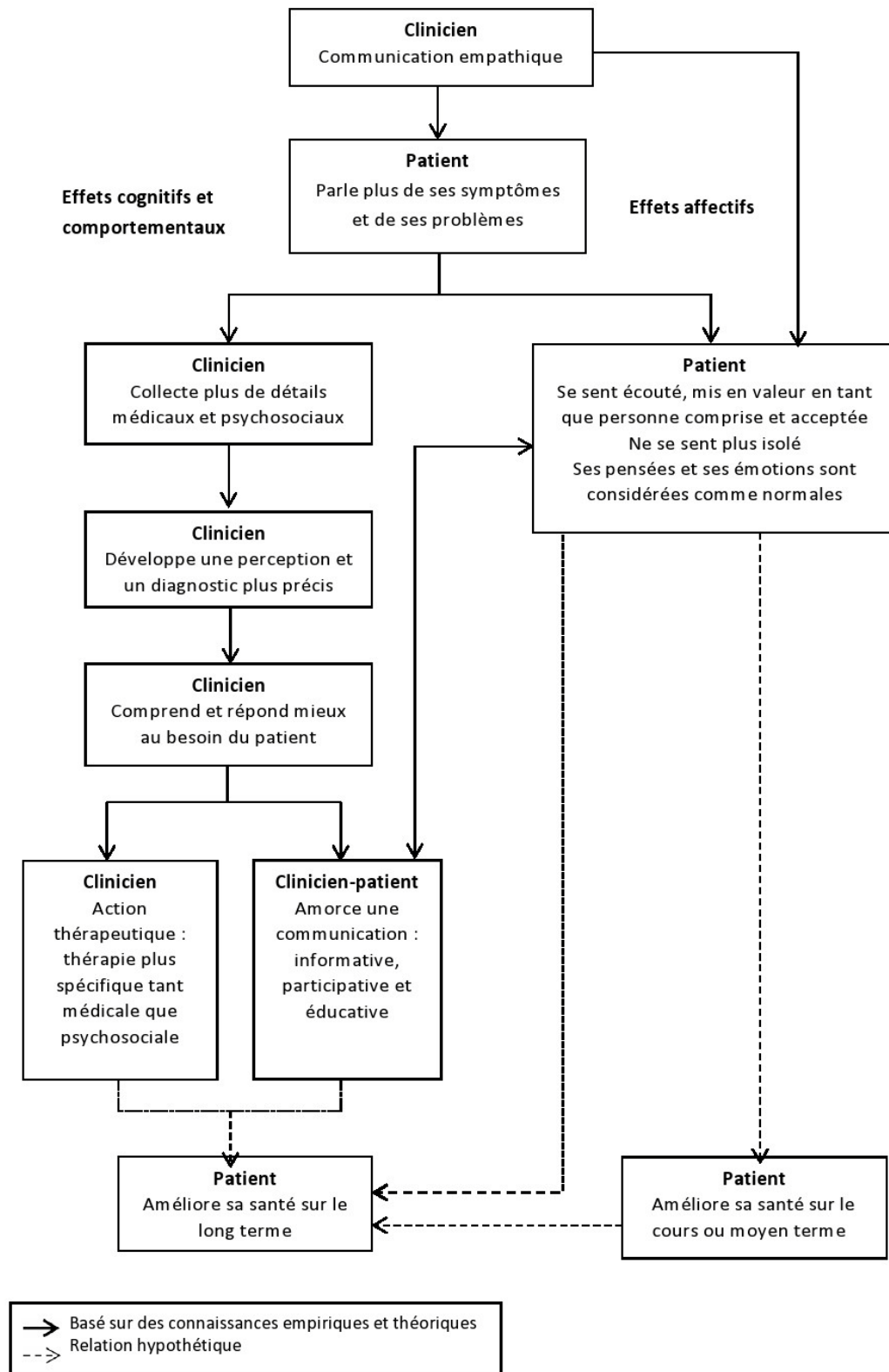


Figure 87 : Modèle de l'effet thérapeutique d'une communication empathique.

Toutes les différentes données précédemment citées nous parlent de l'importance de l'humanisation des soins grâce notamment au phénomène d'empathie clinique, et de l'intérêt de prendre en charge le patient dans sa globalité. Cette attitude empathique aurait des répercussions bénéfiques tant bien sur la qualité des soins et l'issue des traitements, mais également sur la qualité de vie quotidienne du praticien qui veille à la développer.

3. La culture chirurgicale dans la relation de soins :

Avant de pouvoir mesurer l'impact de l'empathie dans la pratique chirurgicale, il est tout d'abord indispensable de déterminer et recontextualiser la place de la culture chirurgicale au sein de la relation de soins.

3.1. Apport de la psychologie sociale en chirurgie :

En psychologie sociale, on parle de culture pour identifier l'ensemble des normes, valeurs, croyances, comportements et rituels partagés par un groupe d'individus et transmis d'une génération à l'autre par le biais d'une institution. [82] Les chirurgiens apparaissent, en effet, comme un groupe assez homogène qui partage ces caractéristiques et qui peut donc être considéré comme ayant une culture propre. Les particularités des soins en chirurgie, en outre, différencient cette spécialité des autres spécialités médicales.

Les chirurgiens opèrent dans un environnement complexe. Leur travail comprend trois niveaux : préopératoire, intra-opératoire et post-opératoire, dans lesquels le patient occupe un rôle différent et particulier, et qui devient évident dans le fait que dans l'un de ces espaces (intra-opératoire), il est inconscient et présent uniquement comme un corps. [83] [84]

Dans ces trois espaces, les chirurgiens interagissent avec d'autres professionnels qui sont autour d'eux pour prodiguer les soins pré et post-opératoires, et pour assister l'acte chirurgical. Ces professionnels ont souvent une culture de soin différente de celle

des chirurgiens, ce qui génère des dynamiques de groupe importantes qui rendent cet environnement très complexe du point de vue social. [84] [85]

Mais ce qui distingue le plus le médecin chirurgien du médecin non-chirurgien est la place de la technique dans les soins. Plus que les autres spécialités, le rôle de l'acte chirurgical en tant qu'acte technique est mis au premier plan en chirurgie, et accentué par l'utilisation de technologies de plus en plus complexes.

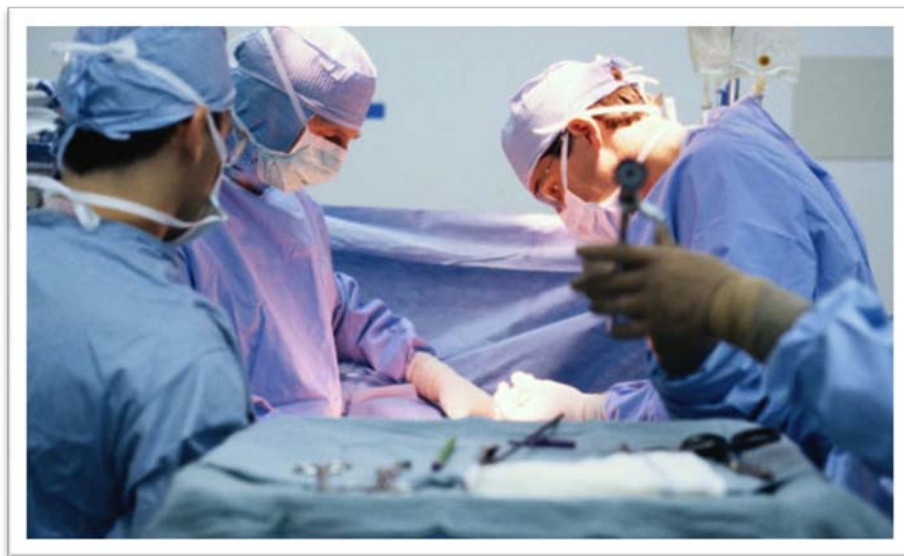


Figure 88 : Le milieu chirurgical.

L'étude des chirurgiens, de leur culture, personnalité et identité, a fait l'objet de recherches anthropologiques et sociologiques devenues célèbres conduites dans les années 1990-2000 avec des méthodes ethnographiques. [83] [86] [87] Il en émerge que le chirurgien est typiquement dépeint comme un technicien « individualiste », « arrogant » et « présomptueux », qui passe plus de temps avec le patient lorsqu'il est inconscient dans la salle d'opération que lorsqu'il est réveillé (en consultation ou pendant les visites hospitalières) [88].

Cette image est inscrite culturellement, socialement, ainsi qu'historiquement à un point tel qu'elle peut être considérée comme un « mythe » qui est enraciné dans la

culture populaire (actuelle et passée), et partagé non seulement au sein des chirurgiens mais aussi au sein des autres médecins. [89] [90]

Parmi les patients, également, il y a une acceptation du manque d'attitudes relationnelles d'un chirurgien du moment qu'il est un bon technicien en salle d'opération (chez peu d'autres spécialistes, les patients accepteraient un tel manque d'habiletés relationnelles). [91]

Il s'agirait bien ici d'une représentation sociale. Celle-ci est définie comme une série de concepts, affirmations et explications qui se produisent dans la vie quotidienne, au travers de la communication interpersonnelle. [92] Les individus d'une société construisent la réalité sociale et créent un savoir partagé au travers des représentations sociales qui peuvent donc être conceptualisées comme des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, et qui organisent les conduites et les communications sociales. [92]

De plus, il faut remarquer que les représentations sociales sont des processus cognitifs et donc elles concernent des processus tels que : l'appartenance sociale, les affects liés à cette appartenance, l'intériorisation de normes, valeurs et expériences, modèles de conduite et schémas de pensée socialement déterminés. Comme le dit bien Henri Tajfel : « l'identité sociale d'un individu est liée à la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et à la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance » [93].

Cela nous indique ainsi l'importance de bien connaître le chirurgien dans le cadre de sa pratique, par sa personnalité d'une part et son identité socio-professionnelle d'autre part.

a. La personnalité du chirurgien vue par la psychologie différentielle :

L'existence de cette culture chirurgicale a conduit différents auteurs à s'intéresser à la personnalité et au tempérament des chirurgiens. La majorité de ces études se basait sur la théorie des traits, qui considère les comportements comme déterminés par les

caractéristiques internes et stables de l'individu ; les traits, définis comme « des dimensions décrivant des différences individuelles dans les tendances à manifester des configurations cohérentes et systématiques de pensées, d'émotions, et d'actions qui sont stables dans le temps » [94].

Les études mettant en parallèle les chirurgiens à d'autres médecins semblent indiquer qu'ils forment un groupe distinct et homogène sur la base de leur personnalité [95] [96]. Elles ont comparé les traits de personnalité de chirurgiens, anesthésistes et médecins généralistes en utilisant le 16 Personality Factor Questionnaire de Cattell. Une analyse discriminante a montré que ces groupes se distinguaient sur les trois facteurs suivants :

- La conscience des règles (conformité aux règles)
- La faculté d'abstraction (attitude pratique et axée sur les solutions)
- La robustesse d'esprit (facteur global, personnes se décrivant comme résilientes, distantes, moins influencées par des sentiments, et moins ouvertes à d'autres points de vue).

Il en émerge en finalité que les chirurgiens sont peu adhérents aux règles et moins susceptibles de les suivre, leur procurant une meilleure capacité d'improvisation et d'innovation comparés aux médecins généralistes (ce qui soulignerait la différence entre les spécialités axées sur la personne et celles axées sur la technique) [95] [96].

En parallèle, d'autres études [97] [98] [99] [100] dont celle de Drosdeck et ses collaborateurs, ont démontré que les chirurgiens présentaient un niveau plus élevé sur les facteurs suivants :

- « Caractère consciencieux » (indiquant : efficacité, organisation, orientation vers un but, persévérance, peu d'inhibition)
- « Extraversion » (indiquant : attitude énergique, recherche des sensations, socialisation et la tolérance à l'incertitude).

Les chirurgiens ont également présenté de plus faibles scores sur le facteur : « Névrosisme » avec une meilleure stabilité émotionnelle, sécurité et confiance, comparativement aux médecins non-chirurgiens.

L'idée que la personnalité des chirurgiens soit différente de celle des autres médecins est aujourd'hui très débattue grâce aux apports de la psychologie sociale moderne, qui a déplacé l'intérêt des théories focalisées sur les traits, aux théories focalisées sur l'identité [101].

Ce changement de perspective a été abordé en chirurgie par une revue parue il y'a 10 ans où les auteurs ont examiné les processus de construction du concept de soi (self concept) dans la culture chirurgicale [102]. Selon ces auteurs, la croyance, répandue parmi les chirurgiens, de l'existence de traits de personnalité similaires (la nécessité d'avoir un certain caractère pour être un chirurgien) influence la sélection de jeunes chirurgiens sur la base des similitudes caractérielles, ce qui, à son tour, a amené à augmenter la différence perçue entre l' « in-group » (les chirurgiens) et l' « outgroup » (les autres médecins).

Ensuite, tout au long de leur formation, les chirurgiens sont poussés à se conformer au stéréotype du chirurgien « audacieux », « héros » afin de s'adapter à l'incertitude de la pratique chirurgicale. Ce stéréotype offre ainsi une base identitaire forte, à la fois pour soi (un étayage pour sa propre subjectivité) et pour l'autre (caractéristique permettant d'identifier un individu de l'extérieur). Ainsi, la peur de s'éloigner du modèle dominant porterait les chirurgiens à ne pas montrer leur incertitude même dans les situations où cela serait justifié et adapté [103].

Cette identité serait maintenue dans le temps par des processus psychologiques tels que l'internalisation et l'adaptation comportementale d'une part, et par des processus sociaux d'adaptation à la norme culturelle dominante d'autre part, ce que Ervin Goffman décrit comme « processus de socialisation » [104].

b. L'identité socio-professionnelle du chirurgien :

L'identité culturelle, ou image, véhiculée par la culture chirurgicale est reconnue et bien décrite au travers de la littérature. Elle est décrite comme une construction sociale transmise d'une génération à la suivante au travers du « hidden curriculum » : un concept qui, en pédagogie et sciences de l'éducation, se réfère à un apprentissage implicite qui ne rentre pas ouvertement parmi ce qui est enseigné intentionnellement, par exemple, la transmission des normes, des valeurs, et des croyances dominantes dans un environnement social donné. [105]

Le corollaire de cette image est que les chirurgiens partagent les mêmes valeurs sociales, sont soumis aux mêmes exigences, et que le groupe a des attentes sur la façon d'être et de se comporter de ses membres [100] [101] :

- **Valeurs partagées en chirurgie** : centrées autour du travail important de la chirurgie et le partage de cette dimension avec les autres collègues, ce qui permet un sentiment de compréhension mutuelle. L'effet sur la pratique est positif, et concerne l'aide qu'offrent ces valeurs partagées pour faire face aux situations difficiles.
- **Exigences en chirurgie** : les injonctions du groupe pour chaque chirurgien sont relatives à l'autonomie, les capacités à gérer l'émotion ou en contrôler les manifestations (ne pas la montrer), faire preuve d'assurance. L'effet sur la pratique est certes positif en intra-opératoire, mais l'effet négatif sur le chirurgien concerne l'impossibilité d'exprimer sa propre vulnérabilité.
- **Attentes du groupe** : elles concernent ce que les chirurgiens décrivent comme des attentes comportementales que le groupe impose implicitement, afin de pouvoir être considéré comme un bon chirurgien. D'abord on trouve le principe selon lequel on ne doit jamais abandonner, et faire tout ce qui est possible. Le chirurgien est supposé être décidé, ne pas hésiter ou douter, et

que les actions qu'il choisit personnellement d'entreprendre soient réalisées avec succès.

Cela influence donc la pratique car l'identité du chirurgien est liée à sa performance, et son propre succès est lié à la bonne réalisation des tâches techniques. Ce lien entre l'identité, l'action, et son résultat est l'élément qui vulnérabilise l'identité professionnelle du chirurgien [100] [101].

Cette idée est aussi renforcée par le fait que la chirurgie est souvent définie comme un art, qui est appris principalement par l'expérience (plutôt que par les livres) tout en soulignant que chaque opération est unique (spécialement à cause de l'anatomie du patient), et que chaque chirurgien pratique la même opération différemment, en s'appuyant sur ses intuitions ou instincts ou même en adaptant les techniques à ses propres mains. [106]

3.2. Déterminants de la relation patient-chirurgien :

La relation patient-chirurgien est devenue récemment parmi les centres d'intérêt de plusieurs auteurs au sein de la psychologie sociale moderne dans le domaine de la pratique médicale. Plusieurs éléments régissent cette relation et déterminent la qualité et l'issue des soins apportés. On peut les regrouper en cinq principaux facteurs relationnels :

a. Complexité de la prise de décision :



Figure 89 : Complexité de la prise de décision chez le chirurgien.

Selon une étude menée par Gooberman–Hill et al. (2010), la décision d'opérer (ou de ne pas opérer) un patient donné est basée sur l'évaluation experte du tableau clinique des patients, ainsi que sur les attentes par rapport au résultat de la chirurgie (outcome). [107] Cette décision est relativement simple et linéaire lorsque ces variables cliniques sont claires. Cependant, dans de nombreux cas, ces éléments ne sont pas clairs ou clairement définis. Les chirurgiens décrivent alors une série de variables non-cliniques pouvant avoir de l'influence sur leur décision dans ces cas. [107]

Les variables décrites par les chirurgiens peuvent être regroupées en trois types (Tableau XV) :

- **Relatives au patient** : Ces variables comprennent les caractéristiques cliniques du patient dont l'influence sur la chirurgie n'est pas claire ou quantifiable, et par conséquent, leur prise en compte est laissée au jugement de chaque chirurgien, dans chaque situation individuelle. L'âge, la présence de comorbidités, le but curatif/palliatif de la chirurgie, ou le fait d'avoir déjà été opéré, sont des exemples. De plus, certaines conditions non-cliniques relatives au patient peuvent aussi influencer les décisions des chirurgiens, par exemple : les occupations, le style de vie du patient, son lieu géographique de résidence, ses exigences en termes de temps, ses caractéristiques psychologiques (anxiété, détermination à survivre, état mental). [108] [109]
- **Relatives au chirurgien** : Elles concernent les compétences personnelles, à la fois techniques (se sentir capable de réaliser la chirurgie, avoir l'expérience requise) et cliniques (capacité de prédire les bénéfices et les risques de la chirurgie). L'implication personnelle du chirurgien peut elle aussi parfois être considérée comme un facteur pouvant avoir un rôle dans les processus décisionnels (par exemple : engagement envers le patient, ego, mauvaise expérience dans le passé). [110] [111]
- **Contextuelles** : Ces variables sont relatives aux conditions spécifiques de la pratique (hôpitaux universitaires, présence de soins postopératoires ou soins à domicile, qualité de l'équipement et des assistants, accès au bloc opératoire), et

aussi au praticien lui-même (préoccupation pour son image et sa réputation, position dans la hiérarchie, souhait d'atteindre de bonnes statistiques opératoires).
[109] [110]

Tableau XV : Variables pouvant influencer les décisions des chirurgiens.

Relatives au patient
- Conditions controversées : Age, obésité, comorbidités, ré-opération, chirurgie palliative ... - Conditions non-cliniques : Situations sociales et culturelles, support de la famille, occupation, choix du style de vie, loisirs, localisation géographique, caractéristiques psychologiques, détermination à survivre, état mental, temps du patient.
Relatives au chirurgien
- Compétences personnelles : Compétence technique, capacité à réaliser la chirurgie, expérience, habilité de prédiction des risques liés à la chirurgie et d'anticiper l'outcome et les bénéfices de la chirurgie. - Implication personnelle : Engagement auprès du patient, fatigue, mauvaises expériences dans le passé, ego, confiance en soi.
Contextuelles
- Relatives à la pratique : Type de pratique chirurgicale, pressions liées au temps et à l'activité d'enseignement, motivations économiques, accès au bloc opératoire, soins à domicile et soins post-opératoires, qualité des équipements et des assistants. - Relatives au praticien : Atteindre des bonnes statistiques, confrontation et comparaison avec d'autres chirurgiens, hiérarchie hospitalière; préoccupation pour son image et sa réputation aux yeux du médecin envoyant, les collègues ou le personnel infirmier.

b. La communication :

L'un des aspects les plus importants de la relation patient-chirurgien est la communication. Dans la période préopératoire, la fonction de la communication va bien au-delà du fait de délivrer une information : son objectif est aussi que le patient accepte la décision d'être opéré, donne son consentement à la proposition faite par le chirurgien, y compris aux risques que cela implique. [108]

Ainsi, la communication prépare à la fois le chirurgien et le patient aux possibles difficultés qui pourraient se produire pendant l'opération, ou dans la période post-opératoire. L'explication des risques liés à la chirurgie est un des moments les plus émotionnellement chargés. Un aspect central est l'obtention de la confiance du patient, et cela peut être facilité par le style communicatif direct et décidé du chirurgien, ainsi que par la démonstration de sa propre expérience. [112] [113]



Figure 90 : Chirurgien en syntonie avec le patient.

