



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2016

Thèse N° 181/16

L'EMPATHIE ENTRE L'EDUCATION ET LA PRATIQUE MEDICALE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/09/2016

PAR

Mr. MZYIENE Mohammed

Né le 27/07/1991 à FES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Empathie clinique - Echelle de Jefferson - Etudiants en médecine - Médecins

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... Professeur d'Urologie	PRESIDENT
M. RAMMOUZ ISMAIL..... Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M. SQALLI HOUSSAINI TARIK..... Professeur de Néphrologie	} JUGES
M. TACHFOUTI NABIL..... Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	

<< Le Luxe n'est pas un état mais le passage d'une ligne, le seuil, ou, soudain disparaît toute souffrance. >> Sylvain Tesson

Dans les forêts de Sibérie, Gallimard, 2011

« Au lieu de se demander comment ils pouvaient au mieux examiner, diagnostiquer et soigner leurs malades, les médecins se demandèrent désormais comment leurs malades pouvaient faire d'eux, leurs médecins, la meilleure utilisation »

Stephen Pasmore

« One of the mysteries of illness is that no one can be healed by anyone whose emptiness is greater than their own »

<< Un des mystères de la maladie est que personne ne peut être guéri par toute personne dont le vide est supérieur à leur propre >>

Mark Nepo



TABLE DES MATIERES

1. Introduction :.....	11
2. La relation Médecin -Malade :.....	14
2.1. Le malade et sa maladie :	14
2.1.1. <i>Qu'est ce que la maladie ?</i>	14
2.1.2. <i>Qui est le malade ?</i>	16
2.1.2.1. <i>Stratégies d'ajustements et coping</i>	17
2.1.2.2. <i>« Pourquoi ? »</i>	23
2.1.2.3. <i>Place du malade dans la société :</i>	24
2.2. <i>Le médecin et sa médecine:</i>	25
2.2.1. <i>Place du médecin dans la société :</i>	25
2.2.2. <i>Qui est le médecin : identité personnelle et personnalité médicale</i>	28
2.2.3. <i>Ses représentations de la médecine</i>	30
2.3. <i>Relation Médecin-Malade</i>	32
2.3.1. <i>Colloque singulier et modèle paternaliste</i>	32
2.3.2. <i>Modèle psychanalytique</i>	34
2.3.3. <i>Modèle actuel</i>	34
2.4. <i>Spécificité de la relation Médecin-Malade :</i>	35
2.4.1 <i>L'approche bio-psycho-sociale :</i>	36
2.4.2. <i>Médecine chronique et médecine d'urgence :</i>	37
2.4.3. <i>Place de la relation Médecin-Malade dans la thérapeutique :</i>	37
2.5. <i>Synthèse :</i>	39
3. L'empathie :	41
3.1. <i>Généralités :</i>	41
3.2. <i>Empathie dans le domaine de la psychologie :</i>	42
3.2.1. <i>Construit uni ou multidimensionnel ?</i>	42
3.2.2. <i>Tendances actuelles</i>	44
3.2.3. <i>Phénomènes explicatifs :</i>	46

3.3. <i>Empathie et relation Médecin-Malade : empathie clinique</i>	46
3.3.1. Carl Rogers et l'Approche Centrée sur la Personne :	47
3.3.2. Tendances actuelles :	48
3.4. Empathie en médecine générale :	50
3.5. Synthèse :	53
4. Evaluation de l'empathie :	54
4.1. <i>Les premières échelles</i> :	54
4.1.1. <i>Questionnaire Measure of Emotional Empathy</i> :	54
4.1.2. <i>Empathy Scale d'Hogan</i> :	55
4.2. <i>Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i> :	55
4.3. <i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i> :	57
4.4. <i>Quelle échelle utilisée ?</i>	58
5. Déterminants de l'empathie :	59
5.1. <i>Constat d'un manque</i> :	59
5.2. <i>Critères sociodémographiques</i> :	61
5.3. <i>Pratique des médecins</i> :	61
6. Notre Etude :	65
<i>I /Introduction</i> :	65
<i>I-1. Problématiques</i> :	65
<i>2/ Méthodologie</i> :	67
2.1. <i>Population ciblée</i> :	67
<i>a-Critères d'inclusion</i> :	67
<i>b-Critères d'exclusion</i> :	67
2.2. <i>Instruments de mesure</i> :	67
<i>a- Le Questionnaire</i> :	67
<i>b- Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie du médecin</i> :	67
2.3. <i>Consentement et aspect éthique</i> :	69
2.4. <i>Logistique</i> :	70
2.5. <i>Traitement statistique</i> :	70

7. RESULTATS :	71
<i>I/ Les résultats concernant les étudiants :</i>	71
<i>A/ Etude Descriptive :</i>	71
1/ Données socio-démographiques :	71
a/ Age :	71
b/ sexe :	72
c/ Niveau d'études:	72
d/ Résidence Parentale :	73
e/ Lieu de la Résidence parentale :	73
f/ Souhait des études médicales :	74
g/ Recommandation des études médicales pour les autres :	74
h/ Transport :	75
i/ Logement :	75
j/ Financement des études :	76
2/ Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie du médecin :	77
a/Jefferson total :	78
b/ Prise de perspective PP :	79
c/Compréhension émotionnelle CC :	80
d/Se mettre à la place du patient :	81
<i>II/ Résultats concernant les médecins internes et résidents :</i>	82
<i>A/ Etude Descriptive :</i>	82
1/ Données socio-démographiques :	82
a/ Age :	82
b/ Sexe :	83
c/ Statut marital :	84
d/ Nombre d'enfants :	85
e/ Statut professionnel :	86
f/ Type de service ou de spécialité :	87
g/ Type de contrat :	88

h/ Nombre de gardes durant les 2 derniers mois :	89
i/ La résidence Parentale :	90
j/ La distance entre CHU et la résidence Parentale :.....	91
k/ Le souhait des études médicales :	91
l/ Recommandation des études médicales pour les autres :.....	92
m/ Temps Nécessaire pour arriver au CHU :.....	93
n/ Logement :	94
2/ Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du Médecin :	95
a/ Jefferson total :.....	97
b/ Prise de Perspective PP :.....	98
c/ Compréhension émotionnelle CC :	99
d/ Se mettre à la place du patient Sips :.....	100
<i>B/ Etude Analytique :.....</i>	<i>101</i>
1/ Partie des étudiants :.....	101
a/Facteurs associés :.....	103
b/Interprétation des données :.....	104
2/ Partie des médecins internes et résidents :	105
a/Facteurs associés :.....	107
b/Interprétation des données :.....	109
8. Discussion :	111
8.1. Empathie et variables socio-démographiques :.....	111
8.1.1 / Chez les étudiants :	112
l/ Facteurs associés au Jefferson total et aux trois dimensions de l'empathie :.....	112
a/ Score Jefferson total et le sexe :	112
b/ Prise de Perspective et le sexe :.....	112
c/ Compréhension émotionnelle et Sexe :.....	112
d/ Score Jefferson total et le financement des études :.....	113
e/ Compréhension émotionnelle et financement des études :.....	113