Cependant des difficultés dans le processus d'acquisition de la confiance du patient ont été reportées. Une étude a décrit que la présence de directives anticipées limitant les traitements post-opératoires conditionnait la décision d'opérer d'un chirurgien, qui pouvait passer beaucoup de temps à négocier sur ces aspects avant d'accepter l'opération, ou même la refuser. [108] D'autres difficultés reportées étaient relatives aux attentes irréalistes des patients, à leur confiance indiscutée, leur besoin d'informations très approfondies, ou le manque de compliance. [114]

Enfin, le style communicatif utilisé par les chirurgiens des différentes études citées partage des caractéristiques communes, telles que :

- L'information donnée se centre principalement sur les données « dures » concernant le diagnostic et le traitement. « Ce contact minimal, borné par les

défenses, explique aussi qu'ils (les chirurgiens) s'avèrent incapables d'expliquer avec des mots simples à leurs malades leurs pathologies et ce qu'ils vont leur faire comme opération ou comme examen complémentaire ; ils en sont pourtant parfaitement capables dans un autre contexte; cela indique que l'usage du jargon technique participe bien à l'évitement relationnel. » [126]

- L'information était adaptée de façon à maintenir l'espoir, et elle prenait en compte les informations sociales et psychologiques que le chirurgien pouvait avoir.
- Les décisions étaient présentées comme des décisions collectives de l'équipe.

c. La responsabilité :

La responsabilité relative à la décision d'opérer est un thème récurrent dans plusieurs études. Les chirurgiens expliquent que du choix d'opérer un patient dérive une responsabilité qu'ils ressentent comme personnelle. [108] Cette responsabilité est décrite en termes d'un engagement physique (le traitement en chirurgie est réalisé, non seulement recommandé – comme dans d'autres spécialités), et chaque complication éventuelle est la conséquence d'une action physique directe (et non d'une prescription : le chirurgien est le traitement). [112]

A ce propos, la responsabilité décrite par les chirurgiens inclut aussi l'engagement à faire face aux possibles complications. La prise en charge du patient est vue comme un processus continu, allant de l'opération jusqu'à l'issue du traitement (qu'elle soit positive ou négative). Cette vision reflète la nature de l'intervention chirurgicale, qui, une fois commencée, ne peut pas être interrompue. [113]

C'est pour cette raison que, durant les consultations préopératoires, les chirurgiens cherchent à partager cette responsabilité avec le patient. Notamment, l'acceptation de la chirurgie prévoit également l'acceptation des difficultés potentielles (et des traitements post-opératoires conséquents) qui pourraient avoir lieu en cas

d'événements inattendus (phénomène appelé "surgical buy-in"). Ce partage de responsabilité donne alors au chirurgien la possibilité et le « droit » de lutter contre la maladie. [113]

De l'autre côté, lorsque le patient impose des limitations à son traitement post-opératoire (ordre de « Ne pas réanimer » par exemple), les chirurgiens qui acceptent d'opérer à ces conditions reportent la responsabilité sur le patient. [113]

d. L'attitude du chirurgien selon « Evidence-Based Medicine » (EBM) :

Un nombre important d'études abordent le sujet du rapport aux règles, aux recommandations de bonne pratique, et donc à la médecine basée sur les preuves. [115] [116]

Règles écrites, recommandations et EBM ne semblent pas adaptées au modèle de la chirurgie : L'obtention du consentement (ou les directives anticipées) par exemple, est considérée comme déconnectée de la vraie pratique, et potentiellement contre-productive, car cela risque de limiter ce que le chirurgien considère être sa marge de manœuvre. [117]

Le corollaire de cette attitude est le fait que l'incertitude et l'imprédictibilité de ce qui peut se passer dans la salle d'opération (y compris les risques) est considéré comme normal et implicitement toléré. La capacité d'adaptation et de flexibilité justifie même le fait d'utiliser des pratiques nouvelles et non-orthodoxes, jugées comme « innovantes ». L'image du véritable chirurgien est donc celle d'un professionnel hautement qualifié, qui n'a pas (ou ne devrait pas avoir) besoin de protocoles, capable de prendre des risques, de réagir immédiatement, et ainsi d'innover. [118]

e. Relations de groupe :

D'après plusieurs études, [119] [120] [121] les relations groupales, notamment avec les collègues, les infirmiers et les chirurgiens en formation sont décrites comme professionnellement bénéfiques : elles sont enrichissantes du point de vue clinique, permettent d'obtenir un consensus sur la gestion des cas les plus difficiles, et ainsi de partager la responsabilité pour ces décisions.

Au bloc opératoire, les chirurgiens décrivent une atmosphère familiale, agrémentée de bonne musique ou de divertissement qui contribue à créer un environnement très spécifique.



Figure 91 : Travail d'équipe au sein du bloc opératoire.

Cependant le groupe peut aussi être une source de dilemmes éthiques et de conflits. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Le mode de formation des jeunes chirurgiens.
- L'influence des relations hiérarchiques et du pouvoir.
- Les perceptions divergentes que les différents groupes de professionnels ont des autres.
- L'absence de protocoles écrits.

D'autres aspects importants relatifs au groupe sont ceux liés au leadership et à l'image. Le groupe est un environnement où les collègues et les chirurgiens en formation discutent et jugent la performance. Les risques de critique et de mise en jeu de leur propre réputation sont donc souvent mis en avant.

Le groupe donne aussi du support émotionnel au chirurgien, bien que ce soit souvent de façon inadéquate : Dans deux études indépendantes, [119] [121] les chirurgiens relatent préférer se tourner vers leur propre famille ou vers les infirmiers (car de culture différente) dans ces situations.



Figure 92 : Support émotionnel du personnel paramédical.

A noter que dans aucune des études analysées, les chirurgiens n'ont signalé avoir cherché de l'aide psychologique.

3.3. Place de l'engagement émotionnel en chirurgie :

La dimension émotionnelle de la relation chirurgien-patient émerge clairement de différentes études analysées traitant cette relation. [110] [112] [119] [121] En outre, Les chirurgiens expriment de l'empathie pour la détresse et les peurs de leurs patients, cherchent à instaurer des relations individualisées et que les patients se sentent particuliers, ou du moins leur faire une bonne impression. Le lien émotionnel avec les patients était d'autant plus fort que le risque de la chirurgie était important, lorsque le patient était un collègue ou un ami, et lorsque le chirurgien s'identifiait avec un patient. [122] [123]

Un autre aspect de cette dimension émotionnelle concerne les erreurs et complications post-opératoires, que les chirurgiens perçoivent comme une source majeure d'émotions pénibles. [121]



Figure 93 : Impact émotionnel des erreurs opératoires sur le chirurgien.

Les chirurgiens décrivent clairement les conséquences des erreurs en termes de :

- *Manifestations physiologiques* : augmentation du rythme cardiaque, transpiration, tremblement ; elles sont associées à la survenue d'une erreur au bloc opératoire, ainsi qu'à l'apprentissage postérieur d'avoir commis une erreur (au bloc opératoire et à long terme). [121]
- *Manifestations cognitives* : détérioration des capacités de prise de décision et action, difficultés à ralentir pour réfléchir (au bloc opératoire), difficulté de concentration (au bloc opératoire et à long terme) [119] [121]
- *Manifestations émotionnelles* : anxiété, panique, frustration, irritabilité, solitude, vulnérabilité (au bloc opératoire et à long terme), culpabilité, humiliation, identification avec le patient, diminution de la confiance en soi, préoccupation pour son image et sa réputation, peur de perdre la confiance du patient (à long terme) sont mises en avant. [121]
- *Manifestations comportementales* : cascade d'erreurs et complications, difficultés à ralentir pour réfléchir, diminution de la dextérité (au bloc opératoire), difficultés à trouver du support, autopunition, insomnie, difficulté à interagir avec le patient et à sa famille (à long terme) ont été décrits. [121]

Ces réactions ont un impact et des conséquences professionnelles, telles que la peur des poursuites juridiques ou parfois des changements de pratique ou une retraite anticipée. [117]

Afin de faire face à ces émotions, les stratégies utilisées par les chirurgiens sont pour la plupart centrées sur les capacités individuelles (essayer de se pardonner, en tirer un enseignement positif en gagnant de l'expérience, réprimer ses sentiments pour éviter qu'ils envahissent toute leur pratique et pour qu'ils puissent passer plus vite). Quant aux stratégies externes, le support du groupe peut, certes, être bénéfique comme nous l'avons cité précédemment, mais il est souvent très limité et parfois inefficace et dans aucune étude les chirurgiens ne rapportent avoir demandé une aide professionnelle. [118]

La relation patient-chirurgien donne lieu à une expérience subjective et émotionnelle qui ne trouve pas de place au sein du groupe social de ces praticiens, et ne peut pas être intégrée dans la représentation collective du chirurgien. Cela conduit les chirurgiens à expliquer leur comportement comme une nécessité dictée par l'environnement de travail (exigences, pressions administratives), et à ignorer les difficultés personnelles dans la gestion et l'acceptation des états émotionnels dérivant de la pratique de la chirurgie et de la relation avec le patient. [119]

Même si en chirurgie l'acquisition de compétences techniques est essentielle, les chirurgiens restent tout d'abord des médecins. En tant que tels, ils ne peuvent pas faire abstraction de la dimension relationnelle et émotionnelle des soins. Séparer la dimension technique de la dimension relationnelle risquerait de transformer les chirurgiens en simples techniciens (surtout dans une période d'évolution rapide des technologies, comme en témoigne le développement de la chirurgie robotique).

De plus, les sciences psychologiques et sociales deviennent aujourd'hui de plus en plus importantes au sein du curriculum des médecins. Le risque est donc que l'image traditionnelle et parfois obsolète du chirurgien puisse faire renoncer les jeunes médecins à entreprendre une carrière en chirurgie, incrémenter le décalage générationnel, et devenir une barrière pour la formation. [124]

La représentation que ces praticiens ont de la chirurgie – comme basée sur l'exécution d'exploits techniques, nécessitant de l'habileté difficilement transférable, et

dont les prouesses du chirurgien singulier prévalent sur les aspects cliniques et non-cliniques – crée une barrière pour l'évaluation scientifique des interventions et donc pour l'innovation. [124]

Cela sans oublier que le leadership en chirurgie ne peut pas se baser uniquement sur l'excellence technique du praticien. Il est de plus en plus mis en évidence que construire une équipe, la diriger, et la gérer nécessite le développement d'habilités sociales et d'intelligence émotionnelle [125]. Par conséquent, le manque d'investissement sur ces habilités, ainsi que la résistance dans l'ancien modèle de leadership chirurgical, augmente le risque d'isoler la chirurgie des autres spécialités (ainsi que des administrations) et, à son tour, augmenter la vulnérabilité des chirurgiens.

Les praticiens de chirurgie perçoivent de fortes émotions qui concernent la relation avec le patient et la relation avec le groupe, mais ces émotions ne sont pas intégrées dans la culture de cette discipline, et les chirurgiens ont du mal à les gérer.

Nous avons identifié quelques situations perçues par les chirurgiens comme ayant un contenu relevant de l'expérience émotionnelle. [110] [112] [119] [121] Ces situations ont été organisées en trois axes, suivant une logique temporelle typique de la chirurgie : émotions préopératoires, per-opératoires, et post-opératoires.

a. Emotions préopératoires :

a.1. Consultation préopératoire :

La consultation préopératoire est le moment où les chirurgiens décident s'il faut proposer ou non une opération. Cela nécessite d'assumer la responsabilité pour cette recommandation qui est émise, mais aussi pour le choix du patient, car le chirurgien est, de fait, le seul à connaître les complications potentielles et à pouvoir les expliquer au patient. La distinction entre une opération qui doit être faite ou devrait être faite n'était pas toujours claire, et dans ce cas la relation avec le patient était un critère important de décision.



Figure 94 : La consultation préopératoire.

La partie centrale de la consultation préopératoire est la communication des risques au patient. Elle est également la partie la plus chargée du point de vue émotionnel, car le chirurgien doit communiquer les informations relatives aux risques de décès et de complications majeures. Les chirurgiens doivent prendre en compte ces aspects émotionnels au travers de la présentation des bénéfices et des risques, et les mettre en balance. En outre, les chirurgiens présentent les informations en perspective en cherchant, par exemple, à relativiser.

L'incertitude est un sentiment fréquemment rapporté, spécialement lorsque l'intervention comporte des risques importants, et lorsque les chirurgiens estiment devoir pousser les limites de leurs capacités afin d'offrir une chance de survie au patient. La subjectivité de la décision chirurgicale est souvent évoquée pour expliquer les causes de ce sentiment d'incertitude.

Les facteurs qui les influencent le plus sont l'expérience personnelle, l'intuition clinique, la confiance dans leurs propres capacités, ainsi que les caractéristiques de leur propre pratique professionnelle.

Bien que les décisions soient prises en groupe, cela ne réduit pas l'incertitude du chirurgien : ils expliquent que la décision prise à l'intérieur de la relation chirurgien-patient prévaut sur la décision de groupe.

Pour cette raison, un rôle important de la consultation préopératoire est d'établir un contrat de confiance qui à lui seul peut servir à faire face à l'incertitude des décisions chirurgicales complexes. Pour le patient et pour le chirurgien, il est difficile d'envisager la chirurgie en dehors de ce contrat.

Les chirurgiens soulignent que la consultation préopératoire est également un moment particulièrement chargé émotionnellement pour le patient, et ils évoquent la nécessité d'adapter le processus d'information afin de prendre en compte ces émotions. Idéalement, toutes les complications devraient être énoncées, mais en pratique, chaque chirurgien a ses propres critères implicites pour choisir quelles complications potentielles évoquer et comment en discuter avec le patient, ainsi globalement, le but est d'assouplir l'impact affectif de l'information donnée.

a.2. En attendant l'acte opératoire :

La possibilité des complications intra-opératoires est décrite par les chirurgiens abordés lors des études analysées, comme une préoccupation constante avant des interventions difficiles. Cette préoccupation a des effets positifs car elle amène le chirurgien à analyser attentivement les résultats des tests médicaux, des analyses biologiques et des scanners, afin de prédire de la façon la plus fiable possible la complexité de la chirurgie.

Cependant, il résulte de cette préoccupation un sentiment d'inquiétude qui se manifeste au travers de l'anticipation des difficultés de la procédure. Le risque de la procédure est clairement vécu comme une menace, et les chirurgiens verbalisent la préoccupation que cela ne puisse pas se passer aussi simplement que planifié, mais aussi que la procédure n'ait pas une issue positive. Ces émotions doivent être maîtrisées et ne peuvent pas transparaître afin de maintenir la relation de confiance installée avec le patient.

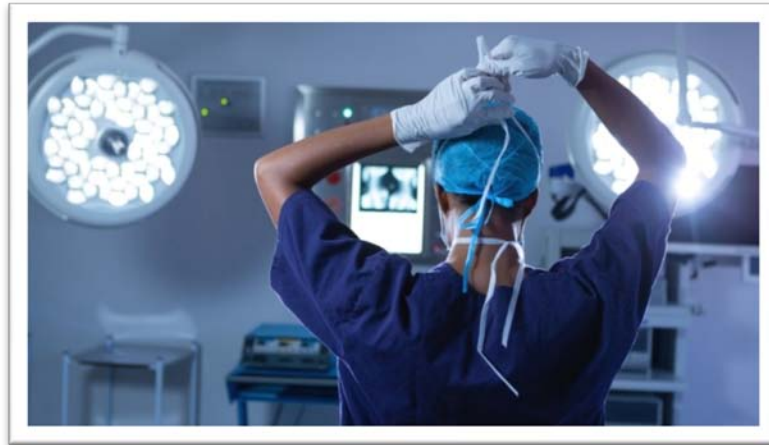


Figure 95 : Préparation et concentration du chirurgien avant l'acte opératoire.

Maîtriser ces émotions n'est donc pas facile, et dans le cas où cette tentative se révèle infructueuse, les inquiétudes envahissent même la vie extrahospitalière.

b. Emotions en peropératoire :

Généralement, les chirurgiens réalisent des procédures de routine, dans un environnement (le bloc opératoire) décrit comme plaisant. La possibilité de parler avec les collègues et d'enseigner aux chirurgiens en formation ont été décrites comme des activités qui contribuaient à créer une bonne ambiance dans la salle d'opération.



Figure 96 : Environnement intra-opératoire.

Trois sources d'émotions intra-opératoires ont été identifiées :

b.1. Maîtriser l'émotion par la technique :

Le travail au bloc opératoire a été décrit par les chirurgiens comme une activité à la fois ayant de l'intérêt scientifique et fournissant un plaisir personnel. Une attitude détachée de toute relation avec le patient (voir la chirurgie comme une activité essentiellement technique) a été évoquée par divers chirurgiens comme étant essentielle pour pouvoir réaliser adéquatement la chirurgie. Etre trop impliqué, et percevoir le patient comme un être humain, un individu singulier, augmente le risque d'être « moins scientifique » et d'agrandir la marge d'erreurs techniques.



Figure 97 : Place de la technique en intra-opératoire.

Il est fréquent d'expliquer cette non-prise en compte de la personne de l'opéré par la nécessaire distanciation que le chirurgien doit mettre en œuvre pour pouvoir opérer justement. Les catégories cognitives des chirurgiens rendent compte effectivement du statut particulier de « non-personne » de l'opéré pendant l'acte opératoire. Il s'agit bien d'une mise entre parenthèses de la personne (par définition momentanée), de l'individu pour laisser place à un « corps objectivé, (un) corps fouillé » [127].

Dans tous les cas, opérer un patient est chargé d'émotions intenses, et cela principalement pour deux raisons : Premièrement, l'acte en lui-même d'opérer quelqu'un établit un fort lien émotionnel entre le chirurgien et son patient, un lien qui est d'autant plus fort que la difficulté de la chirurgie augmente. La deuxième raison est que la chirurgie est vécue comme un acte agressif, potentiellement dangereux et létal. Trouver un équilibre entre neutralité et implication n'est donc jamais simple, spécialement lorsque le chirurgien a établi une forte relation avec le patient, ou lorsqu'il s'identifie excessivement à lui.

b.2. Survenue d'une complication intra-opératoire :

La survenue d'une complication intra-opératoire est certainement l'évènement le plus stressant qui puisse se produire au bloc opératoire. Les chirurgiens participants aux diverses études précédemment mentionnées, ont décrit des émotions de peur et de panique, suivies par des pensées concernant des possibles suites catastrophiques.



Figure 98 : Transfusion sanguine suite à la survenue d'une hémorragie en peropératoire.

En ces moments, maintenir un état d'esprit clair est essentiel pour gérer le stress et faire face à la complication. Parfois, le manque de contrôle cognitif de l'émotion cause un effet 'boule de neige', où les pensées catastrophiques et les émotions se suivent, empêchant le chirurgien de voir les choses objectivement, dans la globalité.

b.3. Détresse due à la gestion du temps et à la fatigue :

Les chirurgiens ont également mentionné des sources de stress liées à des facteurs non relatifs à l'opération ou aux soins du patient.



Figure 99 : Gestion du temps en salle d'opération.

D'abord, la pression du temps, qui a été décrite par les chirurgiens seniors et juniors, pour différentes raisons. Les jeunes chirurgiens doivent démontrer aux autres collègues (infirmières, anesthésistes, l'équipe opératoire suivante) qu'ils sont capables de bien gérer le temps au bloc opératoire, afin de se créer dès le début de leur carrière une bonne réputation ("c'est ce qui donne le ton du départ").

Les chirurgiens plus expérimentés, quant à eux, sont aussi influencés par les contraintes de temps mais surtout par la fatigue qui est aussi un facteur important de stress. Néanmoins, elle est perçue comme une caractéristique inhérente à la chirurgie, qui est étayée par la culture chirurgicale. La capacité de s'adapter aux horaires et rythmes de vie irréguliers est donc vécue comme une exigence pour les chirurgiens et un défi pour les chirurgiens en formation.

c. Emotions post-opératoires :

c.1. La répercussion d'une complication post-opératoire :

Les complications affectent négativement les chirurgiens même après la fin de l'opération. Les répercussions émotionnelles affectent différents domaines, et varient aussi bien dans la temporalité que dans les manifestations. Elles sont néanmoins toujours vécues comme des événements catastrophiques.



Figure 100 : Impact émotionnel d'une complication opératoire sur le chirurgien.

Dans quelques occasions, les chirurgiens racontent avoir parfois eu du mal à accepter qu'une complication pouvait avoir eu lieu, et décrivent cela comme une sorte de « déni ». Tous les chirurgiens, indépendamment de l'âge ou de l'expérience, décrivent se sentir personnellement coupables de l'évènement indésirable, et attribuent cela à la nature interventionnelle de la chirurgie.

Ainsi, les chirurgiens décrivent que dans la période post-opératoire suivant une complication, leur état est strictement lié à celui du patient. Ils expliquent en terme d'implication émotionnelle cette interdépendance entre état d'esprit du chirurgien et l'état de santé de son patient. Cela se reflète également dans l'implication concrète du chirurgien (horaires de travail très longs, rester disponible pour être rappelé le soir si besoin, ou rester d'astreinte) ; et cette implication est vue comme une caractéristique les distinguant des autres médecins.

Les chirurgiens ont décrit une variété importante d'émotions et sentiments liés aux différents aspects de leur pratique (dont l'anxiété, la peur, la détresse, la responsabilité), ainsi que l'interconnexion entre leurs propres états émotionnels et l'état de santé (physique et psychologique) de leurs patients. Ils ne font pas de distinction nette entre une vraie complication (un événement heureusement rare), et le risque de complications (un facteur de stress chronique qui envahit leur pratique dans les phases pré-, intra- et post-opératoires, y compris dans la relation avec leurs patients). De plus, La majorité des chirurgiens décrivent que faire face aux complications du patient ou bien à la détérioration de son état physique devient encore plus difficile émotionnellement lorsqu'une relation forte s'est établie avec la famille du patient.

Pour cette raison, la chirurgie est vécue par le chirurgien comme étant à la fois un acte qui cure et un acte qui nuit (un patient, un organe, une fonction). Ce paradoxe fait que la menace d'une complication est omniprésente dans la vie d'un chirurgien, et constitue une caractéristique distinctive de la chirurgie par rapport aux autres spécialités non-chirurgicales (et cela n'a probablement pas d'équivalent dans d'autres professions).

c.2. Pression de l'idéal chirurgical :

Les émotions dûes aux complications post-opératoires sont exacerbées par le milieu culturel spécifique des chirurgiens. Par exemple, les chirurgiens (comme groupe social) soutiennent l'idéal que « la chirurgie est la seule possibilité pour guérir », alors que beaucoup d'affections dont ces chirurgiens s'occupent ne sont en fait pas soignables par l'intervention chirurgicale (par exemple, des cancers du pancréas, pour lesquelles la chirurgie peut avoir comme bénéfice une augmentation de la survie, mais ne peut pas guérir le patient). Les sentiments d'échec sont donc décrits par les chirurgiens lorsqu'ils se confrontent avec l'impossibilité de rejoindre ce but idéal.

Les émotions négatives rapportées par les chirurgiens sont aussi aggravées par l'impact émotif dû aux relations entre les intervenants du bloc opératoire. Ces relations

sont fortement hiérarchisées et les chirurgiens décrivent de fortes attentes de la part de la culture chirurgicale.

Enfin, les procédures institutionnelles prévues pour faire face ou gérer les erreurs ou leurs conséquences ne permettent d'améliorer ni les soins des patients ni les répercussions chez les chirurgiens. En effet, comme nous l'avons précédemment évoqué lors de la revue de psychologie sociale, ni les complications ni les répercussions émotionnelles ne sont intégrées dans la culture chirurgicale. Un exemple est donné par les réunions autour de la morbi-mortalité : ces réunions sont vécues par les chirurgiens comme une façon de trouver un responsable – même si elles sont faites d'une façon socialement acceptée.

De la même manière, lorsque les chirurgiens décrivent les complications, les erreurs, ou les résultats insatisfaisants de façon informelle entre collègues, cela est fait en suivant des règles implicites. Ces règles imposent une façon de discuter des complications qui n'est pas efficace pour répondre aux besoins affectifs des chirurgiens.

3.4. Stratégies de coping des chirurgiens :

Selon Lazarus & Folkman, les stratégies de coping sont les moyens mis en place par l'individu afin de s'adapter aux événements stressants et désignent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, permettant de gérer les exigences internes ou externes, spécifiques à une situation, qui entament ou excèdent les ressources d'une personne. [128] Il s'agit donc d'un processus adaptatif qui conditionne sensiblement l'impact du stress sur l'individu.

Skinner et al. ont identifié dans leur revue 400 stratégies diverses de coping, et effectué différentes classifications de ces stratégies (par exemple, stratégies focalisées sur l'émotion/stratégies focalisées sur le problème ; ou approche/évitement). [129]

Cette approche met en évidence le fait que l'individu possède en sa disposition plusieurs modalités qualitativement différentes pour faire face au stress, et peut les

utiliser conjointement (on parle de profil de coping). Par conséquent, un évènement donné peut devenir encore plus stressant à partir du moment où une famille entière de stratégies n'est pas disponible.

Dans le contexte que nous avons exploré, la culture chirurgicale empêche que certaines stratégies de coping, potentiellement utiles, puissent être utilisées. Par exemple : demander de l'aide en cas de difficulté peut ne pas être une stratégie utilisable du fait de l'injonction culturelle ; « un bon chirurgien s'en sort tout seul », et ainsi les stratégies mobilisant l'environnement sont indisponibles pour le chirurgien. [134] Le rôle de la culture chirurgicale (l'environnement social au sein duquel les chirurgiens travaillent) dans l'évaluation des stratégies de coping est de première importance, d'autant plus que les auteurs contemporains conceptualisent le coping comme un système, qui inclut l'individu avec sa personnalité, l'évènement stressant, les ressources, les obstacles sociaux, et les tentatives précédentes pour faire face aux évènements stressants. [134]

Dans cette perspective, Les chirurgiens abordés lors des études analysées, ont décrit différentes stratégies de coping qui ont montré leur efficacité :

- *Le travail d'équipe.* [130] [131]
- *La reconnaissance des émotions (et de l'anxiété en particulier) du patient.* [132]
- *La recherche d'un équilibre entre implication et neutralité* [41]
- *Le recentrage cognitif.* [133]

Cependant, ces stratégies sont parfois utilisées de manière inefficace ou éloignée du rationnel. Dans la période préopératoire, par exemple, la décision individuelle et subjective du chirurgien prévaut sur la décision d'équipe. De plus, cette décision est prise au sein d'un contrat implicite entre chirurgien et patient dont d'autres études ont montré la fragilité et les conséquences négatives pour une approche des soins centrée sur le patient. [134]

Dans la période intra-opératoire, lors des moments émotionnellement chargés, les chirurgiens tiennent le plus souvent les autres membres de l'équipe opératoire à distance, ce qui augmente le décalage entre les professionnels et renforce les images culturellement partagées, qui sont différentes par rapport à la propre identité personnelle. Cela est confirmé par une recherche suisse qui a identifié clairement une divergence entre l'auto-évaluation de la personnalité des chirurgiens et l'hétéro-évaluation (faite par les infirmières de salle opératoire) de la personnalité de ces mêmes chirurgiens. [135]

Dans la période post-opératoire, les chirurgiens conceptualisent la morbidité ou mortalité du patient comme étant une question individuelle au lieu de considérer cela comme une question systémique. L'aspect émotionnel ne figure dans aucune des stratégies mises en place au niveau institutionnel (comme il est souvent le cas, par exemple, en oncologie ou en médecine générale), et les chirurgiens n'ont jamais fait référence à la possibilité d'obtenir du soutien institutionnel ou psychologique après des événements émotionnellement difficiles. [135]

Il semble donc que la cause de l'inefficacité des stratégies de coping mises en place par les chirurgiens trouve ses racines à la fois dans la culture individualiste et dans le manque de support institutionnel. L'inefficacité des stratégies de coping (surtout si elles sont prolongées) peut conduire à développer la résignation acquise (ou impuissance apprise ; learned helplessness model) qui est un des modèles explicatifs de la dépression selon le comportementalisme. [136]

3.5. Implications pour la pratique en chirurgie :

Cette analyse systématique de la culture chirurgicale dans la relation de soins, montre que les chirurgiens de différentes spécialités et provenant de différents pays rapportent une expérience quasi-similaire quant aux relations avec les patients et aux relations avec les groupes. Les facteurs non-cliniques (psychologiques, éthiques, relatifs à la qualité de vie) sont des éléments communément cités, tout comme la forte influence des dynamiques de groupe qui font partie d'une culture chirurgicale spécifique.

Dans cette relation de soins, les chirurgiens mettent au premier plan la dimension émotionnelle de leur pratique, face à laquelle ils disent être insuffisamment préparés, et avoir des difficultés à s'y confronter. De plus, cette dimension émotionnelle affecte négativement la pratique et expose les chirurgiens à la vulnérabilité et à l'isolement.

La culture chirurgicale, qui véhicule l'identité à laquelle les chirurgiens adhèrent et se conforment depuis leur formation, est un obstacle à l'expression et à la gestion de la dimension subjective et émotionnelle liée à la pratique de la chirurgie.

L'erreur est que l'image culturelle du chirurgien que nous avons précédemment assimilée à un mythe (« technicien arrogant », « présomptueux », « peu attentif aux relations ») est parfois soutenue par les chirurgiens eux-mêmes ; cependant ils semblent justifier cette image par la nécessité de faire face aux contraintes multiples imposées par leur travail et à la culture chirurgicale, plutôt que par leur éprouvé subjectif.

Ainsi, les chirurgiens vivent dans un monde relationnel et émotionnel qu'ils perçoivent clairement, et face auquel ils ne sont pas préparés à faire face. La nature partagée de ce mythe au sein des collègues (chirurgiens ou non chirurgiens), ainsi que les dynamiques groupales, renforcent cette construction sociale, plutôt que de la remettre en question. [137]



Figure 101 : Jeune chirurgien en formation.

Face à cette problématique , on constate qu'afin d'amorcer un changement dans la culture chirurgicale, le premier pas devrait être de faire émerger et de discuter ouvertement du rôle de la subjectivité dans la pratique de la chirurgie, tout comme la vulnérabilité du chirurgien qui en résulte. Le moment privilégié pour cette démarche est pendant la formation des jeunes chirurgiens : c'est de fait par transmission d'une génération à l'autre que ce mythe est alimenté. [137]

Concernant la pratique de la chirurgie, la recherche sur le plan de la technique a été alimentée par le développement (parfois purement commercial) des dispositifs technologiques, que certains chirurgiens sont réticents à utiliser eux-mêmes, ainsi que par des exigences sociétales, administratives et financières qui voudraient une chirurgie qui ne laisse pas de cicatrice, ne cause pas de douleur, et ne nécessite pas d'hospitalisation. Tous ces facteurs maintiennent les chirurgiens figés au niveau de la technique de leur profession, empêchant l'accès au niveau émotionnel. [137]

De plus, au niveau institutionnel, les organisations ont mis (à juste titre) la sécurité des patients comme une priorité, mais ils ont complètement ignoré les conséquences des émotions négatives chroniques des chirurgiens et, par conséquent, cela empêche ces émotions d'être traitées comme un problème du système, plutôt qu'une question individuelle. [132]

En parallèle avec la santé mentale des chirurgiens, leur perception du vécu émotionnel négatif comme diffus et envahissant, pourrait conduire à l'épuisement émotionnel. Or, mettre à distance le caractère humain du patient, au travers de la conceptualisation des soins chirurgicaux comme une opération technique, porte le risque de déshumanisation de la relation chirurgien-patient ; pratiquer la chirurgie en se plaçant comme le seul acteur et responsable du résultat véhicule un risque d'échec personnel et de réduction du sens d'accomplissement.



Figure 102 : Impact de l'épuisement émotionnel sur le chirurgien.

Cela porte les chirurgiens à être conscients que la façon dont ils vivent leur pratique quotidienne porte la semence de ce que l'on nomme le « burn-out » (que nous détaillerons par la suite). En effet, L'épuisement émotionnel, la déshumanisation, et la réduction du sens d'accomplissement personnel en sont les trois symptômes principaux. [132]

En conclusion, Les chirurgiens devraient donc prendre conscience du rôle important que les émotions jouent dans leur pratique, et de la manière dont elles influencent leurs décisions et leurs attitudes face au patient.

Nous revenons donc ici au concept d'empathie clinique, qui est certainement le principal garant de cet équilibre dans l'engagement émotionnel des chirurgiens envers leurs patients. Quels sont, alors, les déterminants de l'empathie dans la pratique chirurgicale ?

4. Déterminants de l'empathie :

Après avoir analysé toute la dimension que peut avoir la culture chirurgicale dans la relation de soins et l'importance de l'empathie clinique dans le processus thérapeutique, nous allons détailler les différents facteurs influençant l'attitude empathique des médecins chirurgiens. (Figure 86)

4.1. Facteurs socio-démographiques :

a. L'âge :

Concernant l'âge, certaines études retrouvent une empathie plus importante chez les plus jeunes âges sans réelle différence significative [39] [138].

S. Carmel ainsi que H. Lin ont également mis en évidence que les médecins plus jeunes étaient clairement plus empathiques [139] [140].

b. Le genre :

Plusieurs études ont recherché des corrélations entre le genre et l'empathie, et il est souvent retrouvé des scores d'empathie plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance est présente dans différents pays, et M. Hojat l'a mise en évidence dans une première étude aux États-Unis [39] puis a montré une différence significative dans la même étude effectuée en Italie [138] et au Japon [141]. Shariat et al. retrouvent une différence significative en Iran [142] ainsi que Zenasni et al. en France où la dimension « compréhension émotionnelle » de l'empathie est corrélée au fait d'être une femme [143].

En parallèle, E. Zolesio cite dans son article autour de la relation chirurgien-patient [127] que les situations d'incompréhension, de répréhension du patient à l'égard de son chirurgien n'ont généralement été observées que lorsque le praticien était un homme (ce qui ne veut pas dire que tous les chirurgiens hommes manquent de savoir-faire dans la relation aux patients et à leur famille). Apparemment, les chirurgiennes parviennent davantage à rassurer leurs patients, ou alors ceux-ci osent moins s'en plaindre devant elles.



Figure 103 : Visite post-opératoire d'une chirurgienne au lit du patient.

En entretien, les chirurgiennes disent aimer parler avec les patients, les écouter. En effet, en présence du patient, elles se comportent de façon polie, rassurante et semblent prendre en compte les individus qu'elles ont en face d'elles en répondant aux angoisses exprimées. [127]

On constate ainsi, dans ces dispositions socialement construites comme féminines, une plus grande capacité des femmes à tenir compte de la personne à qui elles s'adressent. Mais il ne faudrait pas naturaliser ces dispositions, qui sont le fruit de socialisations antérieures, voire une posture « maternante » opposée à une posture « paternaliste » de la part des hommes, comme si c'était là le produit de différences innées entre les hommes et les femmes. Il s'agit bien de constructions sociales. [127]

Toutefois, on peut penser qu'il y a de fortes attentes et injonctions sociales qui pèsent sur les praticiennes en matière de relation aux autres en considérant que les femmes sont traditionnellement perçues comme les gestionnaires de la communication et qu'elles n'ont manifestement pas échappé à « l'emprise du genre ». Sans doute ont-elles été davantage socialisées, et ce depuis toutes petites, à la maîtrise de la discussion et des interactions avec autrui. [127]

c. Le statut marital :

Le fait de vivre en couple serait corrélé à une meilleure empathie d'après l'étude de Zenasni et al. [143] Avant celle-ci, S. V. Shariat a retrouvé la même tendance avec une plus haute empathie chez les médecins mariés par rapport aux célibataires, mais la différence n'était pas significative [142].

d. Bien-être du praticien :

Shanafelt s'est intéressé à l'association empathie et bien-être du médecin [70]. Il retrouve une association significative avec $p=0,02$ pour les femmes et $p=0,05$ pour les hommes.

e. Psychothérapie du praticien :

La psychothérapie est associée à une empathie cognitive plus importante. Les médecins ayant suivi une psychothérapie sont plus empathiques que les autres avec $p=0,04$. [144]

4.2. Facteurs professionnels :

a. Le choix personnel de profession :

Une étude menée en 2012 sur des étudiants infirmiers aux Etats-Unis a révélé que les étudiants qui avaient choisi leur cursus eux-mêmes sans influence d'un tiers étaient aussi plus empathiques. [145]

b. Le lieu de pratique :

Au-delà du modèle du colloque singulier entre un médecin et un patient, et de la sacro-sainte « relation médecin-patient », il faut souligner qu'il existe une pluralité de formes et de contextes d'expression de cette relation. Il convient de la mettre en rapport avec les caractéristiques sociales des patients, mais aussi avec celles des soignants (âge, sexe ...), ainsi qu'avec les structures professionnelles elles-mêmes (spécialité d'appartenance, contextes organisationnels, structures d'exercice, etc.), dans leur contexte historique et culturel.

En effet, l'observation des structures d'exercice professionnel permet de rendre compte de la réalité de la place de la relation avec le patient et sa famille dans le travail chirurgical. [127]

Par exemple, c'est en CHU que la relation avec le patient est réduite à sa plus simple expression, le patient étant fréquemment traité comme une « non-personne » au sens goffmanien du terme [146]. Les tours se passent en présence d'une dizaine, voire d'une vingtaine de personnes (internes, anesthésistes, infirmières accompagnant le chirurgien) : on est loin de la situation de colloque singulier.



**Figure 104 : Visite médicale
du chirurgien au CHU.**



**Figure 105 : Visite médicale
du chirurgien à la clinique.**

Toutefois, le fait que l'exercice en clinique se passe de façon relativement différente en ce qui concerne la relation avec le patient prouve que la distanciation, nécessaire au bloc opératoire pour l'acte chirurgical, n'a aucune raison de se poursuivre au-delà. En effet, comme le signalait déjà Freidson, la pratique libérale comparée à la structure hospitalière implique une plus grande soumission aux exigences, attentes et demandes du patient. [127]

Cependant, et cela n'est sans doute pas uniquement lié à ce contexte particulier mais tient à l'activité libérale, il était très net que le chirurgien avait affaire à un client et on était loin du traitement de « non-personne » réservé en CHU (où la dimension universitaire implique aussi que les patients sont des cas, des exemples pour les étudiants en formation). [127]

Cela nous laisse supposer que par rapport à la pratique universitaire, la pratique en milieu privé/libéral favoriserait davantage l'instauration d'une attitude empathique chez les chirurgiens au sein de la relation de soins.

c. Le temps de consultation :

Selon E. Zolesio, La consultation et le « tour » (visite quotidienne des opérés par le chirurgien lors de leur hospitalisation) sont les moments privilégiés durant lesquels se construit la relation patient-chirurgien. C'est là que le chirurgien apprend (éventuellement) des choses sur son patient (sur son contexte professionnel, sur son contexte familial) ; c'est là que le patient est (normalement) informé des conditions et des risques opératoires. [127]

Elle s'intéresse cependant moins au contenu de l'information médicale délivrée par le médecin (de nombreux textes législatifs ont statué sur celle-ci et en font un devoir professionnel de la part du médecin, une partie intégrante de l'activité médicale à proprement parler) qu'à la manière dont celle-ci est adaptée à la capacité de compréhension du patient, aux discussions d'ordre personnel entourant cette information médicale et à la prise en compte par le praticien des émotions et affects de ses patients. Elle étend aussi cette définition aux relations entretenues par le chirurgien avec la famille du patient (lorsqu'il s'agit, par exemple, d'informer les proches de l'opération qui vient d'avoir lieu ou du décès de l'opéré). [127]

Les consultations post-opératoires réalisées alors que le patient n'est plus en milieu hospitalier sont particulièrement expéditives : après deux ou trois questions très ciblées du chirurgien pour savoir si « tout va bien depuis la dernière fois », si le patient a « repris le cours normal de son activité », celui-ci s'installe sur la table d'examen pour que le chirurgien vérifie la bonne cicatrisation. Ces consultations durent souvent moins de cinq minutes et les patients défilent les uns après les autres. Lorsqu'on a affaire à une consultation préopératoire, laquelle sert à poser le diagnostic, le temps de questionnement et d'auscultation est alors un peu plus long, toutefois il dépasse très rarement le quart d'heure. [127]

D'après certaines études, les consultations plus longues sont corrélées à une empathie plus élevée [143] [147]. En général, La préférence des chirurgiens va, la plupart du temps, au bloc opératoire, l'activité de consultation étant considérée finalement comme secondaire, un « passage obligé ». Il apparaît néanmoins que les chirurgiennes restent plus longtemps dans les chambres, et même parfois toutes seules avec le patient qu'elles se « fatiguent » à écouter. [127]



Figure 106 : Empathie d'une chirurgienne lors de la consultation post-opératoire.

Il est vrai que le temps est particulièrement compté pour les chirurgiens ayant une charge de travail importante. Ainsi la charge de travail pourrait retentir de manière indirecte si elle oblige le praticien à écourter ses consultations. Le souci des autres demande du temps et de la disponibilité, des denrées qui manquent cruellement dans les organisations hospitalières contemporaines. En ce sens, il est difficile de demander -- des qualités relationnelles aux chirurgiens et de l'empathie à des équipes à qui l'on ne donne pas le temps. [126]

Cela nous incite donc à s'attarder sur ce point déterminant autour de la charge de travail et l'épuisement professionnel chez les praticiens.

d. Le « Burn-out » et l'épuisement professionnel :

Considérant le Burn-out comme le principal facteur professionnel déterminant la qualité empathique des praticiens dans la relation de soins, nous allons tout d'abord essayer de détailler brièvement ce phénomène puis étayer les études relatant son impact sur l'attitude empathique.

d.1. Place du Burn-out au sein de la pratique médico-chirurgicale :



Figure 107 : Burn-out et épuisement professionnel du chirurgien.

Le burn-out est un concept anglo-saxon qui a été employé pour désigner un « épuisement professionnel lié à la rupture physique, émotionnelle et mentale, consécutif à un stress professionnel constant ». [148]

Trois facteurs interdépendants sont à prendre en considération lorsque l'on évoque le burn-out : social, organisationnel et interpersonnel.

❖ Le facteur social :

La politique de soin actuelle oblige les soignants à accomplir des tâches de plus en plus lourdes et complexes. Les pressions administratives, légales, financières et même logistiques que subit la pratique chirurgicale en particulier, sont parmi les plus importantes de toutes les professions médicales. En effet, le chirurgien a de nombreux devoirs administratifs : Certaines tâches peuvent être déléguées à une secrétaire ou une assistante, mais d'autres requièrent l'intervention du praticien. [149]

De plus, le milieu de la chirurgie doit faire face à la multiplication de contentieux et de procédures judiciaires. Les patients acceptent de moins en moins un échec thérapeutique, et le chirurgien est donc de plus en plus confronté à une obligation de résultats et non de moyens. Or, le jugement sanction est un facteur de stress important dans la pratique. [149]

Le chirurgien est aussi souvent amené à gérer l'aspect financier : budget, investissements, évolutions à donner à l'établissement où il pratique [149].