II/ Absence d'association :	114
a/ L'âge :	114
b/Niveau d'étude :	115
c/Résidence parentale et lieu de résidence parentale :	115
d/Souhait d'études :	115
e/Transport :	115
f/ Logement :	115
8.2.1 / Chez les médecins internes et résidents :	117
I/ Facteurs associés au Jefferson total et aux trois dimensions de l'empathie :	117
a/ Score Jefferson total et l'âge :	117
b/ Score Jefferson total et le statut marital :	117
c/ Score Jefferson total et le statut professionnel :	120
d/ Score Jefferson total et la résidence parentale :	121
e/ Score Jefferson total et le transport :	121
f/ Prise de Perspective et lieu de la résidence parentale :	121
g/ Se mettre à la place du patient et recommandation des études médicales aux autres :	122
II/ Absence d'association :	122
a/Sexe :	122
b/ Nombre d'enfants :	124
c/Spécialité :	124
d/Type de contrat :	125
e/Nombre de gardes :	125
f/Souhait d'études :	125
g/Logement :	125
9-Solutions et perspectives :	126
• <i>INTERET DE L'EMPATHIE POUR LE PATIENT</i> :	126
• <i>APPORT DE L'EMPATHIE POUR LE MEDECIN</i> :	126

• PEUT-ON ENSEIGNER L'EMPATHIE ?	127
• Le bien être de l'interne :.....	129
• De la Psychothérapie du médecin :.....	130
• Projet d'un médecin empathique :	130
Conclusion :	132
RÉSUMÉ	135
Annexes :	140
Références Bibliographiques :	145

Tables des Illustrations

Tableau 1. Les huit mécanismes de défense et processus de coping de base

(Plutchik, 1995)

Tableau 2. Stratégies d'ajustement devant une maladie somatique (adapté d'après

C Ray et al. (16))

Tableau 3. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 4. Distribution des dimensions de l'empathie clinique

Tableau 5 : Résultats de l'analyse univariée

Tableau 6. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 7. Distribution des dimensions de l'empathie clinique

Tableau 8 : Résultats de l'analyse univariée

Tableau 9 : Comparaison des moyennes du score de Jefferson total des autres

études avec notre étude :

Figure A : Modèle de l'effet d'une communication empathique

Figure B : Modèle des facteurs personnels et environnementaux contribuant

au professionnalisme médical (79) :

Figure 1 : Répartition en pourcentage des étudiants selon leurs âges (N=632)

Figure 2: Distribution de l'effectif des étudiants selon le sexe (N=632)

Figure 3 : Répartition en pourcentage des étudiants selon l'année d'étude(N632)

Figure 4 : Pourcentage des étudiants selon la distance de la résidence parentale

(N=632)

Figure 5 : Pourcentage des étudiants selon la distance en km de la résidence

parentale (N=632)

Figure 6 : Répartition en pourcentage des étudiants qui ont souhaités faire les

études médicales: (N=632)

Figure 7 : Pourcentage des étudiants qui ont recommandés les études médicales

pour les autres (N=632)

Figure 8 : Pourcentage des étudiants selon le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital (N=632)

Figure 9 : Pourcentage des étudiants selon le logement (N=632)

Figure 10 : Financement des études selon les étudiants (N=632)

Figure 11 : Répartition des Pourcentages concernant Jefferson total (N=632)

Figure 12 : Distribution des scores concernant la Prise de perspective PP (N=632)

Figure 13 : Distribution des scores concernant la compréhension émotionnelle CC (N=632)

Figure 14 : Distribution des scores concernant le fait de se mettre à la place du patient (N=632)

Figure 15 : Répartition en Pourcentage des médecins selon leurs âges (N=300)

Figure 16 : Répartition en Pourcentage des médecins selon le sexe (N=300)

Figure 17 : Répartition en Pourcentage des médecins selon le statut marital (N=300)

Figure 18 : Distribution des médecins selon le nombre d'enfants (N=300)

Figure 19 : Pourcentage des médecins selon le statut professionnel (N=300)

Figure 20 : Répartition en Pourcentage des spécialités participantes à l'étude (N=151)

Figure 21 : Répartition en Pourcentage des résidents selon le type de contrat (N=151)

Figure 22 : Pourcentage des gardes selon les 2 derniers mois (N300)

Figure 23 : Distribution des médecins selon la distance de la résidence parentale (N300)

Figure 24 : La distance entre CHU et la résidence parentale (N300)

Figure 25 : Distribution des médecins selon le souhait des études médicales (N300)

Figure 26 : Pourcentage des médecins qui ont recommandé les études médicales aux autres (N300)

Figure 27 : Distribution en pourcentage concernant le temps nécessaire pour arriver au CHU (N300)

Figure 28 : Répartition en pourcentage des médecins selon le logement (N300)

Figure 29 : Pourcentage des scores totaux de Jefferson total selon les réponses établies (N= 300)

Figure 30 : Distribution des scores totaux de PP selon les réponses établies (N= 300)

Figure 31 : Distribution des scores totaux de CC selon les réponses établies (N= 300)

Figure 32 : Distribution des scores de Se mettre à la place du patient selon les réponses établies (N= 300)

Abréviations

CC	: Compréhension émotionnelle
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CV	: Curriculum vitae
FMPF	: Faculté de médecine et de pharmacie de Fès
IRI	: Interpersonnal Reactivity Index
Jeff Total	: Score Jefferson total
JSPE	: Jefferson Scale of Physician Empathy
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PP	: Prise de Perspective
Pr	: Professeur
Sips	: Se mettre à la place du patient

1. Introduction :

De croyance commune et ancienne, l'une des premières qualités du médecin est l'empathie que celui-ci porte à ses patients. En effet, si la relation médecin-patient est un élément indiscutable pour une bonne prise en charge, peut-être ce fait est d'autant plus vrai en médecine que soit médecin généraliste ou spécialiste , où le médecin devient un interlocuteur de la vie quotidienne, un médecin « de famille ». L'empathie trouve sa place dans cette consultation qui se fonde sur la communication et la relation entre un médecin et un patient et à vrai dire entre un auditeur et un souffrant.

L'empathie est difficile à définir, et sa définition varie d'un milieu à l'autre. Selon Balint, l'empathie clinique se résume certainement dans ces mots :

« La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. A mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même. »(1)

De nos jours, nos croyances nous conduisent à penser que plus un médecin est empathique et compatissant , plus ce médecin est un « bon » médecin et ça reste un point dans son CV . Mais est-ce une réalité ? Comment peut-on acquérir une meilleure empathie ? Est-il possible de l'apprendre et de l'améliorer ? Si l'empathie peut être considérée comme une qualité innée, dès 1954, Balint s'interroge sur le bon dosage du « remède médecin », son indication, sa posologie (1) , considérant alors que l'écoute du médecin, son empathie, peut varier avec un environnement ou une formation appropriée. Et dans ce cas, il est intéressant d'étudier les différentes variables qui la constituent pour parvenir à un programme de formation adéquate.

Au cours des dernières années ont vu de nombreuses études sur le processus d'empathie. De nombreuses définitions ont vu le jour, plusieurs auteurs

ont tentés d'expliquer les différents processus et phénomènes d'empathie. Donc, la question de la « mesure » se développe progressivement, et plusieurs auteurs se sont attachés à élaborer des outils de mesures. Leurs bâtiments étaient délicats et restent encore débattues car pour mesurer quelque chose, encore faut-il s'accorder sur ce que l'on mesure.