Ainsi, le chirurgien n'est pas seulement un soignant mais aussi, en quelques sortes, un chef d'entreprise. Il doit également jouer le rôle de manager : organiser le travail avec son ou ses assistants, et veiller à instaurer une ambiance saine propice au travail [150].

Ces contraintes ne permettent pas d'atteindre la qualité de travail exigée, alors que la société a fait des idéaux d'excellence une valeur dominante.



Figure 108 : Responsabilité administrative du chirurgien.

❖ Le facteur organisationnel :

Il englobe la surcharge de travail, les contraintes logistiques, l'adaptation aux nouvelles technologies, l'interruption des tâches : « les résultats de nombreuses études nous amènent à penser que le burnout n'est pas un problème lié aux personnes elles-mêmes, mais à l'environnement social dans lequel les personnes travaillent » [151].

En effet, le chirurgien peut être confronté à un excès de travail tant sur le plan quantitatif que qualitatif [152]. La surcharge qualitative désigne le fait de ne pas pouvoir réaliser son travail de manière satisfaisante, par manque de compétences ou manque de temps. Cela peut être vécu comme un échec par le praticien, qui remet en cause son savoir-faire clinique.

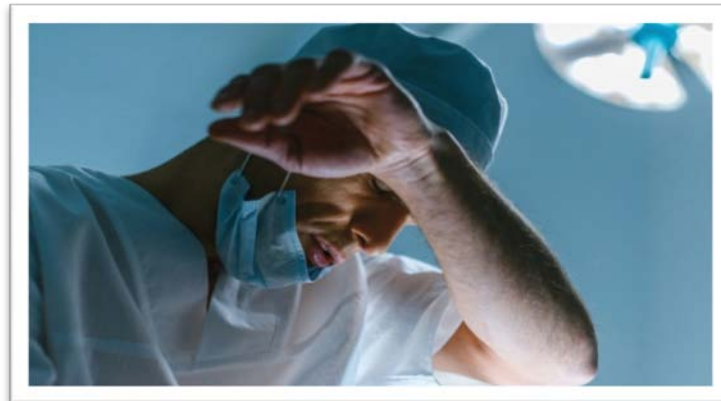


Figure 109 : Surmenage du chirurgien suite à la surcharge de travail.

La surcharge quantitative se manifeste par un trop plein de travail, de patients (à opérer et prendre en charge) dans un temps limité, faisant de la journée de travail une course contre la montre [153]. Cependant, plus que l'amplitude horaire, c'est le nombre de patients suivis qui amènent à un surmenage. Notamment, l'écart entre le nombre réel de patients vus par jour et le nombre souhaité par le praticien contribue à l'apparition du burn-out [154].

De plus, l'anxiété ou la nervosité du patient est clairement un facteur de stress pour le chirurgien, ainsi une mauvaise relation avec les patients est un des trois facteurs de risque de burn-out augmentant la dépersonnalisation et la perte de motivation [155]. À l'inverse, de bonnes relations avec ses patients diminuent l'influence négative des exigences professionnelles. Une pratique régulière d'exercices de conversations permet au praticien d'améliorer nettement ses relations avec ses patients [156].

La dimension relationnelle de la profession n'est pas suffisamment abordée par la formation initiale du chirurgien. Pour de nombreux praticiens, communiquer est une perte de temps, informer le patient un acte répétitif et peu intéressant et développer sa capacité de conviction, une manipulation mercantile [157].

Le résultat final est donc la fatigue physique et émotionnelle grandissante. La distanciation peut se faire en considérant chaque patient seulement comme un symptôme

au lieu d'une personne dans sa globalité. Le praticien peut toujours avoir de l'humour mais qui sera toujours accompagné de cynisme, maintenant une barrière à l'empathie [158].

La contrainte liée à l'organisation même et la rationalisation du temps de travail est une problématique importante de la prise en charge des patients. En effet, les chirurgiens manquent souvent de temps pour parler avec leurs patients. Et c'est ainsi que lorsque ces praticiens parlent de « mauvais patients », ils évoquent ceux qui demandent une prise en charge plus importante [159].

Toutefois, il existe des situations où ils se réfugient derrière le manque de temps pour justifier leur prise de distance avec les patients. Il faut donc parvenir à différencier ce qui est du ressort de l'organisationnel, et ce qui est d'ordre défensif « du temps supplémentaire qui peut certes donner des marges de manœuvre, mais ne préjuge en rien de ce qui est réellement déployé concernant l'accompagnement des patients » [159].

❖ Le facteur interpersonnel :

Il est lié au fait que le burn-out met en jeu l'idéal du moi du soignant et ce dernier fera preuve d'un engagement excessif auprès des patients [160].

En effet, l'excellence recherchée dans la qualité des soins, tant technique que rationnelle, active le désir d'un idéal, mais par ailleurs les contraintes organisationnelles en font un objectif inaccessible. Le soignant se trouve donc dans l'impossibilité d'instaurer cette relation « idéale » de qualité avec le patient et subit les effets psychiques délétères de l'injonction paradoxale [160].

Une des conséquences les plus préjudiciables de ce burnout du soignant dans le cadre de la dimension relationnelle du soin, c'est alors l'objectivisation, voire la déshumanisation du patient. En effet, l'aspect émotionnel de cette relation est déjà considéré par les soignants comme une source de tensions psychologiques supplémentaires [161] [162].

De plus, d'après l'étude « OpinionWay » pour « American Express » menée en septembre 2012 auprès de 212 praticiens sur les difficultés rencontrées dans la gestion de leur cabinet, 45% des interrogés ont évalué la « relation avec les patients » comme l'aspect de la profession le plus stressant et fatiguant devant les « soins effectués » (43%) et la « gestion financière du cabinet » (41%) [163].

Si les soignants sont confrontés à des contraintes organisationnelles, parfois ces mêmes contraintes deviennent des mécanismes de défenses professionnels où viendront se légitimer certains comportements (rationalisation) [164]. Ces différents aspects conduisent à un conflit de rôles.

Plusieurs de ces tâches sont incompatibles entre elles : la réalisation de l'une rend difficile, voire impossible la réalisation de l'autre ; les obligations administratives empiètent sur le temps passé auprès du patient. Ces attentes contradictoires engendrent une tension psychologique favorisant l'apparition du burn-out [149].

De plus, la formation initiale n'aborde quasiment pas ces sujets et le chirurgien formé peut se sentir bien démuni face à toutes ces responsabilités.

d.2. La relation causale entre Burn-out, empathie, et affirmation de soi:

Dans des circonstances difficiles, les personnes qui ont une saine estime de soi se ressaissent plus facilement [165]. L'affirmation de soi regroupe un ensemble de techniques comportementales axées sur l'amélioration des interactions sociales et le développement des capacités d'empathie [165].

Le comportement affirmé, qui s'oppose à la fois au comportement passif et au comportement agressif, se définit par l'expression de ses pensées, besoins et sentiments, de la manière la plus claire et la plus directe possible [165]. Il s'exprime sans ressentir de tension excessive et en tenant compte des pensées, besoins et sentiments de son interlocuteur. C'est aussi agir dans ses propres intérêts et faire respecter ses droits, sans pour autant porter atteinte à ceux des autres. C'est en fait le comportement le plus efficace, matériellement, rationnellement et le plus confortable émotionnellement [165].

Être empathique est la première des occasions à exercer l'affirmation de soi dans la relation thérapeutique. C'est, bien sûr, être proche de son patient qui souffre ou qui se pose des questions, le comprendre et le lui dire, mais en gardant malgré tout une distance suffisante pour justement se protéger tout en étant efficace [166].

Les programmes d'affirmation de soi développés par les thérapeutes se donnent pour objectif de développer chez les praticiens, des compétences relationnelles leur permettant d'aborder, le plus efficacement et le plus sereinement possible, différentes situations quelquefois stressantes ou embarrassantes comme aider le patient à s'exprimer, améliorer l'observance d'un plan de traitement, exprimer une critique ou répondre à une critique, savoir-faire une demande, refuser les demandes abusives, convaincre et motiver, faire face à une erreur médicale [166].

Des auteurs mentionnent l'existence d'une relation entre burn-out et empathie [167]. Ils soulignent que le burn-out amène le praticien à développer une pensée négative liée à une diminution de l'empathie, et à une moindre implication positive envers les patients, ce qui se traduira par une moins bonne prise en charge de ces derniers.

Selon l'étude « Burn-out et empathie dans les soins primaires : trois hypothèses » [168], menée par l'équipe de F. Zenasni (sur 295 médecins généralistes qui ont répondu à l'échelle d'empathie clinique de Jefferson (JSPE), à l'échelle de Burn-out de Maslach, et l'échelle d'empathie de Toronto (TEQ)), le burn-out semblerait être un facteur de régression de l'empathie. En effet, le burn-out est en partie défini par une attitude de dépersonnalisation : il favoriserait la déshumanisation dans les interactions sociales et probablement une diminution significative de l'empathie globale.

Palson, Hallberg, Norberg et Bjorvell (1996) [169], pensent également qu'un niveau bas de burn-out chez les soignants est lié à une élévation de la compréhension empathique et des capacités de coping.

A l'inverse, une étude [170] menée par Mokslas en 2007 sur les relations entre l'empathie, l'engagement professionnel et l'épuisement professionnel arrive à la conclusion que l'empathie est bénéfique pour les patients mais pas pour les soignants. L'empathie serait considérée ici comme un facteur prédisposant au burn-out.

Ainsi, les résultats de ces travaux mettent en évidence l'existence d'une corrélation significative et essentiellement négative entre burn-out et empathie.

e. Formation spécifique à l'empathie :

« Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients ». C'est cet objectif pédagogique que partagent diverses instances de la formation médicale comme l'Association of American Medical Colleges [171], le référentiel professionnel canadien CanMEDS [172] et l'OMS [173].

Le principe d'empathie est retrouvé également dans la récente réglementation relative à l'obtention du DFASM [174], c'est-à-dire l'arrêté relatif au régime des études du premier et deuxième cycle des études médicales. Dans ce texte, l'empathie est un fondement du rôle de communicateur que doit assurer le médecin : « il [l'étudiant] établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie » ; toujours dans ce texte, l'item n°1 des 362 que compte la formation initiale des médecins concerne la relation médecin-malade et la communication : L'étudiant doit « établir une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins ».

En chirurgie, tout comme toute autre pratique médicale, l'humanisation des soins est fondamentale. Mais il est difficile de s'en rappeler lorsque l'enseignement reçu ne concerne que l'acquisition de la technique la plus exigeante possible, qu'elle se concentre toute entière sur l'organisme, pas sur celui qui l'habite ; au risque de devenir une machine qui en soigne d'autres.



Figure 110 : Empathie du chirurgien avant une opération.

Le Dr Cohen défend l'idée que l'empathie, l'écoute, et l'implication humaine ne sont en rien des handicaps dans l'exercice de ce métier : « La dimension humaine doit prendre sa part dans ce combat, utilisant tout naturellement le langage comme vecteur ou plutôt comme catalyseur thérapeutique. Dire les bons mots au bon moment, tout cela va considérablement peser sur le comportement des patients face au diagnostic et aux traitements » [175].

Par exemple, ce n'est qu'une fois en poste en tant que « chef administratif » que les chirurgiens découvrent « réellement » cet aspect de la profession, manifestement jugé non essentiel dans les apprentissages professionnels. Autrement dit, la période de formation professionnelle que représente l'internat se concentre sur l'aspect technique : aucune place n'est véritablement accordée à l'apprentissage d'un « savoir être » en consultation [127].

En admettant les différentes perspectives précédemment citées autour du concept d'empathie, celle-ci serait bien une compétence à la fois innée, et expérientielle. Cela nous laisse supposer que cette compétence empathique pourrait bien être enseignée au cours de la formation des différents praticiens et augmenter ainsi leur capital empathique.

En ce sens, quelques études [176] [177] [178] ont mis en évidence une augmentation de l'empathie chez les médecins ayant reçu une formation spécifique :

Bonvicini et al. réalisent en 2009 un essai randomisé pour évaluer les effets d'une formation à la communication sur l'expression empathique (qui correspond à la dimension comportementale de l'empathie) des médecins [176].

Cette formation comporte plusieurs modalités d'enseignement sur une période de trois mois. Il s'agit d'une formation relativement intensive. Les médecins sont évalués avant la formation et six mois après. Les scores globaux d'empathie des médecins formés augmentent de 37% à six mois alors qu'il n'y a aucun changement chez les médecins n'ayant pas reçu la formation [176].

Le Dr Riess retrouve également dans son étude sur les praticiens en ORL [178], une modification de l'empathie suite à leur formation. Leur capacité à être empathique a été évaluée avant et après une formation sur l'empathie et les résultats semblent orientés vers une augmentation de l'empathie. La formation était basée sur l'apprentissage des mécanismes neurobiologiques de l'empathie et une sensibilisation à sa physiologie.

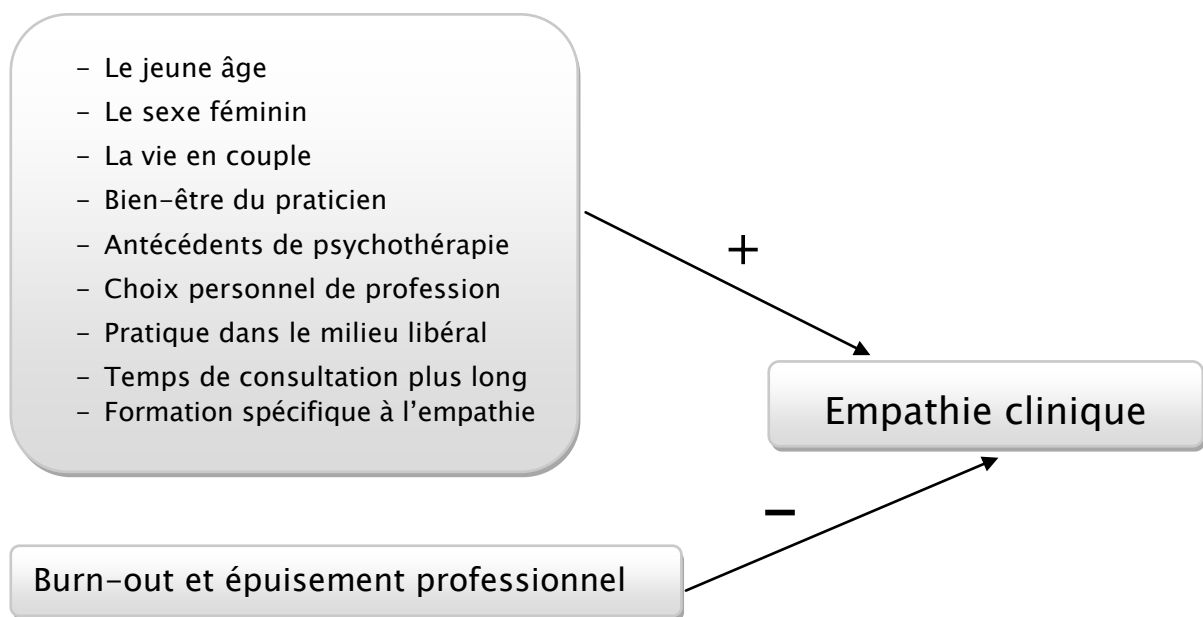


Figure 111 : Synthèse des facteurs déterminant l'empathie clinique chez les praticiens.

4.3. Les déterminants de l'empathie selon le modèle de Larson et Yao : (Figure 112)

Il s'agit d'un modèle théorique des déterminants de l'empathie clinique créé par un médecin (Docteur Larson) et un docteur en gestion (Docteur Yao) [179].

Le modèle de Larson-Yao prend comme point de départ les antécédents de la situation (personnalité du médecin et du patient et caractéristique de la situation clinique). Ces antécédents vont déterminer les types de processus empathiques mis en jeu ainsi que donner naissance à deux types de réactions : les réactions intra-personnelles et les réactions interpersonnelles.

Les processus empathiques mis en jeu se distinguent en trois catégories :

- *Les processus non-cognitifs* : comme le mimétisme physique ou les réactions circulaires primaires (reproduction globale d'une action et de ses résultats provoqués par hasard . Le terme primaire signifie que les réactions sont centrées sur le corps propre). Par exemple, une consultation avec un patient profondément dépressif provoquera un sentiment dépressif chez son médecin.
- *Les processus cognitifs simples* : (à savoir le conditionnement classique et l'association directe) Ceux-ci sont basés sur l'idée que l'observateur a, dans le passé, vécu une expérience similaire qui est recrée à cause de l'attitude du patient ou de la situation. Par exemple, le patient peut montrer des expressions de son visage qui rappellent au médecin des émotions qu'il a déjà ressenties auparavant.
- *Les processus cognitifs avancés* : (dont font partie l'association par le langage et les réseaux cognitifs élaborés) Ces processus vont fonctionner lorsque l'observateur répond de manière empathique et élabore des déductions à partir des réponses verbales. Par exemple, le médecin pourra mieux comprendre un patient si ce dernier s'exprime plus précisément sur sa situation.

Avec les antécédents, les processus empathiques vont agir de manière essentielle sur deux types de réactions. Les réactions intra-personnelles (émotions du médecin) se décomposent en des réactions affectives : émotions en parallèle (comme l'anxiété d'un médecin à la vue d'un patient anxieux) et émotions en réactions (colère si un patient est

mal traité, détresse personnelle, sentiments empathiques) et des réactions non-affectives : analyse des réflexions, des émotions et de la personnalité du patient par le médecin.

Le type de réactions décrites ci-avant a également un effet rétroactif sur les processus empathiques. De plus, mis à part les émotions en parallèle, toutes les autres réactions émotionnelles ont un impact direct sur le comportement du médecin envers le patient (les réactions interpersonnelles).

Les réactions interpersonnelles se manifestent sous la forme d'un comportement visant à aider le patient, d'une gestion de conflits, ou d'un comportement social qui se traduit par un effort de communication et une attitude sociale aimable. Les réactions interpersonnelles rétroagissent aussi sur les réactions intra-personnelles. Ces dernières mènent à deux types de conséquences pour le médecin : une satisfaction professionnelle mais également le burn-out. En plus de ces impacts sur le médecin, les réactions interpersonnelles apportent aux patients de meilleurs soins et une satisfaction.

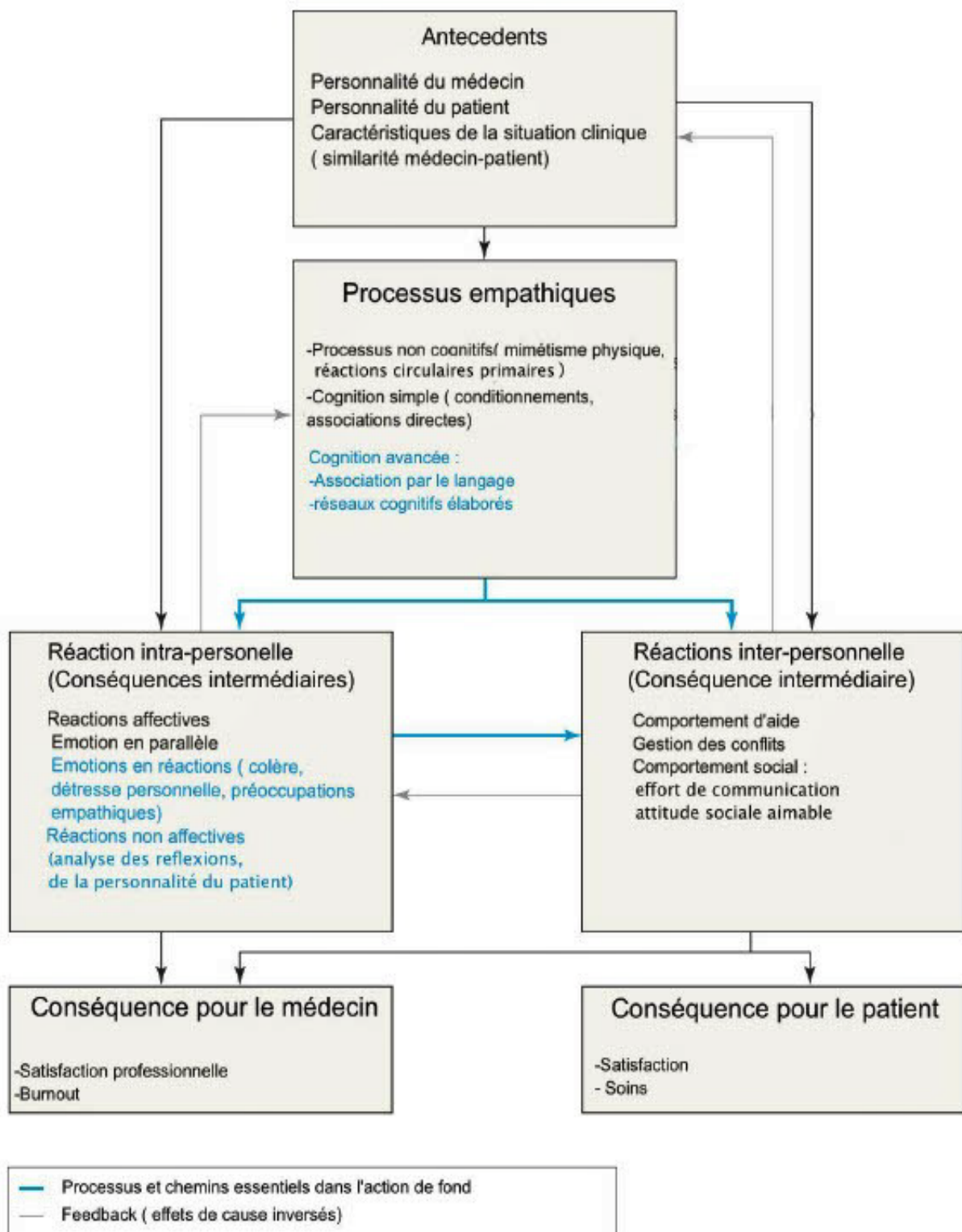


Figure 112 : Les déterminants de l'empathie clinique selon le modèle de Larson et Yao.