Le concept d'empathie varie d'un milieu à un autre et bien que le débat et la discussion inné/acquis reste aujourd'hui ouvert, nous nous sommes intéressés à ce travail, à rechercher et à trouver les déterminants de l'empathie et cela entre l'éducation et la pratique médicale. Le but de ce travail est de mettre en évidence des facteurs influençant l'empathie des étudiants et médecins praticiens, avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie, à travers les formations ou à travers la pratique.

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une étude transversale réalisée au sein du CHU Hassan II De Fès concernant plus de 600 étudiants de Médecine de Fès (3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} Année) et 300 médecins internes et résidents ayant répondu volontairement à un questionnaire composé de : Plusieurs questions concernant les informations personnelles (Age, sexe, logement ...) et professionnelle (Spécialité, service ...) et un questionnaire sur l'empathie médicale : échelle de Jefferson. Elle s'inscrit dans une étude plus large concernant la précision empathique dans la prise en charge des patients.

Une Première partie de cette étude nécessitait la validation du Jefferson Scale for Physician Empathy, qui est un questionnaire cotant l'empathie destiné aux étudiants de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès à partir de la 3^{ème} Année jusqu'à la 6^{ème} Année et aussi pour les cliniciens et ce sont ces données qui sont à la base de ce travail de thèse.

Dans la première partie, nous effectuerons une mise au point sur la relation médecin-patient en étudiant la place de cette relation dans la pratique quotidienne. Nous aborderons ensuite le concept d'empathie à travers différentes définitions et

nous verrons comment celle-ci s'intègre dans la relation médecin-malade. Ces définitions nous amènent à choisir un instrument de mesure d'empathie adapter aux médecins. Enfin, nous constaterons que, parallèlement au fait qu'un manque d'empathie est aujourd'hui mis en avant, plusieurs études remettent en question les facteurs influençant l'empathie.

Puis, nous expliquerons l'étude que nous avons mis en œuvre, quelle a été sa méthodologie et quels en sont les résultats.

La dernière partie sera consacrée à la discussion, avec une question que reste ouverte : quelles sont les pistes offertes aujourd'hui pour améliorer l'empathie clinique ?

2. La relation Médecin -Malade :

D'abord et avant d'entamer le concept d'empathie, il est indispensable et primordial d'étudier l'interaction entre le médecin et le patient. La compréhension de ces mécanismes permet de mieux définir la place et de l'empathie dans cet échange unique qu'est celui de l'échange entre un médecin et « son » patient.

Une telle relation se décompose en trois niveaux : le patient interagit avec sa maladie, le médecin avec sa médecine, enfin et surtout le médecin avec le patient.

Nous allons voir ces trois interactions séparément. Ensuite , nous discutons la spécificité, si elle en est une, de la relation médecin-patient .

2.2. Le malade et sa maladie :

2.1.1. *Qu'est-ce que la maladie ?*

La définition de l'OMS, la Santé « *est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Nous pouvons aisément définir la maladie par opposition à cette définition, en soulignant qu'il n'existe pas qu'un aspect physique à la maladie mais bien trois dimensions : physique, psychique et sociale.

Toutefois, c'est parce que nous avons cherché une définition à la maladie que le concept de santé est apparu essentiel à définir. Pour certains, *la maladie* « *a précédée l'homme sur la terre* » ((2) p.21) Ainsi, pour G.Canguilhem, « *le médecin a tendance à oublier que ce sont les malades qui appellent le médecin* » et que c'est d'abord « *parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine* ». Selon lui, la médecine occidentale est fondée sur une séparation entre la représentation biomédicale de la maladie qui serait objective, celle du médecin (« la maladie du médecin ») et la représentation moins savante et plus subjective, (« la maladie du malade »). C'est par cette séparation, et à travers (« la maladie du malade ») que l'on distingue le normal du pathologie : « Ce n'est pas une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré.

C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique ». (3)

Pour un individu donné, la maladie est considérée comme une atteinte à l'intégrité, ce qui entraîne une gêne ou une incapacité ou handicap pour l'accomplissement d'une vie normale. La notion et le concept de norme est essentielle. Sans placer un seuil de normalité, nécessairement subjectif, la maladie apparaît comme une rupture avec un état antérieur. L'état d'un individu n'étant pas constant tout au long de sa vie, nous comprenons déjà que ce changement sera vécu différemment en fonction de la durée de vie de l'individu.

La notion de norme fait apparaître que la maladie revêt un caractère culturel et social. Pour J. Stoetzel, sociologue français, « santé et maladie sont des valeurs et même les prototypes de toute valeur (on remarquera que le mot valeur vient du latin *valere*, se bien porter)[..]. Or, toute valeur est de nature sociale [..] C'est à l'intérieur d'une culture déterminée qu'il faudra se placer » (4).

Dans le domaine de l'anthropologie de la maladie, A. Kleinman, psychiatre américain, à la fin des années 1970, dichotomise lui aussi (5) la maladie en maladie-*disease*, qui se rapproche de la « maladie du médecin », et la maladie-*illness*, qui s'approche de celle du malade. La maladie-*disease* se réfère à un problème d'un processus biologique et/ou psychologique, la maladie-*illness* se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification (6) . Il est nécessaire ici de préciser qu'il ne s'agit pas d'une dichotomie maladies organiques et troubles psychopathologiques.

L'anthropologie interprétative, selon BJ Good, va plus loin, en ce sens qu'elle considère que « la maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif » (7).

Au delà de la définition sociale de maladie, les hommes et la société ont construit des représentations visant à l'expliquer. Comme le soulignent Augé et Herzlich(8) :

« Tout d'abord, et pour toute société, la maladie fait problème, exige l'interprétation : il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser ». C'est ainsi que s'opposent deux courants, décrits par Laplantine (9) :

La Conception « ontologique-exogène-maléfique » de la pour la maladie laquelle la maladie a une existence propre et autonome. Ici, la maladie est un phénomène extérieur au patient, qui « l'attaque ». L'étiologie est « externe ».

La Conception « fonctionnelle-endogène-bénéfique » où l'étiologie est « interne ». La maladie est définie comme une rupture de l'équilibre du corps « comme une réaction, de l'organisme et de l'individu dans leur totalité, à une perturbation de leur équilibre ». Ici, le phénomène est plus interne et issu du patient . Ce concept se retrouve dans beaucoup d'Hippocrate avec la théorie des Humeurs à la médecine traditionnelle chinoise.

Pour Pedinielli (10) , ces théories étiologiques sont essentielles par la fonction qu'elles remplissent pour le patient : elles représentent une appropriation subjective de la maladie, en s'appuyant sur le vécu et l'expérience subjective du patient.

2.1.2. Qui est le malade ?

Comme nous l'avons vu , être malade est un changement d'état, de statut. En effet, pour un individu, être malade signifie : être en situation de faiblesse et être en situation de dépendance. Ceci est une dépendance à plusieurs niveaux : dépendance à l'égard du médecin, de l'entourage, mais aussi de la maladie.

Nous reviendrons plus tard . L'individu malade est donc recrée un système de valeurs autour de ce changement d'état.

Le sujet malade devient « un malade », il acquiert un nouveau statut, un nouvel état. Selon Stoetzel : « La maladie apparaît alors comme une « forme de vie », l'individu vit avec elle, s'y adapte ; elle est importante pour l'individu, et lui apporte, avec des désagréments, des satisfactions » (4) .

Etre malade signifie donc également être dans une situation différente, léguant à l'individu le pouvoir d'avoir des attentes différentes vis-à-vis de son entourage et de la société.

Mais, « toute maladie entraîne la formulation de questions : « Pourquoi moi ? Pourquoi lui ? Pourquoi maintenant ? » (6).

On essaye ici d'expliquer le « comment » et le « pourquoi ». Quels sont les processus et les conséquences psychologiques à être « un malade » ? Au-delà de l'aspect psychosomatique de la maladie et l'étiologie réelle, existe-t-il des bénéfices au nouvel état de l'individu ? Enfin, nous aborderons le malade au sein de la société.

2.1.2.1. Stratégies d'ajustements et coping :

Conséquences :

Les Pr Jeammet, Reynaud et Consoli (9) , définissent la position psychologique de tout patient comme « le refus de la relativité [...] reflétant l'absence de deuil de l'illusion infantile de la réalisation possible de tous nos désirs. ».

Les conséquences psychiques à ce nouvel état sont essentiellement de 2 types : la régression et la dépression. Elles résultent d'une défense de l'individu, consciente ou inconsciente, face à une situation conflictuelle.

La régression, introduite par Sigmund Freud dès 1900 dans son ouvrage « L'interprétation des rêves » est une réaction de protection de l'individu. Il s'agit d'un retour antérieur, avec un repli sur lui-même mais surtout l'émergence d'un comportement infantile. Elle peut être bénéfique, puisqu'elle permet au sujet de se recentrer sur sa pathologie, acceptant sa situation de dépendance et nécessitant de l'aide. Mais elle peut également être néfaste, l'individu pouvant s'enfermer dans une attitude de dépendance totale et de bénéfices secondaires.

La dépression, liée à la maladie, est en réalité une dépression à « minima ». Ce mécanisme résulte du fait de la prise de conscience de l'individu d'être malade : en situation de faiblesse, diminué dans son intégrité, par rapport à ses normes de santé.

La dépression relève surtout de la blessure narcissique du sujet.

Face à cet état, les réactions du sujet peuvent être de plusieurs types :

- Dénier de la maladie
- Adaptation
- Réaction persécutrice
- Isolation

Ces réactions se succèdent, selon l'individu, ou au contraire, le sujet sera « bloqué » à l'une des étapes et à un moment donné. En outre, si ces états varient au fil du temps, ils varient bien sûr également en fonction de l'individu et de ses traits de personnalité.

Pour Balint, la maladie crée également un état de régression. Balint a ouvert la voie de l'abord psychanalytique et psychosomatique. C'est de ce courant qu'est issu Velluet (12) qui emploie le terme de souffrance, que nous pouvons superposer à la « dépression » des Pr Jeammet, Reynaud et Consoli :

« La souffrance correspond à :

- une désorganisation du sujet dans son monde.
- une perte de sens partielle de son vécu, de ses registres perceptif, cognitif et affectif.

Le sujet régresse en :

- Tentant de récupérer une partie des énergies investies dans les champs familiaux, professionnels, sociaux (énergies consacrées à l'inscription du sujet dans sa réalité).
- Faisant un retour en arrière dans son histoire pour tenter de revivre des émotions primitives (prototypes des suivantes) comme pour rejouer son aventure (retour à une case départ fantasmée). »

Stratégie d'ajustement et coping :

Dernièrement , de nombreux travaux se sont tournés vers l'étude de stratégie

d'ajustement ou coping. Selon Lazarus et Folkman (Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer, 1984).

Le coping désigne « *les efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences internes et/ou externes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne* ».

Beaucoup des réactions cognitivo-comportementales, conscientes ou inconscientes, d'un sujet face à la maladie, résultent de stratégies d'ajustement.

Les concepts de défense, initialement décrit par Sigmund Freud, et le coping s'inscrivent dans des champs théoriques différents (psychanalytique pour l'un, cognitivo-comportemental pour l'autre). Toutefois, l'assimilation et la confusion de ces deux concepts sont encore aujourd'hui discutées (13). Plutchik en propose une classification (tableau 1), dans laquelle les mécanismes de défenses qui se développent dans la petite enfance selon lui, correspondraient à des stratégies de coping qui s'acquiert plus tard.

Tableau 1. Les huit mécanismes de défense et processus de coping de base(Plutchik, 1995)

Mécanismes de défense	Coping
<i>Répression, isolation</i> : exclusion, renvoi, expulsion de la conscience d'une idée et/ou des émotions associées pour éviter les conflits ou les menaces douloureux (ses).	<i>Evitement</i> : tentative pour résoudre un problème en évitant la personne ou la situation susceptible d'avoir créé le problème, ou en stoppant la pensée ou en <i>détournant l'attention</i> du problème.
<i>Déni</i> : absence de conscience de certains événements, expériences ou sentiments qui seraient douloureux à reconnaître.	<i>Minimalisation</i> : tentative de résoudre le problème en considérant qu'il n'est pas aussi important que d'autres le pensent.
<i>Déplacement</i> : libération des émotions réprimées, habituellement la colère, sur des objets, animaux ou des personnes perçus comme moins dangereux pour l'individu que tous ceux ayant provoqué initialement les émotions.	<i>Substitution</i> : tentative de résoudre le problème en optant pour des <i>activités agréables</i> non liées (par exemple: réduire la tension liée à un problème en utilisant la médication, l'exercice ou l'alcool).
<i>Régression, passage à l'acte</i> : se retirer du stress dans des modes de comportements et de gratifications antérieurs ou plus Immatures.	<i>Soutien social</i> : recherche de soutien social Et d'aide auprès d'autrui pour résoudre un Problème.
<i>Compensation, identification, Fantaisie</i> : développement d'une qualité dans un domaine pour compenser une défaillance réelle ou imaginée dans un autre domaine.	<i>Remplacement</i> : résoudre un problème en améliorant une faiblesse ou une insuffisance qui existe, soit en la personne, soit dans la Situation.
<i>Intellectualisation, Sublimation, Annulation, rationalisation</i> : contrôle inconscient Des émotions et des pulsions par dépendance excessive aux interprétations rationnelles des situations.	<i>Recherche d'information</i> : recueillir le Plus d'informations possibles sur le problème avant d'agir ou prendre une décision.
<i>Projection</i> : refus inconscient de pensées, de Traits De personnalité, de Désirs émotionnellement inacceptables et leur attribution à une autre personne.	<i>Rejeter la responsabilité sur autrui</i> : Attribuer la responsabilité d'un problème à une autre personne ou au « système ».
<i>Formation réactionnelle</i> : prévenir l'expression de désirs inacceptables, particulièrement sexuels ou agressifs en développant ou en exagérant des attitudes ou des comportements opposés.	<i>Renversement</i> : résoudre un problème en faisant l'opposé de ce que la personne ressent (par exemple sourire quand elle a peur ou est en colère)

Plusieurs classifications ont été proposées pour hiérarchiser et ordonner ces stratégies .De même, plusieurs échelles de mesures ont été construites afin de les évaluer.