5. Evaluation de l'empathie :

Suite à toutes les réflexions précédemment citées autour du phénomène d'empathie, on peut s'interroger sur la manière dont il faut l'appréhender et donc l'évaluer au sein des interactions relationnelles.

Il existe de multiples échelles de mesure de l'empathie, ce qui reflète bien la complexité et la difficulté à conceptualiser le processus d'empathie. Dans tous ces instruments de mesure, il est retrouvé deux méthodes pour mesurer l'empathie :

- *L'auto-évaluation* : les questionnaires sont remplis directement par la personne évaluée. Dans le cadre d'une relation médecin-malade où l'empathie du médecin est mesurée, c'est le médecin lui-même qui répond aux questions.
- *L'hétéro-évaluation* : c'est une personne extérieure qui remplit le questionnaire. Dans le cadre de l'évaluation de l'empathie du médecin, l'évaluation est faite soit par le patient, soit par des pairs, soit par un tiers.

5.1 Quelle échelle choisir pour mesurer l'empathie ?

La plupart des échelles sont utilisées pour mesurer l'empathie dans la population générale comme l'Empathy Scale de Hogan [180] ou l'Interpersonal Reactivity Index de Davis [181]. Certaines concernent une population spécifique, par exemple les adolescents comme la Basic Empathy Scale de Joliffe et al. [182]. D'autres échelles ne vont cibler qu'un seul aspect de l'empathie comme par exemple le Questionnaire Measure of Emotional Empathy de Mehrabian et Epstein [183] qui n'évalue que la dimension émotionnelle.

Concernant le milieu médical, de nombreuses échelles ont été utilisées dans les études. J.M. Hemmerdinger et ses collaborateurs réalisent en 2007 une grande revue de la littérature sur toutes les échelles d'empathie utilisées en médecine [184]. Un de leurs objectifs est de valider une échelle pour sélectionner les étudiants à l'entrée de l'école de médecine. Dans cette méta-analyse, ils vérifient donc la fiabilité et la validité des échelles retrouvées dans la littérature. 36 instruments de mesure sont recensés avec 14

échelles auto-évaluatives, 5 échelles hétéro-évaluatives remplies par les patients et 17 échelles remplies par un tiers. Sur l'ensemble des instruments, seuls 8 répondent aux critères de fiabilité et de validité exigés :

- *Six échelles auto-évaluatives* : Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat, 2001), Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980), Balanced Emotionnal Empathy Scale (Barett Lennard, 1996), Empathy Construct Rating Scale (La Monica et al., 1981), Empathy Test (Mehrabian, 1972), Medical Condition Regard Scale (Christison et al., 2002)
- *Une échelle hétéro-évaluative (remplie par le patient)* : Consultation And Relational Empathy (Mercer et al., 2004)
- *Une échelle hétéro-évaluative (remplie par un tiers).*

Il est intéressant de noter que la majorité des échelles employées dans le milieu médical sont auto-évaluatives. L'échelle utilisée dans les études dépend énormément de la population étudiée. Nous verrons que nous avons choisi pour notre étude la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) de Hojat. En effet cette échelle, très référencée, est particulièrement bien adaptée au milieu médical et explore spécifiquement l'empathie clinique des praticiens.

Nous allons détailler cette échelle ainsi que certains autres instruments de mesure de l'empathie retrouvés dans les études concernant l'empathie du médecin.

5.2 Auto-évaluation :

a. **Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) :**

La JSPE a été développée en 2001 par M. Hojat, spécifiquement pour le milieu médical et le patient [185]. Cette échelle s'est fondée sur la définition de l'empathie dans le cadre des soins médicaux comme un attribut principalement cognitif qui implique une compréhension des expériences, des soucis, des points de vue du patient, combinée

avec une capacité à communiquer cette compréhension et une capacité à aider. Cette échelle a été validée et est actuellement largement diffusée dans le milieu médical. La preuve qu'en 2011, elle est déjà traduite en 38 langues [147].

Ce questionnaire est composé de 20 items, représentant différentes attitudes ou postures empathiques. Les différentes caractéristiques psychométriques de la JSPE développent trois dimensions :

- « *Prise de perspective* » (10 items) : savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchie, explorant plutôt l'aspect cognitif.
- « *Compréhension émotionnelle* » (8 items) : l'attention du praticien au vécu émotionnel du patient et de ses proches.
- « *Se mettre à la place du patient* » (2 items) : la capacité de se mettre à la place du patient, peut-être plus automatique.

Il existe une version adaptée aux étudiants en médecine : la Jefferson Scale of Physician Empathy–Student Version (JSPE–S). Elle est développée pour mesurer l'aptitude supposée de l'étudiant dans une relation empathique avec le patient. Cette version est donc utile pour des étudiants en médecine qui ne sont pas encore en contact avec des patients.

b. Interpersonal Reactivity Index (IRI) :

M.H. Davis a développé cette échelle qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie [181]. Cette échelle évalue à la fois la composante affective et cognitive de l'empathie. L'échelle originale comprend 28 items séparés en quatre sous-échelles :

- « *Empathic concern* » : la compréhension empathique, elle évalue la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour des personnes vivant dans la souffrance.

- « *Personal distress* » : la détresse personnelle, elle évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.
- « *Perspective taking* » : la mise en contexte, elle mesure la tendance spontanée à adopter le point de vue des autres.
- « *Fantasy* » : la capacité d'imagination, elle explore la tendance à se transposer aux émotions et ressentis de personnages, de livres, de films ou de jeux.

La version française n'a gardé que 21 items, en retirant les items consacrés au facteur « Fantasy ».

Il est à noter que cette échelle, même si elle est utilisée dans les études médicales, a été développée initialement pour la population générale, indépendamment d'un cadre professionnel.

M. Hojat et ses collaborateurs ont étudié en 2005 la corrélation entre la JSPE et l'IRI [186]. Les scores totaux avaient une corrélation significative. De fortes corrélations étaient retrouvées entre les sous-échelles « Empathic concern » et « Perspective taking », dimensions plus appropriées au contexte de soins des patients.

5.3 Hétéro-évaluation :

a. Consultation And Relational Empathy (CARE) :

L'échelle CARE a été développée par le Dr Mercer et ses collègues en 2004 pour créer une mesure de l'empathie par le patient applicable quelle que soit sa classe sociale [187]. Elle comprend 10 items.

L'échelle CARE est la seule étude, parmi les études hétéro évaluatives par le patient, retenue pour sa validité et sa fiabilité dans la méta-analyse de Hemmerdinger et al. [184].

b. Jefferson Scale of patients perceptions of physician empathy (JSPPPE) :

C'est une courte échelle de 5 items qui permet au patient d'évaluer l'empathie du médecin. Cette échelle est uni-dimensionnelle et recueille la perception du patient sur

« empathic engagement », l'engagement empathique du médecin. Cette échelle a également été validée [188].

Certaines études ont cherché à vérifier la corrélation entre cette grille et la JSPE : Glaser et al. en 2007 retrouvent un score de corrélation significatif [189] ; Berg et al. également en 2011 [190]. Pour Kane et al., l'analyse factorielle des résultats montre que les deux échelles ne mesurent pas les mêmes aspects de l'empathie [188].

De nombreux essais pour mesurer l'empathie se poursuivent et leur objectif est de trouver l'évaluation la plus fiable possible afin de l'améliorer à l'échelle universelle.

II. Applications et corrélations à l'étude :

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'empathie dans la pratique médicale en chirurgie à travers l'échelle d'attitudes d'empathie de Jefferson, de comparer nos résultats avec ceux des autres études déjà publiées, et pouvoir mettre en évidence les déterminants de l'empathie ainsi que son évolution chez les différentes catégories de chirurgiens, avec l'ambition d'apporter des éléments concrets afin d'acquérir ou améliorer la compétence empathique au sein de la pratique médico-chirurgicale.

Nous pouvons également noter que ce travail s'inscrit parmi les rares travaux à l'échelle mondiale et le premier au Maroc s'intéressant à l'empathie dans la pratique chirurgicale, en donnant suite à une grande étude [197] initialement menée par le service de psychiatrie Ibn Nafis au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech, traitant les déterminants de l'empathie chez les différents groupes du corps médical.

Le point fort dans notre travail est l'effort de réaliser une étude globale et assez large réunissant les trois piliers du domaine de la chirurgie, à savoir les résidents en chirurgie au cours de leurs formations, les professeurs de chirurgie, et les chirurgiens pratiquants dans le secteur privé d'où le titre « L'empathie dans la pratique médicale : En chirurgie ».

A noter que 200 praticiens de chirurgie ont participé à cette étude, dont 124 médecins résidents en chirurgie, 40 professeurs de chirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech, ainsi que 36 chirurgiens spécialistes du secteur privé à Marrakech.

1. Discussion des corrélations :

1.1. Facteurs associés :

D'après les résultats analytiques de notre étude, nous avons pu mettre en évidence une association significative et commune pour les trois groupes de chirurgie étudiés entre l'empathie et :

a. L'âge :

Nous observons que plus l'âge des différents praticiens de chirurgie est élevé plus le score « Jefferson total » de l'empathie est bas.

Ces résultats sont cohérents avec certains résultats trouvés dans la littérature [39] [138] qui mettent en évidence que le jeune âge favorise l'empathie et que celle-ci diminue progressivement avec l'âge. D'autres travaux de Lin et Carmel, retrouvent aussi cette association dans leurs études respectives [139][140], et qui ont également montré que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont empathiques.

Ainsi, nous pouvons supposer que l'âge qui augmente est un reflet de plus de responsabilités et de stress et que ceux-ci diminuent considérablement les compétences empathiques des praticiens.

b. Le genre :

Concernant le genre, nos résultats mettent en évidence une association significativement positive entre l'empathie et le sexe féminin.

En effet, ces résultats rejoignent plusieurs autres résultats d'études trouvés dans la littérature, notamment pour Hojat, qui a mené ses travaux dans différents pays [39][138][141], et qui explique ces résultats par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes

aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Shariat et Zenasni sont eux aussi arrivés à la conclusion qu'un degré élevé d'empathie est corrélé au fait d'être une femme [142] [143].

On peut donc en déduire que les praticiennes sont plus susceptibles que les praticiens à engager une communication positive en passant souvent plus de temps avec le patient, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du patient en s'axant plus sur la prévention, et en utilisant des échanges verbaux et gestuels plus souvent accessibles à la compréhension du patient.

c. Le statut marital :

D'après nos résultats, nous observons que les chirurgiens mariés ont les scores « Jefferson total » de l'empathie les plus élevés, et sont donc plus empathiques que les praticiens célibataires ou divorcés.

On retrouve cette même tendance dans les travaux de Shariat, qui a également étudié ce facteur, et qui a retrouvé une empathie plus importante chez les médecins mariés par rapport aux médecins célibataires [142]. Zenasni a lui aussi démontré que le fait de vivre en couple serait corrélé à une meilleure empathie [143].

Par contre, ces résultats viennent nuancer ceux de Carmel, chez qui l'empathie n'était pas associée au statut marital [140]. Cette étude a toutefois utilisé l'IRI comme échelle de mesure de l'empathie, ce qui peut expliquer partiellement ce résultat.

Nous pouvons donc conclure que le fait d'être marié et de vivre en couple permettrait au praticien d'être certainement plus enclin à recevoir, entendre et comprendre la demande de l'autre et donc du patient.

d. Le statut professionnel :

Nos résultats retrouvent une même tendance chez les trois groupes de chirurgie étudiés, où les scores de l'empathie diminuaient au fur et à mesure des années de pratique, que ce soit chez les résidents avec les années de formation, ou chez les professeurs en passant d'un statut

professionnel à un autre plus haut gradé, ou chez les chirurgiens du privé où les spécialistes retraités avaient des scores de l'empathie plus bas que ceux encore en cours d'activité.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études menées en France [191][192], qui ont 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 qui augmente et l'accumulation de la charge de travail au fur et à mesure des années d'exercice chez les praticiens, entraînent une humeur irritée, une fatigue, et aboutissent donc à une forme de burn-out et une perte de motivation et d'investissement dans la relation praticien-patient. C'est la raison pour laquelle on constate une diminution des marqueurs d'empathie chez les différents praticiens.

e. Circonstances de pratique quotidienne :

Nos résultats mettent en évidence chez les praticiens de l'étude, une diminution significative de l'empathie avec l'augmentation du nombre de gardes.

Nous observons aussi que les scores de l'empathie diminuent avec l'augmentation de la durée moyenne passée quotidiennement par les chirurgiens à leur lieu de pratique.

Nos résultats montrent également que les praticiens de chirurgie ayant une charge de travail quotidienne plus élevée, avaient des scores de l'empathie plus bas par rapport aux autres praticiens.

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études françaises [191][192], qui ont objectivé 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 gardes élevé étaient confrontés 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 :

Nos résultats objectivent chez les praticiens ayant un antécédent familial de maladie chronique, des scores d'empathie supérieurs à ceux qui n'avaient pas d'antécédents familiaux.

Une tentative d'explication nous mène à des études françaises [193][194] qui ont étudié la relation entre l'empathie des professionnels de la santé et la présence d'une personne à pathologie chronique dans la famille. Ces travaux rejoignent nos résultats et expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet au praticien vivant avec une personne à maladie chronique de développer une meilleure compréhension de ses patients.

g. Maladie chronique personnelle :

Nos résultats objectivent une association significative entre l'empathie et la maladie chronique personnelle des praticiens. Ainsi les chirurgiens ayant une maladie chronique personnelle étaient plus empathiques que ceux qui n'avaient pas de pathologie chronique.

Ces résultats sont corrélés à des études menées en France [195][196] qui ont étudié la relation entre l'empathie et le fait d'avoir une maladie chronique. En effet, ces études rejoignent nos résultats et expliquent également cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux praticiens souffrant d'une pathologie chronique de vivre la même expérience que leurs patients et donc de développer une meilleure capacité à se mettre à leur place.

h. Maladie psychiatrique personnelle :

Notre étude montre une association significative entre la maladie psychiatrique personnelle et l'empathie : les praticiens avec une maladie psychiatrique personnelle étaient plus empathiques que ceux n'ayant pas de pathologie psychiatrique.

Une tentative d'explication fait appel à une étude française [144] qui a comparé entre l'empathie des médecins consultant en psychiatrie et les autres médecins ne suivant pas de psychothérapie. Cette étude rejoint nos résultats et met en évidence que l'empathie cognitivo-affective des praticiens bénéficiant d'une psychothérapie était plus importante que celle des autres praticiens.

Ces résultats sont expliqués par l'ouverture émotionnelle de certains consultants en psychiatrie, ce qui augmente chez eux la taille interne et externe des récepteurs aux stimulus émotionnels.

i. L'information du patient sur l'acte chirurgical en préopératoire :

Nos résultats ont permis de mettre en évidence que les chirurgiens considérant que bien informer le patient à propos de l'acte chirurgical est obligatoire en préopératoire, avaient une empathie plus importante que ceux considérant cela comme non obligatoire.

Cependant, notre étude ne trouve pas de corrélation dans la littérature à propos d'une telle association. L'étude de ce facteur partait de l'hypothèse que bien informer le patient sur la nécessité et le déroulement de l'acte opératoire aurait une répercussion positive à la fois sur le développement des capacités empathiques du chirurgien mais aussi sur la confiance du patient envers celui-ci.

j. Les difficultés rencontrées en peropératoire :

Nous observons que les chirurgiens ayant rencontré plus de difficultés opératoires au cours de leurs interventions avaient des scores de l'empathie plus bas par rapport aux autres praticiens.

Aucune étude n'a traité ce genre d'association chez les praticiens. Cependant, l'étude de ce facteur était fondée d'une part sur l'hypothèse que la capacité de se mettre à la place du patient, permettrait au chirurgien d'être plus engagé dans la réussite de l'acte opératoire et ainsi de réduire la marge d'erreurs intra-opératoires. Mais également pour étudier cet engagement du chirurgien envers son patient malgré les difficultés qu'il pourrait éventuellement rencontrer en peropératoire.

k. Le temps de consultation :

D'après nos résultats, un temps plus long d'explication de l'acte opératoire est corrélé à une empathie plus importante chez les praticiens de chirurgie.

Nous observons également que plus la durée de la visite post-opératoire est plus longue, plus les scores de l'empathie des chirurgiens sont plus élevés.

Ces résultats rejoignent des études françaises [143][147] ayant traité ce facteur chez les praticiens, et objectivent à leur tour que les consultations plus longues étaient corrélées à une empathie plus élevée.

Cela s'explique encore une fois par l'importante charge de travail à laquelle sont confrontés les chirurgiens et qui pourrait retentir de manière indirecte sur le praticien l'obligeant ainsi à écourter ses consultations et dégrader ses qualités empathiques et relationnelles.

1.2. Absence d'association :

Chez les trois groupes de chirurgie étudiés, nos résultats mettent en évidence l'absence d'association entre l'empathie et ces différents facteurs notamment :

a. Nombre d'enfants :

Notre étude n'a pas trouvé d'association significative entre le nombre d'enfants et l'empathie des différents praticiens. Ces résultats rejoignent la littérature, notamment une étude faite en 2018 [49], qui n'a également pas trouvé d'association entre l'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 pour les praticiens et donc être responsable d'une diminution de la capacité d'écoute de l'autre, ce qui engagera une dégradation des qualités d'empathie.

b. Type de contrat des résidents en chirurgie :

Nos résultats n'objectivent pas de corrélation entre le type de contrat des résidents et leurs capacités empathiques. Ainsi dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'études qui évoquent une telle association.

L'étude de ce facteur était basée sur l'hypothèse que le choix d'un type de contrat qui pourrait garantir une stabilité professionnelle et matérielle, contribuerait à valoriser les compétences de l'empathie chez nos résidents.

c. Statut civil ou militaire des professeurs :

Notre étude ne distingue pas de corrélation entre les scores de l'empathie des professeurs et leur appartenance au corps médical civil ou militaire. Nous ne trouvons pas d'étude dans la littérature traitant également cela.

L'étude de ce facteur partait de l'hypothèse qu'appartenir à un groupe médical bien déterminé avec une culture qui lui est propre, pourrait influencer l'empathie des praticiens et leur relation avec le patient.

d. Choix personnel de profession :

Notre étude ne trouve pas d'association entre le souhait de faire médecine et l'empathie des chirurgiens. C'est également le cas pour le désir de poursuivre le cursus en chirurgie.

Dans la littérature aussi, on ne trouve pas d'études parlant d'une telle association chez les praticiens car elles ne prennent pas en considération ce facteur. Mais nous pouvons toutefois citer une étude faite en 2012 chez des étudiants aux Etats-Unis [145], qui a révélé que les étudiants ayant choisi personnellement leur cursus sans l'influence d'un tiers étaient plus empathiques.

L'étude de ce facteur se basait sur l'hypothèse que le choix personnel de la carrière professionnelle aurait une conséquence positive sur l'empathie des chirurgiens, et que cela contribuerait au développement des qualités humaines de nos praticiens.

e. Temps d'arrivée au lieu de pratique :

Notre étude ne retrouve pas d'association entre la durée du trajet quotidien pour arriver au lieu de travail et l'empathie des chirurgiens. Aucune étude en littérature n'a étudié ce facteur dans sa relation avec l'empathie.

Cependant, l'étude de ce facteur dans notre travail partait de l'hypothèse qu'un temps de trajet plus court pour arriver à l'hôpital contribuerait au bien-être du praticien et que ce confort le rendrait indirectement plus empathique et plus ouvert dans sa relation avec le patient.

f. La déclaration de l'acte opératoire aux urgences :

Nos résultats ne trouvent pas de corrélation entre la déclaration de l'acte opératoire aux urgences et l'empathie des chirurgiens, ni concernant le patient ni sa famille. Aucune étude au sein de la littérature n'a traité ce genre d'association chez les praticiens de chirurgie.

Ce facteur a été étudié dans notre travail à partir de l'hypothèse que la déclaration obligatoire de l'acte opératoire au patient ou à sa famille, malgré les situations critiques aux urgences, serait un élément valorisant l'aspect relationnel et empathique du praticien et permettrait d'établir une meilleure confiance du patient envers son chirurgien.

g. Complications post-opératoires :

D'après notre étude, nous ne trouvons pas d'association entre les complications post-opératoires des patients et l'empathie des chirurgiens. Aucune étude dans la littérature n'a étudié le sujet de cette éventuelle corrélation.