Deux classifications nous semblent intéressantes :

La première classification est issue de différents travaux sur la construction de l'échelle *Way of coping check-list révisée* (WCC-R) de Vitaliano et al (14).En effet, plusieurs études suggèrent que le coping se distinguent en 3 composantes principales:

le coping centré sur le problème (efforts, plans d'action, se battre,...), le coping centré sur l'émotion (éviter, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), et la recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel,...).

Cette approche dichotomise les stratégies d'ajustements en deux grands types :

les stratégies « évitantes » et les stratégies «vigilantes» ou « actives ». Il est intéressant de noter que la 3^{ème} composante fait appel à la recherche d'aide. Le rôle du médecin est ainsi justifié et légitimé dans la démarche d'un individu malade.

Un parallèle peut être fait ici avec les travaux de Balint (15) , qui distingue deux types de patients en fonction de leur relation à l'objet et leur approche sur leur environnement : les ocnophiles et les philobates.

Le terme ocnophile vient du grec OKNEO qui veut *se dérober*, dire *hésiter*, se *cramponner*. L'ocnophile n'a aucune liberté par rapport à son attachement, objet et s'accroche à lui par manque de confiance. Son monde est structuré par la proximité physique et le toucher.

Le terme philobate vient lui du mot acrobate, *celui qui marche sur les extrémités*.

Il n'a pas d'attachement à un objet particulier, à l'illusion d'être en sécurité et considère les objets comme un équipement faisant partie de son environnement. Il pense qu'il réussira toujours à « s'en sortir ».

La seconde classification est proposée par C. Ray (16) : elle a l'avantage (tableau 2) de pouvoir distinguer les différences individuelles et les modifications dans le temps, chez un même individu, des mécanismes déployés.

Tableau 2. Stratégies d'ajustement devant une maladie somatique (adapté d'après C Ray et al. (16))

<i>Maintien de la conscience des pensées perturbatrices</i>		
<i><u>Position de toute-puissance</u></i>	<i><u>Position intermédiaire</u></i>	<i><u>Position d'impuissance</u></i>
Révolte Sentiment d'injustice Revendication agressive Insoumission Résistance passive Néguvisme	Combativité Confrontation Besoin de maîtrise Besoin de s'informer Recherche de solutions Responsabilisation	Renoncement Désespoir Résignation Soumission au destin Sublimation, réévaluation (« maladie-épreuve »)
<i>Evacuation de la conscience des pensées perturbatrices</i>		
<i><u>Position de toute-puissance</u></i>	<i><u>Position intermédiaire</u></i>	<i><u>Position d'impuissance</u></i>
Déni Minimisation Banalisation Intellectualisation Répression émotionnelle	Fuite Evitement sélectif Refoulement, oubli Déplacement sur d'autres sources de préoccupation Compensation par l'alcool, le tabac, etc.	Délégation de pouvoir aux autres Idéalisation de la médecine Attente d'une solution Magique. Recherche de soutien Social.

Cette classification permet de distinguer les stratégies qui impliquent un investissement différent pour le médecin. Ainsi, les patients du groupe supérieur gauche seront perçus comme « difficiles » tandis que ceux du groupe inférieur droit seront considérés comme « gratifiants ou enrichissants » pour le médecin.

Il convient de noter ici que le coping adopté ou l'adaptation par un individu donné a un caractère situationnel. Face à un événement incontrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu essaie plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. La connaissance de ces classifications afin de ne pas répondre à une « stratégie universelle optimale ». Il s'agit bien ici de stratégies d'adaptation, qui évoluent donc dans le temps, les individus et les situations.

Aujourd'hui, l'efficacité de ces stratégies de coping est discutée en ce qu'il ne se dégage pas une stratégie plus efficace qu'une autre. De même, certaines études interventionnelles récentes tentent d'agir sur ces stratégies avec des résultats hétérogènes (18-20) (mitigés).

2.1.2.2. « Pourquoi ? »

Devant ces mécanismes impliqués dans le développement du patient, il est légitime d'aborder la notion de bénéfice ou de rémunération, ou le « pourquoi ? ». En fait, le symptôme est surdéterminé : il reflète sans doute une maladie, mais démontre également la nécessité relationnelle et éventuellement des difficultés personnelles.

Les bénéfices regroupent les avantages que peut tirer l'individu de sa maladie et de son nouvel état. Ils peuvent être définis dans le domaine du soin, comme « l'idée générale que la formation des symptômes permet au sujet une réduction des tensions engendrées par une situation conflictuelle avec le principe de plaisir » (21).

Ces bénéfices s'organisent en plusieurs niveaux : ils peuvent être conscients ou inconscients, primaires ou secondaires (11).

Les bénéfices primaires se dévoilent dans l'apparition même de la maladie. Cette dernière peut être la réponse considérée comme meilleure par l'individu à une situation conflictuelle, de tensions importantes.

Les bénéfices secondaires relèvent eux plus souvent de la conséquence de la maladie sur l'individu. Ils sont mieux connus. Ils peuvent être conscients ou inconscients, et peuvent participer à la pérennisation de la maladie. Ainsi, le sujet restera dépendant et protégé .

Pour S. Freud (22) « les bénéfices secondaires peuvent être conscients, préconscients ou inconscients. [...] Mais en ce qui concerne ces derniers, ils revêtent une importance particulière parce qu'ils contribuent à stabiliser les symptômes et sont à l'origine de résistances à une éventuelle psychothérapie. Par analogie avec la notion de bénéfice secondaire, la notion de bénéfice primaire a été forgée pour désigner les satisfactions inconscientes qui sont obtenues par le moyen de symptômes. »

Pour Balint, la maladie peut être une tentative inconsciente de trouver une solution à une situation bloquée ou difficile. Il s'agit d'un processus créatif.

2.1.2.3. Place du malade dans la société :

Selon J. Stoetzel, « en principe, le rôle de malade est un rôle accidentel, il peut être celui de n'importe qui, quel que soit son statut dans la société» (4).

Il poursuivra pourtant par « dans la répartition sociale des maladies, on constate pourtant des différences très sensibles, selon la place des individus. » Ce constat, fait en 1960, est malheureusement transposable à ce jour et depuis tout temps (23).

Mais quel est ce rôle de malade ? Toujours selon J. Stoetzel, pour la société, le malade est un « déviant » et aura à ce titre « sa place à part, différente d'une société à une autre ». Il lui confère d'ailleurs des droits et des obligations tels que « l'exemption des responsabilités », « le droit à l'aide » ou « l'obligation de désirer guérir ».

Il y'a un impact social de la maladie pour l'individu disant malade. En plus de leurs réactions et leurs émotions confèrent le statut, la société a également l'état de la marque.

On peut noter dans ce cas , que chaque pathologie a un impact social différent . Bien que la peur de la maladie a toujours existée, les répercussions sociales des pathologies varient

en fonction du type de pathologies. Les patients atteints de tuberculose ou de schizophrénie sont plus stigmatisés que ceux atteints de pathologies plus « bénignes ».

Il y'a donc une forte corrélation entre la société et la maladie. Celle-ci sera particulièrement favorisée par un contexte socio-économique difficile, un travail exigeant ou une situation familiale perturbée. Et le regard sur le patient et son évolution seront conditionnés par ces mêmes facteurs : une guérison requis par un employeur, un statut souhaité stable par son entourage, etc..

2.2. Le médecin et sa médecine:

Si le rôle du patient est défini par les représentations sociales, des attitudes et le fonctionnement psychique, le médecin « joue » un rôle aussi .

Nous abordons ici quel individu est le médecin : quelle est sa place dans la société ? , quelle est son identité personnelle et professionnelle ? et enfin, quelles sont ses représentations ? .

2.2.1. Place du médecin dans la société :

Dans le traité « Du Médecin » du Corpus Hippocratique, Hippocrate, déjà, décrivait le « bon médecin » selon la société : « *Le médecin [...] aura une bonne couleur et de l'embon point car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. Puis, il sera d'une grande propreté sur sa personne : décentement mis, agréablement parfumé, à l'odeur discrète. »*

Depuis, la perception du médecin au sein de la société a évolué : de l'image de sage, il a acquit progressivement un visage humain. Il est aujourd'hui plus proche de tout individu que d'un « mage = magicien ».

Ainsi, d'un point de vue sociologique, Parsons décrit le rôle du médecin comme celui d'un technicien (24):

« En tant que rôle professionnel, la médecine a institutionnalisé un contenu technique, qui l'emporte de loin sur tous les autres éléments qui déterminent le statut du médecin. Il s'ensuit que ce rôle doit être mené à terme et que les critères par lesquels nous décidons s'il l'a été correctement concernent avant tout la compétence technique du médecin. [...] Le médecin, dans son rôle moderne, n'est plus un sage, bien qu'il y ait toute une tradition populaire qui aille dans ce sens, mais un spécialiste dont la supériorité est limitée au domaine particulier de sa formation technique et de son expérience. [...] L' « idéologie » de cette profession met en relief l'obligation pour le médecin de placer, le « bien-être du malade au-dessus de ses intérêts personnels », et regarde la « commercialisation » de la profession comme un mal très dangereux et très insidieux que celle-ci doit combattre. »

Parsons a aussi distingué cinq éléments dans ce rôle du médecin (4) :

a. La compétence technique;

b. L'universalisme du rôle, c'est-à-dire que tous les clients du médecin seront traités d'une manière égale, en raison de ce qu'ils ont, et non de ce qu'ils sont;

c. La spécificité professionnelle, c'est-à-dire le fait que tous les aspects du rôle du médecin, sa compétence, son autorité, ses privilèges, ses obligations, sont limités au domaine de la santé et de la maladie.

d. La neutralité affective, qui interdit au médecin d'éprouver des sentiments personnels à l'égard de ses malades.

e. Le désintéressement et l'altruisme enfin : le motif du profit est exclu du rôle du médecin; sa profession fait partie du groupe minoritaire des professions désintéressées.

Parsons (4) a ainsi montré que ces traits du rôle du médecin s'expliquent fonctionnellement :

a. La compétence technique est essentielle, parce que le malade est ignorant, et qu'il a le devoir de s'en remettre au médecin.

b. L'attitude universaliste est corrélative du caractère contingent de l'état du malade; puisque n'importe qui peut être malade, il faut que n'importe qui doit être soigné.

c. La spécificité fonctionnelle est une protection du malade contre les privilèges du médecin : il a accès au corps du malade notamment (et aussi aux informations confidentielles); il faut que ce soit seulement en qualité de médecin. Elle est le fondement de l'autorité du médecin, et la source du principe du secret professionnel .

d. La neutralité affective protège le médecin contre le risque d'être entraîné affectivement avec ses clients, et lui permet de mettre à part sa vie privée. C'est d'autre

part aussi une protection contre les expériences bouleversantes qui est le médecin (et notamment la mort).

e. L'ultime trait, à savoir le désintéressement et l'altruisme, est destiné à garantir au malade qu'il ne sera pas exploité par le médecin; il est à la base de la confiance du malade, et par là réalise la condition fondamentale de toute action psychothérapique.

En résumé, ces aspects sont bénéfiques tant au médecin qu'au patient. Le rôle du patient et celui du médecin sont ainsi complémentaires.

De la même manière, un rapport de la Commission Nationale Permanente du

Conseil national de l'Ordre des médecins de 2001 (25) , décrit le médecin comme un technicien : « *le médecin est passé du statut paternaliste à un statut de conseiller technique* ». Les auteurs craignent d'ailleurs que le médecin ne devienne un « prestataire de service ». Toutefois, ils rappellent également que « *la place de l'écoute doit être considérée comme le premier élément de l'acte médical. [...] La revalorisation de cet acte reste la base de sa reconnaissance par le patient.* »

Enfin, selon M. Winckler, dans l'inconscient collectif, un bon médecin est un médecin « *dévoué, proche, sympathique, patient, ouvert, bon, humaniste, compatissant, fort, rassurant, fiable, fin diagnosticien, habile praticien, subtil confident et parfait adepte de la neutralité bienveillante* ». Mais en réalité, selon lui, la mission première du médecin devrait être de faire en sorte que ses patients « *ne se sentent pas plus mal en sortant de chez lui qu'en entrant* » (26).

Un médecin n'est pas un robot, c'est un être humain et en cela il a des limites. Il ne peut jamais être complètement « neutre », car il a des préjugés, une sensibilité et peut porter des jugements ou manifester des antipathies. Il ne peut pas être entièrement « bienveillant » non plus, du fait même de l'acte médical qui porte atteinte à l'intimité et viole la vie privée des patients. Il n'est pas toujours patient, se met parfois en colère, peut être méfiant et ne pas comme tous les jours ce qu'il fait et ceux qu'il rencontre.

2.2.2. Qui est le médecin : identité personnelle et personnalité médicale

Si la société définit la place du médecin et les traits qui le caractérisent, le médecin développe également des croyances vis-à-vis de son activité. Il ne devient pas un médecin par hasard, ni même choisit la spécialité de médecin généraliste par hasard. Chaque médecin développe sa propre vision de la médecine et de la relation avec ses patients. Le médecin développe sa vision de son identité personnelle mais aussi de son identité professionnelle.

Concernant son identité personnelle, Balint en définit plusieurs, après avoir observé ses confrères (27): « Le médecin est une « consolation » [...], un « père

confesseur » [...], « tuteur autoritaire » [...], « savant détaché » [...], « bon parent protecteur » [...], « avocat de la vérité avant tout » [...], « autoritaire bienveillant » [...], « autorité paternelle » [...], « consciencieux, circonspect » [...], « veut que ses patients le considèrent comme un bon médecin » [...], « il a des convictions bien établies et il convertit ses patients à la doctrine psychosomatique » [...], « prudent » [...], « patient » [...], « souple » [...], « supportant tous les orages ».