L'étude de ce facteur était basée sur l'hypothèse que les chirurgiens ayant plus de patients avec des complications post-opératoires seraient plus empathiques et plus engagés envers leurs autres patients afin de leur éviter ces éventuelles complications à l'avenir.

h. Suivi post-opératoire :

Nos résultats ne retrouvent pas de corrélation entre le suivi post-opératoire des patients et l'empathie des praticiens en chirurgie. Aucun travail dans la littérature n'a traité cette relation avec l'empathie.

L'intérêt porté sur ce facteur était fondé sur l'hypothèse que les chirurgiens qui considèrent le suivi des patients comme étant obligatoire dans la relation de soin, seraient plus empathiques et plus engagés envers le patient et son bien-être à moyen et long-terme.

2. Comparaison des groupes de l'étude à la littérature :

2.1. Chez les résidents en chirurgie :

Concernant les moyennes des scores « Jefferson total » des résidents en chirurgie, quelques études ont été faites dans ce sens en mesurant l'empathie des médecins en formation, de spécialités médicales et chirurgicales, et 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 chez les résidents en chirurgie.

ETUDES	Populations	Outils	Moyennes des scores «Jefferson total »
Etats-Unis	162 médecins en formation	JSPE	101,57
Paris – France	250 médecins en formation	JSPE	97,57
Lyon – France	191 médecins en formation	JSPE	90,22
Madrid – Espagne	187 médecins en formation	JSPE	86,11
Notre étude (Marrakech – Maroc)	124 chirurgiens en formation	JSPE	87,33

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

- Aux Etats-Unis [198], 162 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 101,57.
- En France (Paris) [199], 250 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 97,37.
- En France (Lyon) [200], 191 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 90,22.
- En Espagne (Madrid) [201], 187 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 86,11.

- Au Maroc (Marrakech), 124 médecins résidents en chirurgie ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 87,33.

La moyenne des scores « Jefferson total » la plus élevée était de 101,57 aux Etats-Unis.

2.2. Chez les professeurs de chirurgie :

Notre étude objective chez nos professeurs de chirurgie une moyenne des scores de l'empathie de 88,63 supérieure à la moyenne standard de l'échelle Jefferson (80,00), avec une décroissance progressive des scores en fonction des années d'exercice et du statut professionnel. (Figure 80)

Cependant, aucun travail dans la littérature n'a étudié l'évolution de l'empathie chez les professeurs de chirurgie.

2.3. Chez les chirurgiens du secteur privé :

Dans notre étude, nous observons chez les chirurgiens du privé une moyenne des scores de l'empathie de 90,56 qui est supérieure aux moyennes des deux autres groupes de chirurgie étudiés exerçant au CHU, à savoir les résidents en chirurgie (87,33), et les professeurs de chirurgie (88,63).

On ne retrouve aucune étude dans la littérature s'intéressant à l'empathie des chirurgiens pratiquant dans le secteur privé. Toutefois, ces résultats rejoignent les propos de Zolesio [127] dans son article sur la relation chirurgien-patient, qui considère que la pratique libérale favorise l'établissement d'une meilleure relation de soin en chirurgie par rapport à la pratique universitaire au CHU.

Une tentative d'explication était que l'exercice dans le secteur privé impliquait une plus grande soumission aux exigences, attentes et demandes du patient, et qu'il était très net que le chirurgien avait affaire plutôt à un client. A la différence du CHU, où la dimension universitaire implique aussi que les patients sont des cas, des exemples pour les étudiants en formation.

2.4. Chez les trois groupes étudiés :

Nos résultats retrouvent une moyenne des scores Jefferson de l'empathie de 88,84 entre les différents praticiens de chirurgie étudiés, qui est supérieure à la moyenne standard de l'échelle Jefferson (80,00).

Ces données sont non cohérentes avec l'étude de Hojat [39], qui a montré que les médecins dont la spécialité était plus technique (Chirurgie) avaient des scores significativement plus bas que la moyenne par rapport aux médecins dont les spécialités étaient plus axées vers la personne (Médecine).

Notre étude vient donc contredire cette idée et nous permet ainsi de briser le stéréotype du chirurgien négligeant l'aspect relationnel des soins et valoriser l'engagement des chirurgiens envers la personne du patient malgré toutes les contraintes internes et externes qu'ils peuvent subir au quotidien.

*REFLEXIONS AU
PARTI PRIS*

L'empathie clinique est une forme d'interaction professionnelle qui implique incontestablement l'inné inhérent à la personnalité du praticien et son capital émotionnel mais regroupe également un ensemble de compétences, notamment la capacité à :

- Comprendre la situation du patient, son ressenti, et son point de vue.
- Exprimer cette compréhension et vérifier si elle est correcte.
- Utiliser cette entente pour aider le patient dans la relation thérapeutique.

La chirurgie est une profession qui exige automatiquement l'empathie en raison du caractère de sa pratique qui est en même temps curative et menaçante de risques intra et post-opératoires et ce afin d'accompagner le patient à subir le processus.

Le degré d'empathie dans la pratique chirurgicale a été longuement sanctionné par la représentation sociale qualifiant à tort le chirurgien par le « Mythe » de la personne typiquement dépeinte comme un technicien « inhumain », « individualiste », « arrogant » et « présomptueux », qui passe plus de temps avec le patient lorsqu'il est inconscient dans la salle d'opération [86] [87] [88], ce qui a été appuyé par l'étude non cohérente de Hojat [39] affirmant le degré moindre d'empathie chez les chirurgiens.

Plusieurs études actuelles ainsi que la nôtre, ont pu évaluer objectivement la personnalité du chirurgien et mesurer le degré d'empathie dans la pratique chirurgicale valorisant l'engagement des chirurgiens envers la personne du patient malgré toutes les contraintes internes et externes qu'ils peuvent subir au quotidien.

En parallèle, plusieurs études modernes [95] [96] [97] [98] [99] [100] ont démontré que les chirurgiens présentaient un niveau plus élevé par rapport aux autres praticiens sur les facteurs suivants :

- Conscience professionnelle plus importante : avec efficacité organisationnelle , orientation vers un but, persévérance avec peu d'inhibition, et une meilleure conformité aux règles.
- La robustesse d'esprit : capacité décisionnelle avec évaluation globale, synthétique, tranchante , distante, et moins influencée par des sentiments...

- La faculté d'abstraction avec une attitude plus pragmatique axée sur les solutions.
- La tolérance à l'incertitude et une grande capacité d'adaptation.
- Une meilleure capacité d'improvisation et d'innovation.
- La stabilité émotionnelle : maîtrise de soi, sécurité et confiance avec un plus faible score sur le facteur : « Névrosisme »
- Extraversion dotée d'une attitude énergique, recherche des sensations, et socialisation.
- Le trait Agréabilité.

Ces traits de personnalité qui distinguent le groupe des chirurgiens vont en parallèle avec un degré d'empathie au moins égal aux autres praticiens.

La revue de la littérature relie étroitement l'empathie chirurgicale aux fortes émotions que vit le chirurgien dans son vécu au quotidien. Cette empathie va être dictée et motorisée par une charge émotionnelle constante mais variable en fonction des stades pré, per, et post-opératoires.

En effet, dès le stade de la consultation pré-opératoire, une étape chargée d'émotion et d'empathie, le chirurgien se doit d'adapter le processus d'information du patient. Il se trouve partagé entre sa responsabilité émise, l'incertitude du risque, et l'établissement d'un contrat de confiance où l'empathie trouve toute sa place.

Notre étude, ainsi que les données de la littérature, confirment ces notions : nos chirurgiens insistent sur l'utilité du temps alloué à la consultation préopératoire mais également sur l'implication empathique du chirurgien.

En attendant l'acte opératoire, le chirurgien exprime une forte empathie, camouflée afin de rassurer le patient, il ressent également une profonde préoccupation et un sentiment d'inquiétude et de menace des risques débordant vers sa vie personnelle (insomnie ...).

Pendant l'acte opératoire, le chirurgien s'implique profondément sur le plan émotionnel afin de maîtriser la technique, la survenue de complications ainsi que la gestion du temps. Cette implication est d'autant plus importante que la difficulté opératoire augmente. Le chirurgien est

empathique par définition en salle d'opération où il investit toutes ses émotions et efforts pour accomplir sa mission des fois d'une difficulté « insurmontable ».

Le temps post-opératoire est chargé d'autant d'émotions et d'empathie que l'intra-opératoire à cause de la menace de survenue de complications omniprésente dans l'esprit du chirurgien avec une interdépendance de son état d'esprit et l'état de santé du patient. Le risque de complications post-opératoires crée un souci permanent qui envahit encore une fois la vie du chirurgien. La survenue de complications implique le chirurgien dans une empathie particulière afin d'accompagner le patient dans sa souffrance et pendant toutes les étapes avec une adaptation d'horaires irrégulières et une vie sociale et familiale peu conforme.

L'analyse de l'empathie en chirurgie doit, certes, être relatée au contexte de la pratique chirurgicale d'une part et à la culture chirurgicale au sein de la relation de soins d'une autre part. Notre étude a mis l'accent sur ce concept pour prouver le degré important de l'empathie et sa relation étroite avec les émotions du chirurgien, et ce au sein de toutes les catégories du corps chirurgical. Un meilleur score a été constaté :

- Chez les jeunes qui maîtrisent moins leurs émotions à cause du manque d'expérience.
- Chez les personnes mariées, vivant en couple, et plus stables sur le plan personnel.
- Chez les femmes qui s'engagent plus émotionnellement.
- Chez les chirurgiens de libre pratique qui sont soumis aux exigences du milieu libéral.

Le degré d'empathie est plus important également lors de la consultation pré et post-opératoire. Nos chirurgiens considèrent ces temps essentiels dans la prise en charge du patient tout comme le rapporte la littérature.

L'empathie du chirurgien est aussi influencée par la charge de travail (gardes ...), et le degré de responsabilité comme il a été rapporté dans notre étude et dans la littérature.

Par contre, il n'a pas été rapporté d'influence sur l'empathie des facteurs liés au contexte d'exercice, notamment : le type de contrat des résidents en chirurgie, le statut civil ou militaire des professeurs, le temps d'arrivée au lieu de pratique et les circonstances d'exercice (urgences ...).

Le contexte de la pratique chirurgicale aux urgences ou bien en activité programmée nous a semblé à priori influent dans la déclaration plus empathique de l'acte opératoire. Notre étude prouve l'absence de toute influence, il en est de même pour le choix par passion personnelle de la profession chirurgicale qui nous a paru comme étant un facteur ayant potentiellement une conséquence positive sur l'empathie des praticiens, et contribuerait au développement de leurs qualités humaines.

En somme, quelque soit le contexte d'exercice et la motivation du choix de la profession chirurgicale, ce degré d'empathie particulier à la chirurgie et cette implication personnalisée du chirurgien envers le patient « humaniste et émotionnelle » ont été prouvés par notre étude rapportant l'avis de 200 chirurgiens de différentes catégories avec un score global de Jefferson arrivant à 88,84 , semblable à des études américaines et européennes, contrairement au profil du mythe stéréotypé et attribué à tort au chirurgien.

Au final, le peu d'études sur le sujet sanctionne le chirurgien dans son humanisme et donc son empathie au sein de sa pratique, c'est dire l'utilité de certaines recommandations que nous émettons dans ce document.



SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

La chirurgie est une profession médicale d'endurance qui se singularise par l'engagement physique du praticien, l'implication émotionnelle incontestable, et une disponibilité H24 durant la vie professionnelle. Elle impose un mode de vie personnel particulier priorisant le travail, le sacrifice sans conditions de la vie personnelle et une implication automatique de l'entourage.

Ces exigences et ces particularités transcrivent l'empathie à caractère chirurgical avec un mode d'expression autrement qu'en médecine. En effet, le chirurgien exprime son empathie sous forme d'actes, d'actions et d'émotions avec moins d'expressions verbales : Sa manière de comprendre le patient, d'exprimer sa compréhension et de l'aider dans la relation thérapeutique. N'est-il pas dans l'empathie par définition ?

Ce mode peu expressif de l'empathie sous l'influence d'un milieu contraignant (épuisement professionnel ,stress ...) nous mène à la lumière de cette étude, à proposer des recommandations aux chirurgiens et notamment au jeune chirurgien passionné afin d'améliorer la qualité empathique dans la relation de soins :

- Communiquer davantage et accorder plus de temps à l'information du patient.
- Développer sa capacité de conviction.
- Améliorer la dimension relationnelle professionnelle et inter-profession.
- Rationaliser le temps de travail.
- Parvenir à différencier ce qui est du ressort de l'organisationnel.
- Manager son environnement professionnel comme un chef d'entreprise aussi efficacement que celui du bloc opératoire. (contraintes logistiques, physiques, judiciaires, nouvelles technologies,)
- Instaurer une activité extraprofessionnelle (sportive ,culturelle ...) pour une meilleure sublimation du stress et maîtrise de l'émotion physique et émotionnelle grandissante.
- Reconsidérer constamment et équitablement sa vie personnelle, un garant d'une bonne santé professionnelle.



CONCLUSION

À l'heure des technologies de pointe, la reconnaissance de la dimension relationnelle en chirurgie reste un véritable enjeu. C'est essentiellement dans ce contexte que le concept d'empathie clinique s'affirme pleinement comme étant un outil majeur à la portée des chirurgiens dans le processus d'humanisation des soins et l'une des principales compétences requises à une approche de soins centrée sur la personne du patient. En effet, développer une attitude empathique envers le malade chirurgical permet d'une part de sensibiliser le praticien à exercer son art sur des personnes, et non uniquement sur des tissus anatomiques, mais donne également au patient l'occasion de devenir un co-acteur (voire un co-auteur) de son parcours thérapeutique.

En parallèle, la personne du chirurgien a longtemps été jugée à tort par le « mythe » stéréotypé du médecin purement technicien, arrogant, et négligeant l'aspect relationnel des soins vis-à-vis du patient. C'est cette problématique qui a justifié notre étude d'avis auprès d'une communauté de chirurgiens de différentes catégories et issus de trois environnements de pratique différents à Marrakech, à savoir : Le CHU Mohamed VI, l'Hôpital Militaire Avicenne, et les établissements de libre pratique. En effet, notre travail nous a permis de mesurer concrètement et de manière objective, le degré d'implication émotionnelle de nos chirurgiens envers le patient tout en évaluant leur capital empathique.

Il en émerge clairement et conformément aux autres travaux de la littérature, que le chirurgien n'est pas uniquement un acteur de la relation de soins, mais il fait preuve d'une empathie profonde, camouflée, et d'un engagement émotionnel permanent envers la personne du patient, et ce malgré toutes les contraintes internes et externes qu'il subit lors des trois temps opératoires (pré, per, et post-opératoire) qui régissent sa pratique. N'est-il donc pas dans l'empathie par définition ?

Certes, l'empathie clinique est fondamentale dans toute pratique médicale mais les compétences nécessaires à une relation patient-chirurgien, basée sur la confiance et l'écoute mutuelles, sont souvent soumises à des dilemmes, partagés entre les valeurs

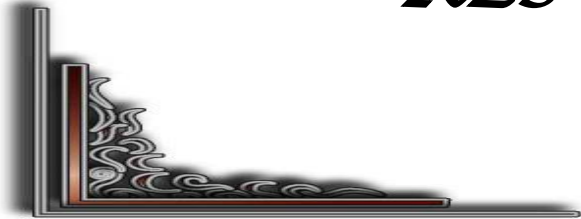
professionnelles et culturelles des chirurgiens, les charges de travail à assumer quotidiennement, et les demandes variées des patients. Il en sort par ailleurs que cette empathie est influencée par d'autres facteurs approuvés par les résultats de notre travail et appuyés par plusieurs autres études mondiales notamment : qu'elle soit plus expressive chez les plus jeunes âges, les femmes, et les praticiens vivant en famille.

En se basant sur l'ensemble de ces considérations, et à la lumière de notre travail, nous avons pu proposer quelques pistes en vue d'améliorer la compétence empathique des chirurgiens, notamment rationaliser le temps de travail et manager équitablement l'environnement administratif et celui du bloc opératoire, tout en instaurant une activité extraprofessionnelle aidant à sublimer le stress et la charge de travail accumulée.

Tout cela afin d'établir ce climat d'empathie recherché, permettant l'information adéquate du patient et une meilleure communication avec lui.

Cela nous permet d'arriver à la conclusion que l'empathie clinique, cette qualité humaine dont ont témoigné les 200 chirurgiens impliqués dans notre étude, occupe une place centrale et incontournable dans toute relation de soins, et confère au chirurgien l'occasion d'établir un terrain d'écoute et de confiance mutuelles avec son patient, ce qui constitue sans doute la base de tout traitement chirurgical réussi. Et comme l'avait si bien dit Louis Pasteur : « Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours ».

Si l'on considère le long chemin qui a déjà été parcouru dans l'exploration des facteurs déterminant une relation médecin-malade de qualité, il importe de poursuivre encore la recherche sur l'empathie clinique. N'oublions pas que l'objectif final de ces travaux est d'améliorer sans cesse la santé des patients et le bien-être des praticiens.



RESUMES

Résumé

L'empathie est un concept qui a traversé plusieurs disciplines (allant de la philosophie esthétique jusqu'à la neurobiologie) et chacune des reprises de ce concept a conduit à un remaniement de sa définition. Mais au-delà de ces débats théoriques autour de l'empathie, celle-ci demeure certainement l'une des compétences relationnelles majeures dans la relation de soins, notamment dans sa dimension clinique.

Ainsi, en considérant que la profession chirurgicale répond aux mêmes critères de base de toute pratique médicale, l'empathie est donc une qualité nécessaire pour établir une meilleure relation patient-chirurgien, que chaque praticien de chirurgie se doit de maîtriser.

Notre objectif était de mesurer l'empathie clinique chez les trois piliers de la chirurgie, à savoir : les médecins résidents en chirurgie au cours de leur formation, les professeurs de chirurgie, et les chirurgiens spécialistes évoluant dans le secteur privé, à travers l'échelle de Jefferson, et mettre en évidence les facteurs déterminant l'empathie et son évolution chez les trois catégories de chirurgiens étudiées, tout en essayant de dégager tout l'engagement émotionnel du chirurgien vis-à-vis de son patient dans chacun des temps opératoires (préopératoire, peropératoire, et post-opératoire). Ce travail a également été réalisé dans l'ambition de prodiguer des éléments concrets aidant les chirurgiens à acquérir et améliorer leur attitude empathique.

Pour la réalisation de notre travail, nous avons demandé aux chirurgiens résidents et aux professeurs de chirurgie du CHU Mohamed VI de Marrakech, ainsi qu'aux chirurgiens spécialistes pratiquant dans le secteur privé à Marrakech, de remplir un questionnaire anonyme préétabli constitué de deux parties :

- Des données professionnelles et sociodémographiques.
- L'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie dans son adaptation française, évaluant l'empathie clinique des praticiens.

Notre étude a compté 200 praticiens de chirurgie participants au total, dont :

- 124 médecins résidents en chirurgie.
- 40 professeurs de chirurgie.
- 36 chirurgiens spécialistes du secteur privé.

Nous avons pu objectiver chez les trois groupes de chirurgie étudiés, une association commune et significative entre l'empathie et quelques facteurs l'influençant.

Les facteurs associés suivants sont corrélés à des scores élevés de l'empathie chez les chirurgiens :

- Le sexe féminin.
- Être marié.
- Antécédent personnel ou familial de maladie chronique.
- Antécédent personnel de psychothérapie.
- La bonne information préopératoire du patient autour de l'acte chirurgical.
- Un temps de consultation (préopératoire et post-opératoire) plus long.

Notre étude a également montré que l'empathie des chirurgiens diminuait en parallèle avec les facteurs suivants :

- L'âge avancé.
- Les années d'exercice.
- L'accumulation de la charge de travail quotidienne.
- Les difficultés rencontrées en intra-opératoire.

Les scores « Jefferson total » indiquant le degré d'empathie clinique chez les chirurgiens participants à l'enquête étaient répartis comme suit :

- Le score « Jefferson total » moyen des trois groupes de chirurgie étudiés était de 88,84.
- Le score « Jefferson total » moyen des chirurgiens résidents était de 87,88.

- Le score « Jefferson total » moyen des professeurs de chirurgie était de 88,68.
- Le score « Jefferson total » moyen des chirurgiens spécialistes du secteur privé était de 90,56.

Tous ces résultats nous ont permis d'objectiver une élévation significative des scores de l'empathie par rapport à la moyenne standard des scores « Jefferson total » (80,00) chez les trois catégories formant le corps chirurgical.

Nous avons pu ainsi, à travers notre travail, non seulement mettre en évidence toute la qualité humaine et l'engagement émotionnel du chirurgien envers la personne du patient, mais nous sommes également parvenus à briser le stéréotype du chirurgien négligeant l'aspect relationnel des soins dans sa pratique.

En conclusion, le chirurgien ne se contente pas de prodiguer des soins au patient mais il vit émotionnellement tout le processus thérapeutique avec lui, et ce à chacun des trois temps opératoires qui régissent sa pratique. Afin d'améliorer la qualité empathique au sein de la profession chirurgicale, le premier pas devrait être de rationaliser le temps de travail et de trouver le juste équilibre avec la vie personnelle, notamment en instaurant une activité extraprofessionnelle permettant de diminuer le stress et de sublimer la charge de travail accumulée. Cela va procurer au chirurgien la capacité de mieux communiquer avec le patient et avoir plus de temps pour bien l'informer.

Abstract

Empathy is a concept that has crossed several disciplines (ranging from aesthetic philosophy to neurobiology) and each of the resummptions of this concept has led to a reworking of its definition. But beyond these theoretical debates around empathy, it certainly remains one of the major relational skills in the care relationship, particularly in its clinical dimension.

Thus, considering that the surgical profession meets the same basic criteria of any medical practice, empathy is therefore a necessary quality to establish a better patient–surgeon relationship, which each surgical practitioner must master.

Our objective was to measure clinical empathy in the three pillars of surgery, namely: medical residents in surgery during their training, professors of surgery, and specialist surgeons evolving in the private sector, through the Jefferson scale, and highlight the factors determining empathy and its evolution in the three categories of surgeons studied, while trying to identify all the emotional commitment of the surgeon towards his patient in each of the operating times (preoperative, intraoperative, and postoperative). This work was also carried out with the aim of providing concrete elements helping surgeons to acquire and improve their empathetic attitude.

For the realization of our work, we asked the resident surgeons and the professors of surgery of the Mohamed VI UHC of Marrakesh, as well as the specialist surgeons practicing in the private sector in Marrakesh, to complete a pre-established anonymous questionnaire consisting of two parts:

- Professional and socio–demographic data.
- The Jefferson Scale of Physician Empathy in its french adaptation, evaluating the clinical empathy of practitioners.

Our study had a total of 200 participating surgical practitioners, including:

- 124 medical residents in surgery.
- 40 professors of surgery.
- 36 specialist surgeons from the private sector.

We were able to objectify in the three groups of surgery studied, a common and significant association between empathy and some factors influencing it.

The following associated factors are correlated with high empathy scores among surgeons:

- The female sex.
- To be married.
- Personal or family history of chronic disease.
- Personal history of psychotherapy.
- Good preoperative information for the patient about the surgical procedure.
- A longer consultation time (preoperative and postoperative).

Our study also showed that surgeons' empathy decreased in parallel with the following factors:

- Advanced age.
- The years of practice.
- The accumulation of the daily workload.
- Difficulties encountered intraoperatively.

The "Total Jefferson" scores indicating the degree of clinical empathy among the surgeons participating in the survey were distributed as follows:

- The average " Total Jefferson " score of the three surgery groups studied was 88.84.
- The average " Total Jefferson " score of resident surgeons was 87.88.
- The average " Total Jefferson " score of professors of surgery was 88.68.

- The average " Total Jefferson " score of specialist surgeons in the private sector was 90.56.

All these results allowed us to objectivize a significant rise in empathy scores compared to the standard average of "Total Jefferson" scores (80.00) in the three categories forming the surgical corps.

We were thus able, through our work, not only to highlight all the human quality and the emotional commitment of the surgeon towards the person of the patient, but we also managed to break the stereotype of the surgeon neglecting the relational aspect of care in his practice.

In conclusion, the surgeon is not content to provide care to the patient but he emotionally lives the whole therapeutic process with him, and this at each of the three operating times that govern his practice. In order to improve the quality of empathy within the surgical profession, the first step should be to rationalize working time and find the right balance with personal life, in particular by establishing an extra-professional activity to reduce stress and to sublimate accumulated workload. This will give the surgeon the ability to better communicate with the patient and have more time to properly inform him.

ملخص

التعاطف هو مفهوم عبر العديد من التخصصات (بدءًا من الفلسفة الجمالية إلى علم الأعصاب) وقد أدى كل استئناف لهذا المفهوم إلى إعادة صياغة تعريفه. ولكن بعيدًا عن هذه المناقشات النظرية حول التعاطف ، فإنه لا يزال بالتأكيد أحد المهارات العلائقية الرئيسية في علاقة الرعاية ، لا سيما في بعدها السريري . وبالتالي ، بالنظر إلى أن مهنة الجراحة تستوفي نفس المعايير الأساسية لأي ممارسة طبية ، فإن التعاطف هو صفة ضرورية لتأسيس علاقة أفضل بين المريض والجراح ، والتي يجب على كل ممارس جراحي إتقانها .

كان هدفنا هو قياس التعاطف السريري لدى الركائز الثلاث للجراحة ، وهي: الأطباء المقيمون في الجراحة أثناء تدريبيهم ، وأساتذة الجراحة ، والجراحون الممارسون في القطاع الخاص ، من خلال مقياس جيفرسون ، وإبراز العوامل التي تحدد التعاطف وخصائصه. التطور في الفئات الثلاث للجراحين الذين تمت دراستهم ، مع محاولة استخراج كل الالتزام العاطفي للجراح تجاه مريضه في كل من أوقات الجراحة (قبل الجراحة ، وأثناء الجراحة ، وبعد الجراحة). تم تنفيذ هذا العمل أيضًا بهدف توفير عناصر ملموسة تساعد الجراحين على اكتساب وتحسين قدراتهم التعاطفية.

لتحقيق عملنا ، طلبنا من الجراحين المقيمين وأساتذة الجراحة في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش ، وكذلك الجراحين المتخصصين بمراكش ، ملء استمارة تتكون من شقين :

-البيانات المهنية والاجتماعية الديموغرافية.

-مقياس جيفرسون لمواقف التعاطف وتقييم التعاطف السريري للممارسين في اعتماده الفرنسي .

شارك في دراستنا 200 ممارس جراحة ، بما في ذلك:

-124 طبيب مقيم في الجراحة.

- 40 استاذ جراحة.

-36 جراحاً ممارساً في القطاع الخاص.

تمكنا من تحديد علاقة مشتركة وهامة بين التعاطف وبعض العوامل التي تؤثر عليه في المجموعات الثلاث للجراحة التي تمت دراستها.

تعتبر العوامل التالية مرتبطة بارتفاع درجات التعاطف لدى الجراحين :

-الجنس الأنثوي.

-العلاقة الزوجية.

-التاريخ الشخصي أو العائلي للأمراض المزمنة.

-التاريخ الشخصي للعلاج النفسي.

-الإخبار القبلي الجيد للمريض حول العملية الجراحية.

-مدة استشارة أطول (قبل الجراحة وبعدها).

أظهرت دراستنا أيضاً أن تعاطف الجراحين ينخفض بالتوازي مع العوامل التالية:

-السن المتقدم.

-سنوات الممارسة.

-تراكم أعباء العمل اليومية.

-الصعوبات المصادفة أثناء الجراحة.

تم توزيع درجات " جيفرسون الإجمالي " التي تشير إلى درجة التعاطف السريري لدى الجراحين المشاركين

في الاستطلاع على النحو التالي:

-كان متوسط درجات " جيفرسون الإجمالي " للمجموعات الجراحية الثلاث المدروسة 88.84.

-كان متوسط درجة " جيفرسون الإجمالي " للجراحين المقيمين 87.88.

- متوسط درجة " جيفرسون الإجمالي " لأساتذة الجراحة 88.68

- متوسط درجة " جيفرسون الإجمالي " للجراحين الممارسين في القطاع الخاص 90.56.

كل هذه النتائج برهنت موضوعياً زيادة كبيرة في درجات التعاطف مقارنة بالمتوسط القياسي لنتائج "إجمالي

جيفرسون" (80.00) في الفئات الثلاث التي تشكل هيئة الجراحة.

وهكذا تمكنا ، من خلال عملنا ، ليس فقط من إبراز الطابع الإنساني والالتزام العاطفي للجراح تجاه شخص

المريض ، ولكننا تمكنا أيضاً من كسر الصورة النمطية للجراح الذي يتجاهل الجانب العلائقي للرعاية في ممارسته .

في الختام ، لا يكتفي الجراح بتقديم الرعاية للمريض ولكنه يعيش عاطفياً العملية العلاجية بأكملها معه ، وذلك في خلال

كل فترة من الفترات الجراحية الثلاث التي تحكم ممارسته. من أجل تحسين جودة التعاطف داخل مهنة الجراحة ، يجب

أن تكون الخطوة الأولى هي ترشيد وقت العمل وإيجاد التوازن الصحيح مع الحياة الشخصية ، لا سيما من خلال إنشاء

نشاط رياضي أو ثقافي موازي لتقليل التوتر ولتصعيد عبء العمل المتراكم. سيعطي هذا للجراح القدرة على التواصل

بشكل أفضل مع المريض وسيوفر له المزيد من الوقت لإبلاغه بشكل صحيح.



ANNEXES

Annexe 1 :

Fiche d'exploitation

Chers praticiens et professeurs de chirurgie :

- Dans le cadre des initiatives entreprises au sein du CHU Mohamed VI de Marrakech, nous menons une étude sur l'empathie dans la pratique chirurgicale chez les médecins résidents en chirurgie, les professeurs de chirurgie, et les chirurgiens spécialistes du secteur privé.
- Ce questionnaire volontaire et anonyme, a été élaboré dans le but d'analyser l'ensemble des indicateurs de l'empathie chez les différents praticiens en chirurgie.

I. Première partie :

Question 1 : Age : ans

Question 2 : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Question 3 : Statut marital : ☐ Célibataire(e) ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/Veuve

Si vous avez des enfants, nombre d'enfants :

Question 4 : Statut Professionnel :

- Si vous êtes médecin résident en chirurgie :

Niveau de formation : ☐ 1ère année ☐ 2ème année ☐ 3ème année ☐ 4ème année ☐ 5ème année

Type de contrat du résident : ☐ Bénévolat ☐ Contractuel

- Si vous êtes professeur de chirurgie :

Statut du professeur : ☐ Professeur assistant ☐ Professeur agrégé ☐ PES ☐ Retraité

Appartenance au corps médical militaire : ☐ Oui ☐ Non

- Si vous êtes chirurgien spécialiste du secteur privé :

☐ Spécialiste en cours d'activité ☐ Ancien praticien/retraité

Question 5 : Avez-vous souhaité faire médecine ? ☐ Oui ☐ Non

Question 6 : Avez-vous souhaité poursuivre votre cursus en chirurgie ? ☐ Oui ☐ Non

Question 7 : Nombre de gardes durant les trois derniers mois :

Question 8 : Temps nécessaire en minutes pour arriver à l'hôpital :

☐ Moins de 10min ☐ 10 à 30min ☐ Plus de 30min

Question 9 : Durée moyenne passée à l'hôpital/établissement privé par jour (hors gardes) :

☐ Moins de 4h ☐ 4 à 6h ☐ 6 à 10h ☐ Plus de 10h

Question 10 : A quel pourcentage votre charge de travail occupe-t-elle votre vie quotidienne ?

☐ 10 à 30% ☐ 30 à 50% ☐ 50 à 70% ☐ Plus de 70%

Question 11 : Est-ce que quelqu'un de votre famille ou de votre entourage a 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 ? :

Question 14 : Aux urgences :

- La déclaration de l'acte opératoire au patient est-elle indispensable ? ☐ Oui ☐ Non

- La déclaration de l'acte opératoire à la famille du patient est-elle indispensable ? ☐ Oui ☐ Non

Question 15 : En préopératoire, la bonne information du patient de l'acte opératoire est-elle indispensable ? ☐ Oui ☐ Non

Question 16 : Combien de temps consacrez-vous à l'explication de l'acte opératoire ? (hors situation d'urgence)

☐ Moins de 5min ☐ 5 à 15 min ☐ Plus de 15min

Question 17 : A quel pourcentage avez-vous rencontré des difficultés opératoires pendant vos interventions chirurgicales ?

☐ 0% ☐ 10 à 30% ☐ 30 à 50% ☐ 50 à 70% ☐ 100%

Question 18 : Quelle en était la principale cause ?

☐ Liée au patient ☐ Liée au matériel ☐ Liée à votre état personnel ☐ Autre :

.....

Question 19 : A quel pourcentage vos patients ont-ils eu des complications post-opératoires ?

☐ 0% ☐ 10 à 30% ☐ 30 à 50% ☐ 50 à 70% ☐ 100%

Question 20 : Combien de temps consacrez-vous au patient pendant votre visite post-opératoire ?

☐ Moins de 5min ☐ 5 à 15 min ☐ Plus de 15min

Question 21 : Faites-vous un suivi systématique de vos patients après leur sortie ? ☐ Oui ☐ Non

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

Veillez cocher le chiffre qui décrit le mieux votre opinion par rapport à chacun de ces items selon l'échelle suivante.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 En total Tout à fait
 désaccord d'accord

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du médecin	En total désaccord (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Tout à Fait d'accord (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'influence significative 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/ 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. **Botbol M, Garret-Gloanec N, Besse A.**
Au carrefour des sciences et de la clinique.
DOIN. 2014. 313 pages.
2. **Caliandro S.**
Empathie et Esthésie : un retour aux origines esthétiques.
Revue Française de Psychanalyse, 2004/3; 68:791-800.
3. **Rogers C.**
Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach.
Person-Centered Review, 1(3), 257-259.
4. **Decety J.**
L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales. Neuropsychiatrie: Tendances et Débats. 2004;(23).
5. **Decety J.**
L'empathie, une spécificité humaine ?
Le Monde.fr [Internet]. [cité 2012]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-unespecificite-humaine_331910_3328.html.
6. **Tisseron S.**
L'Empathie, au cœur du jeu social.
Paris: Albin Michel. (2010).
7. **Honneth A.**
La réification. Petit traité de théorie critique.
Paris : Gallimard, (2007).
8. **Tisseron S.**
L'intimité surexposée.
Paris : Hachette, (2002).
9. **Tisseron S.**
Virtuel, mon amour : penser, aimer et souffrir à l'ère des nouvelles technologies.
Paris : Albin Michel. (2008).
10. **Tisseron, S.**
L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?
Médecine Des Maladies Métaboliques, 5(5), 545-548. (2011).

11. **Compassion** — [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://www.redpsy.com/guide/compassion.html>
12. **Sympathie** — Wikipédia [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sympathie>
13. **Wispé, L.**
The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed.
Journal of Personality and Social Psychology, 50, 2: 314–321. (1986).
14. **Pacherie, E.**
L'empathie et ses degrés". In L'empathie, sous la dir. de A. Berthoz & G. Jorland.
Paris: Editions Odile Jacob, pp. 149–181. (2004).
15. **Empathie** –WikiMediation [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://fr.wikimeditation.org/index.php?title=Empathie>
16. **Définition du mot empathie** — [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://definitionmot.fr/empathie/>
17. **Vetlesen AJ.**
« Perception, empathy, and judgment: An inquiry into the preconditions of moral performance »
Pennsylvania State University Press, (1994).
18. **Eisenberg N.**
« Emotion regulation and moral development. »
Annual Review of Psychology, 51 : 665–697. (2000).
19. **Preston S.D., de Waal FB.**
« Empathy: Its ultimate and proximate bases. »
Behav Brain Sci. 25(1):1–20; discussion 20–71. (2002).
20. **Baron-Cohen S., Wheelwright S.**
"The Empathy Quotient: An Investigation Of Adults With Asperger Syndrome Or High Functioning Autism, And Normal Sex Differences".
J Autism Dev Disord. ;34 (2): 163–175 (2004).

21. **Thompson E.**
Empathie et expérience humaine : essai de circulation mutuelle entre science cognitive, sagesse, contemplative et philosophie phénoménologique.
Théologiques, ;12, 1-2, p39-70. (2004).
22. **Eisenberg N., Spinrad T. L. & Sadovsky A.**
Empathy-related responding in children. In M. Killen & J. Smetana (Eds.)
Handbook of moral development. (pp. 517-549). Mahwah, NJ: Erlbaum (2006).
23. **Hein G. & Singer T.**
I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation.
Curr. Opin. Neurobiol. ; 18, 153-158. (2008).
24. **Boukhobza H.**
DER de Psychologie Médicale. Cours sur l'empathie et l'éducation thérapeutique du patient. Module 1 du programme de l'examen classant Items : l'empathie, tenir compte des croyances et des représentations du patient, l'éducation thérapeutique du patient.
Pdf éduc théra du patient p. 4-16. (2010).
25. **Famery, S.**
Développer son empathie : se mettre à la place de l'autre pour comprendre et anticiper ses émotions et ses réactions.
Eyrolles. p12-179. (2011).
26. **Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.pdf** – [Internet]. [cité 2015]. Disponible sur: <http://sites.duke.edu/flaubertsbrain/files/2012/08/Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-forEmpathy.pdf>
27. **Decety J.**
Une anatomie de l'empathie.
PSN, vol III, numéro 11, (Janvier-Février 2005).
28. **Arreto C.D., Brunet-Canonne A., Fioretti F.**
Relation praticien patient.
Paris, Ed CdP, p55-127. (2006).
29. **Llorca, G.**
L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale.
Médecine, Volume 2, Numéro 7, p.330. (2006).

30. **Parizeau M-H.**
Consentement, dans Hottois G., Parizeau M.-H., Les mots de la bioéthique – un vocabulaire encyclopédique.
Bruxelles : De Boeck. (1993).
31. **Relation médecin-patient.**
Wikipédia [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur:https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_m%C3%A9decin-patient
32. **Choukroun M-G.**
Abrégé de psychologie.
Editions S.I.D (1997).
33. **Balint.**
Le médecin, son malade, la maladie.
Editions Payot, Paris, (1998).
34. **Emanuel EJ, Emanuel LL.**
Four models of the physician-patient relationship.
JAMA J Am Med Assoc. ;267:2221-2226. (1992).
35. **Vergnes J.N., Sixou M., Apelian N., Bedo C.**
Les entretiens de Bichats. Odonto-stomatologie.
L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. (2014).
36. **Vannotti M.**
Écouter, penser, parler.
Rev Med Suisse. ;4:2182. (2008).
37. **Morse JM, Bottorff J, Anderson G, et al.**
Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice?
Journal of Nursing Scholarship. Winter; 24(4): 273-280. (1992).
38. **Rogers C.**
The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change.
Journal of Consulting Psychology, Vol 21(2), 95103. (1957).
39. **HojatM, Gonella J. S., Nasca T. J., et al.**
Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty.
Am JPsychiatry; 159:1563-1569. (2002).

40. **Mercer S. W, Reynolds W. J, et al.**
Empathy and Quality of Care.
British Journal of General Practice, 52, S9-S13. (2002).
41. **Halpern J.**
What is Clinical Empathy?
J GenIntern Med; 18:670-674. (2003).
42. **Decety J, Smith K. E, Norman G. J, et al.**
A Social Neuroscience Perspective on Clinical Empathy.
World Psychiatry; 13:233-237. (2014).
43. **Sanford R, Stora N, Ducroux-Biass F.**
Le regard positif inconditionnel : une manière d'être mal comprise.
Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. ; 9(1):11. (2009).
44. **Abrieux J.C.**
Psychologie de la communication.
Théories et méthodes Ed Armand Colin Paris (6-1 p 13, 6-2 p16, 6-3 p 37)
(1999).
45. **Ibanez G, Cornet P, Minguet C.**
Qu'est-ce qu'un bon médecin ?
Pédagogie Médicale; 11(3) :151-165. (2010).
46. **Hojat M, Mangione S, Nasca T. J, et al.**
The Jefferson Scale of Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data.
Educational and Psychol Measurement ; 61:349-365. (2001).
47. **L'écoute patient au cabinet dentaire.**
Conseil plus [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/lecouste-patient-au-cabinetdentaire.html>
48. **Dedienne M. C., Hauzanneau P., Labarere J., & Moreau A.**
Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ?
La revue du praticien -médecine générale-, 17(611), 1-4. (2003).
49. **Vannotti M.& Rey H.**
Psychiater, behandelnder Arzt und Familie.
Familien dynamik 2: 160-174 (1994).

50. **Durand J.**
Les formes de communication.
Ed Dunod, Paris. (1988).
51. **Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. M.**
Psychologie médicale (2nd ed.).
Paris : Masson. (1996).
52. **Ruga A.**
L'abord du patient au cabinet dentaire : Approche psychologique et outils de communication.
Thèse d'exercice, Université de Lorraine, (2013).
53. **Cosnier J.**
Psychologie des émotions et des sentiments.
Paris: Retz | 87-9. (1994).
54. **Haynal-Reymond, V.**
Comportement et communication.
Unité de psychiatrie de liaison Département de psychiatrie HUG, I2I | Genève | 4
Rev Med Suisse ; « l'empathie » | : 354-8. (2005).
55. **Dufour Gompers, R.**
La relation avec le patient.
Paris : Privat. (1992).
56. **Vannotti, M.**
Le métier de médecin –entre utopie et désenchantement–.
Genève : Médecine et Hygiène. (2006).
57. **Menaut, H.**
Les soins relationnels existent-ils ?
Vie sociale et traitements, 101, 78-83. | p.80 | (2009).
58. **Amzalag A.**
Codes de la relation dentiste-patient.
Paris : Elsevier-Masson, Pp 3144;60;71-75;111. (2007).
59. **Prayez P.**
Distance professionnelle et qualité du soin.
Paris: Lamarre. (2003).