L'identité médicale peut être définie comme « la manière spécifique dont chaque praticien exerce son métier, et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre de la collectivité médicale dans une société donnée » (28).

Selon le travail un travail de thèse (27), lorsque les internes décrivent « le médecin qu'ils voudraient être », on retrouve en majorité :

- d'abord l'aspect « artisan » : « Je souhaite avoir plaisir à exercer mon art »
- puis «superman» : «Je sais prendre la bonne décision au moment décisif»
- « Ikéa » : « J'améliore le quotidien des gens »
- et enfin « parent » : « j'essaie d'éduquer au mieux mes patients »

De plus, selon le même travail, lorsqu'ils sont interrogés sur leur position vis-à-vis de leurs rapports aux patients et à la relation médecin-malade, ils cotaient en moyenne leur position à 2,87 sur 5 entre les deux propositions : « 1. Je n'hésite pas à m'impliquer en tant que personne si nécessaire » et « 5. Je garde toujours la distance par rapport à ma vie professionnelle et mes patients ».

Une étude allemande réalisée en 2011 (29), s'est interrogée sur les facteurs influençant le choix de spécialité médicale de 1299 étudiants. Kiolbassa rappelle que les étudiants intéressés par la Médecine Générale sont plus souvent des femmes, plus âgés, moins intéressés par des possibilités de carrières, ils préfèrent une relation médecin-malade proche et l'argent et le prestige ne sont pas leur priorité première. Dans cette étude, ils se sont intéressés à plusieurs aspects : l'ambition personnelle, les perspectives futures, l'image de la spécialité par rapport au grand public et la conciliation vie privée/vie professionnelle. Les étudiants

souhaitant s'orienter vers la Médecine Générale considéraient plus important les aspects de « conciliation vie privée/vie professionnelle » et d'ambition personnelle, et moins important l'aspect « perspectives futures ». Par ailleurs, l'aspect professionnel « Orientation vers le patient » était considéré comme le plus important des critères de choix par rapport aux étudiants choisissant une autre spécialité. « L'ambition lié à l'emploi » était un aspect moins important pour les étudiants se destinant à la Médecine Générale.

Pour M. Winckler « *un homme devient médecin pour la gloire, l'argent, le pouvoir, parfois pour soulager l'humanité souffrante ou pour parvenir à un statut symbolique mais surtout pour soigner une souffrance symbolique dans sa vie personnelle ou familiale car soigner l'autre permet de se soigner soi-même* » (26) .

Cet équilibre entre personnalité personnelle et professionnelle a été défini par Cherniss en 1980(28), aux travers de quatre orientations :

- carriériste : recherche la reconnaissance sociale.
- égoïste : souhaite pouvoir penser à lui.
- artisan : prend plaisir dans son activité professionnelle.
- et militant : espère pouvoir faire évoluer sa profession.

On retrouve dans ces travaux l'importance de la relation médecin-malade comme attrait de la Médecine Générale dans la pratique des futurs médecins, avec cependant le souhait d'une « distance bienveillante ». Ces résultats restent toutefois biaisés, car ils correspondent à des réponses conscientes et ne prennent pas en compte les raisons inconscientes qui poussent les étudiants à devenir médecin.

2.2.3. Ses représentations de la médecine

Pour Balint, les représentations même du médecin qu'il se fait de la médecine et de la maladie, influent directement sur le type de médecine exercée. Ainsi, un médecin percevant l'aspect Evidence-Based-Medicine (la médecine par les preuves scientifiques) comme unique médecine n'exercera pas de la même manière, et ne sera donc pas le même médecin que celui issu d'un courant centré sur le patient.

C'est ce qu'il nomme la « fonction apostolique » du médecin. Elle représente l'idée que se fait le médecin de ce qu'est un bon médecin mais également ses représentations du patient malade.

Pour la définir, Balint écrit (1): *« La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Bien que cette idée soit rien que moins explicite et concrète, elle possède une immense puissance et, comme nous l'avons découvert, elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer ; de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. C'est ce que nous a suggéré ce nom de « fonction apostolique».*

La « fonction apostolique » rejoint d'une certaine manière ce que les anglo-saxons nomment le « hidden curriculum » (31): c'est l'« enseignement caché », et qui correspond aux notions implicites qui font qu'un étudiant en médecine n'apprend pas seulement la médecine, mais aussi à « être médecin ». Lors de son cursus, l'étudiant apprend les connaissances théoriques mais incorpore également dans son exercice les normes et les valeurs véhiculées implicitement par le « rôle » du médecin dans la société.

Par ailleurs, Balint ajoutera également (1): *« L'évitement de l'auto-examen et la ferveur apostolique sont, en règle générale, intriqués et se renforcent l'un l'autre. Je veux souligner une fois encore que le zèle apostolique, de même que le réconfort, n'est pas mauvais en soi ; c'est au contraire un remède très poussant aux possibilités immenses. Comme pour le réconfort, le danger du zèle apostolique, c'est qu'il est appliqué la plupart du temps massivement, sans aucune tentative de diagnostic différentiel. L'un des moyens essentiels d'améliorer la compétence psychothérapeutique du médecin est de le rendre conscient de la*

contrainte qu'exerce sur lui sa fonction apostolique et de lui permettre ainsi de ne pas la « pratiquer » automatiquement, dans tous les cas ».

Cette notion de volonté d'amélioration renvoie à une démarche volontaire de la part des médecins pour modifier leurs stratégies de réponse aux patients ou aux situations difficile. Il y a ici un parallèle entre les stratégies de *coping* du patient et les réponses faites par le médecin. Plusieurs courants s'attachent à travailler sur le *coping* du médecin. Nous avons déjà cité plusieurs fois Balint, qui en est à l'origine.

Si cette démarche est volontaire, elle est aujourd'hui dépendante de la formation du médecin, notamment postuniversitaire, et de la volonté et la capacité du médecin de se remettre en question.

2.3. Relation médecin-malade

2.3.1 Colloque singulier et modèle paternaliste

La rencontre du médecin et d'un patient forme un « Colloque singulier ». Il s'agit de la rencontre entre deux individus, le médecin et le patient, dans le but d'une relation d'aide et d'échange, librement consentie et en théorie neutre et bienveillante . Elle repose sur une confiance et une écoute mutuelle.

Classiquement, dans le modèle paternaliste, la relation médecin-patient est présentée comme une relation asymétrique : « c'est la rencontre d'une conscience et d'une confiance ». Le malade demandeur est soumis. Il présente un rôle passif. Le médecin quant à lui est détenteur de la connaissance : il se représente comme un médecin-technicien capable de guérir le malade.

Ainsi, le patient fait confiance à son médecin et remets sa santé entre ses mains. En échange, le médecin lui dicte ce qu'il doit faire. C'est lui qui prend ses décisions en son âme et conscience, pour le plus grand bien de celui qui s'en remet à lui.

Comme nous l'avons décrit précédemment, le malade et le médecin se caractérisent tout deux par des croyances leur rôle respectif. Pour Laplantine :

« Les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin » (9) .

Pour Goffman : « dans la vie quotidienne, les rôles ne sont crédibles que si on les met en scène. Il y a donc une mise en scène du rôle du médecin et du malade » (32).