60. **Minne C.**
La dimension relationnelle du soin, Comment être distinct sans être distant?
Mémoire de cadre de santé, IFCS G. Daumezon, Saint André lez Lille. (2007).
61. **Remy C.**
La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée.
Thèse d'exercice, Université de Lorraine, p55. (2012).
62. **Nossintchouk, R.**
Communiquer en odonto-stomatologie.
Obligations et stratégies. Éditions CdP. P97-98. (2003).
63. **Moreau Taverne C.**
L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière,
Mémoire : En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.
Université Lille 2, P30-36. (2012).
64. **Lecomte. J.**
Empathie et ses effets, [60-495-B-10]. (2010).
65. **Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P. Habermann, T., & Sloan, J.**
Relationship between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among
Internal Medicine Residents.
Journal of General Internal Medicine, 20, 559-564, (2005).
66. **Rev Mens Suisse**
Odontostomatol Vol. 122 3/ P229. (2012).
67. **Hannawa A.F, Shigemoto Y, Little T. D.**
Medical Errors: Disclosure Styles, Interpersonal Forgiveness, and Outcomes.
Social Science and Medicine 156 ; 29-38. (2016).
68. **Nazione S, Pace K.**
An Experimental Study of Medical Error Explanations: Do Apology, Empathy,
Corrective Action and Compensation Alter Intentions and Attitudes?
J Heal Commun. 20(12): 1422-32. (2015).
69. **Gleichgerricht E, Decety J.**
The Relationship Between Different Facets of Empathy, Pain Perception and
Compassion Fatigue Among Physicians.
Frontiers in Behavioral Neuroscience, vol 8, Article 243. (2014).

70. **Shanafelt T. D, West C, Zhao X, et al.**
Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents.
J Gen Intern Med ; 20:559–564. (2005).
71. **Halpern J.**
Empathy and Patient–Physician Conflicts,
J Gen Intern Med; 22: 696–700. (2007).
72. **Famery S.**
Le pouvoir de l'empathie: Comment obtenir le meilleur et éviter le pire ?
Editions Eyrolles, p48. (2014).
73. **Auteur Collectif, Le grand livre des idées reçues.**
INSOLITE et GRANDES ENIGMES
Editeur Partenaire Widget Avenue, p48. (2010).
74. **Allouche L.**
Comment écouter un patient pour mieux le satisfaire?
L'INFORMATION DENTAIRE n°13 | (2006).
75. **Stewart MA.**
Effective–physician patient communication and health outcomes: a review.
CMAJ ; 152 : 1423–33 | (1995).
76. **Pollak K. I, Alexander S. C, Tulskey J. A, et al.**
Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy.
J AmBoard Fam Med. ; 24(6):665–672 ; (2011).
77. **Haskard Zolnierrek K. B, Dimatteo R.**
Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta–Analysis.
Med Care; 47(8): 826–834. (2009).
78. **Hojat M, Louis D. Z, Markham F. W, et al.**
Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients.
Acad Med. ;86: 359–364 ; (2011).
79. **Derksen F, Bensing J, Lagro–Janssen A.**
Effectiveness of empathy in general practice.
British Journal of General Practice, P76–84. (2013).

80. **Yuguero O, Marsal J. R, Esquerda M., et al.**
Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians.
BMC Family Practice. 18:63. (2017).
81. **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 Educ Couns. ; 74(3):339–46. (2009).
82. **Delamater, J.**
Handbook of social psychology.
United States of America, Springer Science, 2006.
83. **Bosk, C. L.**
Forgive and Remember: Managing Medical Failure, 2nd Edition (2nd éd.).
University Of Chicago Press. (2003).
84. **Cassell, J.**
Expected Miracles: Surgeons at Work.
Temple University Press. (1991).
85. **Katz, P.**
The Scalpel's Edge.
The Culture of Surgeons (1re éd.). Pearson. (1998).
86. **Becker G, et al.**
Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital.
BMC Health Services Research, 10, 94. (2010).
87. **Mache, S., Kelm, R., Bauer, H., Nienhaus, A., Klapp, B. F., & Groneberg, D. A.**
General and visceral surgery practice in German hospitals: a real-time work analysis on surgeons' work flow.
Langenbeck's Archives of Surgery / Deutsche Gesellschaft Für Chirurgie, 395(1), 81-87. (2010).
88. **Page, D. W.**
Are surgeons capable of introspection?
The Surgical Clinics of North America, 91(2), 293-304, vii. (2011).

89. **Palazzo, F. F., & Warner, O. J.**
Surgeons swear when operating: fact or myth?
BMJ, 319(7225), 1611. (1999).
90. **Bellodi, P. L.**
The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties.
Revista Do Hospital Das Clínicas, 59(1), 15-24. (2004).
91. **Hill, E. J. R., Bowman, K. A., Stalmeijer, R. E., Solomon, Y., & Dornan, T.**
Can I cut it? Medical students' perceptions of surgeons and surgical careers.
American Journal of Surgery, 208(5), 860-867. (2014).
92. **Moscovici, S.**
La psychanalyse, son image et son public (3e édition).
Paris: Presses Universitaires de France – PUF. (1961).
93. **Tajfel, H.**
La catégorisation sociale. En Introduction à la psychologie sociale.
(Larousse, Vol. 1). ; p.272. Paris: Moscovici S. (1972).
94. **McCrae, R., & Costa, P.**
Personality in adulthood
(Guilford). New York. p.23. (1990).
95. **Schwartz, R. W, et al.**
Defining the surgical personality: a preliminary study.
Surgery, 115(1), 6268. (1994).
96. **Borges, N. J., & Osmon, W. R.**
Personality and Medical Specialty Choice: Technique Orientation versus People
Orientation.
Journal of Vocational Behavior, 58(1), 22-35. (2001).
97. **Hoffman, B. M., Coons, M. J., & Kuo, P. C.**
Personality differences between surgery residents, non surgery residents, and medical
students.
Surgery, 148(2), 187-193. (2010).
98. **McGreevy, J., & Wiebe, D.**
A preliminary measurement of the surgical personality.
American Journal of Surgery, 184(2), 121-125. (2002).

99. **McCulloch, P., Kaul, A., Wagstaff, G. F., & Wheatcroft, J.**
Tolerance of uncertainty, extroversion, neuroticism and attitudes to randomized controlled trials among surgeons and physicians.
The British Journal of Surgery, 92(10), 1293-1297. (2005).
100. **Drosdeck, J. M., Osayi, S. N., Peterson, L. A., Yu, L., Ellison, E. C., & Muscarella, P.**
Surgeon and non surgeon personalities at different career points.
The Journal of Surgical Research, 196(1), 60-66. (2015).
101. **Stabile, B. E.**
The surgeon: a changing profile.
Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960), 143(9), 827-831. (2008).
102. **Jin, C. J., Martimianakis, M. A., Kitto, S., & Moulton, C.-A. E.**
Pressures to « measure up » in surgery: managing your image and managing your patient.
Annals of surgery, 256(6), 989-993. (2012).
103. **Tajfel, H.**
Social Psychology of Intergroup Relations.
Annual Review of Psychology, 33(1), 1-39. (1982).
104. **Goffman, E.**
The Presentation of self in Everyday Life (Writing in Margin).
Double day & Company. (1959).
105. **Inglis, C.**
Planifier la diversité culturelle. UNESCO – Institut international de planification de l'éducation. (2009).
Consulté <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001597/159778f.pdf>
106. **Pope, C.**
Resisting Evidence: The Study of Evidence-Based Medicine as a Contemporary Social Movement.
Health:, 7(3), 267-282. (2003).
107. **Gooberman-Hill, R., et al.**
Unstated factors in orthopaedic decision-making: a qualitative study.
BMC musculoskeletal disorders, 11, 213. (2010).

108. **McKneally, M. F., Martin, D. K., Ignagni, E., & D'Cruz, J.**
Responding to trust: surgeons' perspective on informed consent.
World journal of surgery, 33(7), 1341-1347. (2010).
109. **Pope, C.**
Contingency in everyday surgical work.
Sociology of Health & Illness, 24(4), 369-384. (2002).
110. **Skevington, S. M., Langdon, J. E., & Giddins, G.**
« Skating on thin ice? » Consultant surgeon's contemporary experience of adverse surgical events.
Psychology, health & medicine, 17(1), 1-16. (2012).
111. **Walton, N. A., Martin, D. K., Peter, E. H., Pringle, D. M., & Singer, P. A.**
Priority setting and cardiac surgery: a qualitative case study.
Health policy (Amsterdam, Netherlands), 80(3), 444-458. (2007).
112. **Schaufel, M. A., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K.**
« So you think I'll survive? »: a qualitative study about doctor-patient dialogues preceding high-risk cardiac surgery or intervention.
Heart (British Cardiac Society), 95(15), 1245-1249. (2009).
113. **Schwarze, M. L., Bradley, C. T., & Brasel, K. J.**
Surgical «buy-in»: the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding lifesupporting therapy.
Critical care medicine, 38(3), 843-848. (2010).
114. **Mendick, N., Young, B., Holcombe, C., & Salmon, P.**
Telling «everything» but not «too much»: the surgeon's dilemma in consultations about breast cancer.
World journal of surgery, 35(10), 2187-2195. (2011).
115. **Kitto, S., Petrovic, A., Gruen, R. L., & Smith, J. A.**
Evidence-based medicine training and implementation in surgery: the role of surgical cultures.
Journal of evaluation in clinical practice, 17(4), 819-826. (2011).
116. **Bhandari, M., et al.**
Challenges to the practice of evidence-based medicine during residents' surgical training: a qualitative study using grounded theory.
Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 78(11), 1183-1190. (2003).

117. **Bradley, C. T., Brasel, K. J., & Schwarze, M. L.**
Physician attitudes regarding advance directives for high-risk surgical patients: a qualitative analysis.
Surgery, 148(2), 209-216. (2010).
118. **Waring, J., Harrison, S., & McDonald, R.**
A culture of safety or coping? Ritualistic behaviours in the operating theatre.
Journal of health services research & policy, 12 Suppl 1, S1-3-9. (2007).
119. **Aase, M., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K.**
« If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician »: a qualitative study about existential experiences among physicians.
Journal of medical ethics, 34(11), 767-771. (2008).
120. **Reid, M., Ker, J. S., Dunkley, M. P., Williams, B., & Steele, R. J.**
Training specialist registrars in general surgery: a qualitative study in Tayside.
Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh, 45(5), 304-310. (2000).
121. **Luu, S., Patel, P., et al.**
Waking up the next morning: surgeons' emotional reactions to adverse events.
Medical Education, 46(12), 1179-1188. (2012).
122. **Salmon, P., Mendick, N., & Young, B.**
Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: towards a theory of authentic caring in clinical relationships.
Patient education and counseling, 82(3), 448-454. (2011).
123. **Larsson, G., Weibull, H., & Larsson, B. W.**
Analysis of the decision-making process leading to appendectomy: a grounded theory study.
Scandinavian journal of psychology, 45(5), 449-454. (2004).
124. **Rogers, W. A., Lotz, M., Hutchison, K., Pourmoslemi, A., &Eyers, A.**
Identifying surgical innovation: a qualitative study of surgeons' views.
Annals of Surgery, 259(2), 273-278. (2014).
125. **Rothmund, M.**
Surgical leadership.
The British Journal of Surgery, 100(5), 577-579. (2013).

- 126. Molinier, P.**
Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ?
Sciences sociales et santé (Vol. 30), p. 99–104 (2012).
- 127. Zolesio, E.**
La relation chirurgien–patient.
Sciences sociales et santé (Vol. 30), p. 75–98 (2012).
- 128. Lazarus, R. S., & Folkman, S.**
Stress, Appraisal, and Coping (1 edition).
New York: Springer Publishing Company. (1984).
- 129. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H.**
Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping.
Psychological Bulletin, 129(2), 216-269. (2003).
- 130. Leasure, E. L., et al.**
There is no « i » in teamwork in the patient–centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice.
Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 88(5), 585-592. (2013).
- 131. Lown, B. A., & Manning, C. F.**
The Schwartz Center Rounds: evaluation of an interdisciplinary approach to enhancing patient–centered communication, teamwork, and provider support.
Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 85(6), 1073-1081. (2010).
- 132. Benson, S., Truskett, P. G., & Findlay, B.**
The Relationship Between Burnout and Emotional Intelligence in Australian Surgeons and Surgical Trainees.
ANZ Journal of Surgery, 77, A79-A79. (2007).
- 133. Moulton, C.-A., et al.**
Operating from the other side of the table: control dynamics and the surgeon educator.
Journal of the American College of Surgeons, 210(1), 79-86. (2010).

134. **Pecanac, K. E., et al.**
It's big surgery: preoperative expressions of risk, responsibility, and commitment to treatment after high-risk operations.
Annals of Surgery, 259(3), 458-463. (2014).
135. **Warschkow, R., et al.**
A comparative cross-sectional study of personality traits in internists and surgeons.
Surgery, 148(5), 901-907. (2010).
136. **Seligman, M. E. P.**
Helplessness: On Depression, Development, and Death.
New York: W.H. Freeman & Company. (1992).
137. **Blute, M. L., & Prestipino, A. L.**
Factors associated with adoption of robotic surgical technology in US hospitals and relationship to radical prostatectomy procedure volume.
Annals of Surgery, 259(1), 7-9. (2014).
138. **Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, M.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. ;84(9):1198-202. (2009).
139. **Lin H-C, Xirasagar S, Laditka JN.**
Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics.
Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care IS Qua. 16(6):437-45. (2004).
140. **Carmel S, Glick SM.**
Compassionate-empathic physicians : personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern.
Soc Sci Med 1982. ;43(8):1253-61 (1996).
141. **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.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. ;84(9):1192-7. (2009).
142. **Shariat SV, Eshtad E, Ansari S.**
Empathy and its correlates in Iranian physicians : A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy.
Med Teach ;32(10):e417-21. (2010).

143. **Zenasni F, Boujout E, Buffel du Vaure C, et al.**
Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners.
Int J Pers Centered Med. 2(4):759-66.
144. **Buffel duVaure C.**
Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique.
Thèse pour le doctorat en médecine, (2011).
145. **Ouzouni, C., Nakakis, K.**
An exploratory study of student nurses' empathy.
Health Science Journal ; 6 (3): 534-52. (2012).
146. **Goffman, E.**
Les usages sociaux des handicaps.
Paris, Les éditions de Minuit, Coll. Le sens commun. (1975).
147. **Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al.**
Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners.
Eur J Gen Pract ;19(1):23-8. (2013).
148. **Fischer, G. N., & Tarquinio, C.**
Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé.
Paris : Dunod. (2006).
149. **Bonnet V-A.**
Le suicide chez les chirurgiens-dentistes.
Thèse d'exercice Chir. Dent.: Lyon 1 : 2006 : 038.
150. **Cooper CL., Watts J., Kelly M.**
Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK.
Br Dent J. ;162(2):77-81. (1987).
151. **Courtial, J. P., & Huteau, S.**
Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital.
Santé Publique, 3(17), 385-402. (2005).

152. **Légeron P.**
Le stress au travail.
Paris : O. Jacob, (2001).
153. **Gorter RC., Albrecht G., Hoogstraten J., Eijkman MAJ.**
Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists.
Eur J Oral Sci. 106:999–1005. (1998).
154. **Truchot D.**
Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions.
Paris : Dunod, (2008).
155. **Kay, E. J. & Lowe, J. C.**
A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005.
British dental journal, 204, E19; discussion 622–3. (2005).
156. **Gorter, R. C.**
Le stress du travail et le "burnout" dans la pratique dentaire.
L'information dentaire, 2559–2563. (1999).
157. **Tigrid, D. & Sintes, J.-R.**
Bien gérer son stress : notre qualité de vie en dépend.
Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl, 214, 19. (2009).
158. **Wolfe, G. A.**
Burnout of therapists: inevitable or preventable?
Physical therapy, 61, 1046–50. (1981).
159. **Gaudart, C.**
Epuisement, stress, risque d'erreurs... Malaise à l'hôpital.
Santé et travail, 66, 28–30. (2009).
160. **Searles, H.**
L'effort pour rendre l'autre fou.
Paris : Galimard. (1977).
161. **Delbrouck, M.**
Le burnout du soignant.
Bruxelles : De Boeck. (2003).

162. **Manoukian, A.**
La souffrance au travail, les soignants face au burnout.
Rueil-Malmaison : Lamarre. (2009).
163. **American Express-Etude**
DentistsSit – bj8633_american_express-etude_dentistes_siteow.pdf
[Internet]. [cité 31juill 2015].
Disponible sur: http://www.opinion-way.com/pdf/bj8633-_american_express-etude_dentistes_siteow.pdf
164. **Lancelot, A.**
L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique.
Thèse d'exercice, Université Paul Verlaine, Metz. P40-116. (2011).
165. **Malenfant, N.**
L'épuisement professionnel : comprendre pour mieux agir.
Métiers de la petite enfance, 169. (2011).
166. **Théry Hugly, M.-C.**
Le burn out n'est pas une fatalité.
L'information dentaire, 38. (2008).
167. **Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Astrom, S., & Karlsson, I.**
Emotional experiences, empathy and burn out among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home.
Journal of Advanced Nursing, 19, 670-679. (1994).
168. **Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A., Sultan, S.**
Burnout and empathy in primary care: three hypotheses.
British Journal of General Practice. 62(600): 346-347 ; (2012).
169. **Palsson, M. B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Bjorvell H.**
Burn out, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision.
Scandinavian Journal Caring Science, 10, 19-26. (1996).
170. **Mokslas, S.**
The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses.
Medicina (Kaunas), 43 (5), 425-431. (2007).

171. **The Medical School Objectives Writing Group** : Learning Objectives for Medical Student Education.
Guidelines for Medical Schools: Report I of the Medical School Objectives Project.
Acad Med. ;(74):13-8. (1999).
172. **Frank JR, Danoff D.**
The Can MEDS initiative : implementing an outcomes-based framework of physician competencies.
Med Teach. ;29(7):642-7. (2007).
173. **OMS Bureau régional pour l'Europe.**
Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. ; p. 88. (1998).
174. **Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales.**
JORF no 0095 du 23 avril 2013, Texte n°30, arrêté du 8 avril 2013.
NOR: ESRS1308333A.
175. **Dock, S.**
Pour des chirurgiens plus humains. P.7. [Internet] [cité 2018].
Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/samuel-dock/pour-des-chirurgiens-plus-humains_a_23345269/
176. **Bonvicini K, Perlin M, Bylund C, Carroll G, Rouse R, Goldstein M.**
Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters.
Patient Educ Couns. ;75:3-10. (2009).
177. **Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C.**
Interventions to cultivate physician empathy : a systematic review.
BMC Med Educ. ;14(1):219. (2014).
178. **Riess H., Kelley JM., Bailey R., Konowitz PM., Gray ST.**
Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents: a pilot study.
Otolaryngol Head Neck Surg. ;144(1):120-2. (2011).
179. **Larson E. B., Yao X.**
The Patient-Physician Relationship: Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship.
JAMA. ;293(9):1100-1106. (2005).

- 180. Hogan R.**
Development of an empathy scale.
J Consult Clin Psychol. 33(3):307-16. (1969).
- 181. Davis MH.**
Measuring individual differences in empathy : Evidence for a multidimensional approach.
J Pers Soc Psychol. ;44(1):113-26. (1983).
- 182. Jolliffe D, Farrington DP.**
Development and validation of the Basic Empathy Scale.
J Adolesc. ;29(4):589-611. (2006).
- 183. Mehrabian A, Epstein N.**
A measure of emotional empathy.
J Pers. 40(4):525-43. (1972).
- 184. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ.**
A systematic review of tests of empathy in medicine.
BMC Med Educ. ;7:24. (2007).
- 185. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : further psychometric data and differences by gender and specialty at item level.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. ;77(10 Suppl):S58-60. (2002).
- 186. 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. ;27(7):625-8. (2005).
- 187. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC.**
The consultation and relational empathy (CARE) measure : development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure.
Fam Pract. ;21(6):699-705. (2004).
- 188. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M.**
Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy : preliminary psychometric data.
Croat Med J. ;48(1):81-6. (2007).

189. **Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M.**
Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care : a validity study.
Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. ;13(7):CR291-4. (2007).
190. **Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M.**
A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy.
Med Teach. 33(5):388-91. (2011).
191. **Morice-Ramat A.,**
«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
192. **Maury A.**
« Impact de la première année d'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte Internlife, FicheINDICE»
Université Sorbonne Paris Cité Faculté de Médecine Paris Descartes (Paris5) 2015.
193. **Commission TIT France.**
French Guidelines on Computer-Based and Internet- Delivered Testing.
French Journal of Testing. 2006;6(2):143-71.
194. **Baudier F, Bourgueil Y, Evrardi, Gautier A, LeFur 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).
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publication/2010/Qes157.pdf>
195. **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.
196. **Forsé M.**
Rôle spécifique et croissance du capital social.
Revue de l'OFCE (Observations et diagnostics économiques). 2001janv; (76):189-216.

- 197. Hamdaoui A, Manoudi F.**
Place et déterminants de l'empathie dans la pratique médicale : A propos de 787 participants.
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2021; Thèse No° 043.
- 198. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M.**
Measuring empathy in health care profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy : Health provider – student version.
J Interprof Care. 2011Jul; 25(4) : 287–93.
- 199. 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.
- 200. 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.
- 201. Bylund CL, Makoul G.**
Empathic communication and gender in the physician patient 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 إنقاذها 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، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

التعاطف داخل الممارسة الطبية : في الجراحة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/02/08
من طرف

السيد محمد مراد لخوجة

المزداد في 5 يناير 1997 بـجربة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التعاطف السريري - علاقة الرعاية - الجراحة - مقياس جيفرسون -
المقيمون - الأساتذة - الجراحون المتخصصون.

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام {

خ. عنيبة

أستاذ في جراحة الدماغ و الأعصاب

ن. منصوري

أستاذة في طب وجراحة الفم والوجه والفكين

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

ح. رايس

أستاذة في التشريح المرضي

السيد

السيدة

السيدة

السيدة