De la même manière, dans un article de Fantino, Wainsten et Bungener, les auteurs partagent l'idée qu' «avec ses symptômes, un malade demande certainement au médecin-technicien de le guérir de sa maladie, mais il demande aussi d'autres choses. L'Homme malade demande soutien, réassurance, sécurité et affection ; il demande donc à son médecin une véritable relation affective et une disponibilité, compatibles avec l'exigence de neutralité qui incombe au médecin » (33) .

Par la suite, ils caractérisent la relation médecin-patient comme : « une relation fondamentalement fondée sur l'inégalité et l'asymétrie, puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et puisque sa souffrance le mobilise et le diminue.

- une relation d'attente et d'espérance mutuelle : le malade attend la guérison ou au moins le soulagement, le soignant la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- une relation où le lieu d'échange est avant tout le corps mais où la parole a sa place .
- une relation de confiance non égalitaire , impliquant la distance et l'asepsie » (33) .

Ici, il se dégage que les représentations que se fait le patient sur son médecin, influence son mode d'entrée en relation, la forme de sa demande. La rencontre nécessite donc de la part du médecin de s'adapter tant aux attentes

conscientes du patient qu'aux attentes inconscientes, y compris ses attentes de forme de relation et d'échange.

2.3.2. Modèle psychanalytique

Avec l'apparition de la psychanalyse, le concept de transfert s'est développé peu à peu. Il s'agit des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin. L'ensemble de ses désirs inconscients et de ses désirs insatisfaits vont se fixer sur la personne du médecin en ce qu'il représente, inconsciemment, une autre personne. Le malade peut ainsi répéter des situations conflictuelles qu'il a vécues dans son passé.

Face à lui, le médecin se présente également avec son vécu, qui est à la base du contre-transfert. Le contre-transfert se définit comme les réactions affectives, également conscientes ou inconscientes, qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Il peut être positif, permettant une relation médecin-malade de qualité et une action thérapeutique efficace. Il peut être en revanche également négatif, induisant l'agressivité et des frustrations excessives et ainsi être à l'origine d'un échec de la relation thérapeutique.

Même si ce modèle va plus loin dans la réflexion autour de la relation médecin-malade, il persiste comme un modèle fondé sur une asymétrie de relation, proche du modèle paternaliste.

2.3.3. Modèle actuel

Comme nous l'avons vu, le médecin est perçu comme un individu ayant des compétences dans son domaine qu'est la médecine mais également comme un confident.

Cependant on assiste aujourd'hui à un processus d'individualisation qui modifie la relation médecin-malade : le malade est moins passif, s'informe, revendique son autonomie, se comporte en « consommateur ». Le médecin est alors confronté à un malade qui lui résiste, remet en cause son expertise et donc son autorité.

La relation de confiance est donc à reconstruire : confiance du malade vis-à-vis du médecin, mais aussi confiance du médecin vis-à-vis du malade, ce qui introduit dans une relation initialement fondée sur l'asymétrie des positions, une certaine symétrie.

Certains s'interrogent d'ailleurs: cela ne conduit-il pas les médecins à privilégier la dimension relationnelle au détriment de l'expertise ? (Monique Hirschhorn, professeur de sociologie à l'université Paris Descartes).

Ainsi, la notion de décision partagée est mise en avant. Elle se décline en 3 étapes:

- l'information : présenter les bénéfices et inconvénients des différentes options en se basant sur les données de la science validée. Remise de documents informatifs.
- la délibération : aider le patient à révéler ses préférences, faire émerger ses valeurs, préciser l'impact du traitement sur le mode de vie.
- la décision : décision finale prise au cours d'un second entretien.

Et Enfin, progressivement, d'autres acteurs interviennent et viennent modifier cette relation privilégiée, comme l'assurance maladie, les médias, internet, les pouvoirs publics ou les laboratoires pharmaceutiques (26). Ce n'est plus une relation dualiste mais qui intègre l'ensemble de ces acteurs (34).

2.4. Spécificité de la relation Médecin-Malade :

Pour le Pr Rouy, médecin généraliste enseignant, la «relation médecin-malade n'est pas spécifique aux médecins généralistes. Ce serait plutôt l'exercice de la médecine générale qui n'est pas coulé dans le même moule que celui des spécialités » (35). Cette relation qui se veut contractuelle (36) a reçu une légitimation depuis la création du «médecin traitant».

Ainsi, nous allons abordés ici les particularités de l'exercice de la médecine générale, qui soulèvent des difficultés propre à cet exercice dans la relation médecin-malade.

2.4.1 L'approche bio-psycho-sociale :

L'exercice de la médecine générale se revendique une médecine dite « globale », dans une approche bio-psycho-sociale. C'est d'ailleurs un constat fait par les sociologues. Une étude (37) montre comment les généralistes qui sont en première ligne pour recevoir des troubles peu différenciés, à la limite du social et du psychologique et qui les confrontent aux limites de leurs compétences, doivent inventer des réponses et puiser dans les outils qu'ils ont à leur disposition. La difficulté des généralistes à se situer entre une approche « sanitaire » et une approche « sociale » pour certaines populations a été aussi soulignée.

Pour le Dr Rouy (35) le médecin dispose lors d'une consultation de trois outils : l'un est biotechnique, l'autre psychologique, le troisième social. Le plus souvent, les choses ne se déroulent pas de façon tranchée, chronologique, les trois outils intervenant ensemble. Il est ainsi utile que le médecin sache, à tout moment, quel est l'outil principal qu'il est en train d'utiliser.

Faut-il alors faire un tri ? Les médecins ont été éduqués à « ne pas passer à coté des choses graves ». Les symptomatologies des pathologies « fonctionnelles » peuvent être alors mise de coté ou laisser « à plus tard » devant des symptômes faisant évoquer un cancer par exemple. Mais alors, cette priorisation crée un déséquilibre entre deux secteurs d'intervention : les éléments biomédicaux/palpables/mesurables d'une part et les éléments psychologiques/environnementaux/socioculturels/relationnels d'autre part.

Le Dr Rouy constate un « double consensus surprenant : tout le monde déclare que c'est très important, et tout le monde fait comme si ça ne l'était pas vraiment. »

On comprend aisément que de cette approche bio-psycho-sociale, découle une relation médecin-malade qui sera différente de celle abordée lors d'une consultation beaucoup plus biotechnique.

2.4.2. Médecine chronique et médecine d'urgence :

Une autre particularité est liée aux types de patients pris en charge. En effet, avec les progrès et avancées des technologies et de la médecine, deux types de médecine se distinguent selon le Pr Consoli : la médecine chronique et la médecine d'urgence (38).

La médecine chronique, qui occupe une part importante de la médecine générale aujourd'hui, nécessite de développer un savoir-faire face aux maladies de longue durée et aux situations d'handicap, pour permettre aux patients de concilier soins au long cours, attitude préventive et préservation de la qualité de vie au quotidien.

Les pathologies entrant dans cette médecine chronique, nécessitent une implication du patient dans un processus de soins et sa participation active. On prendra comme exemple le diabète et l'éducation thérapeutique, les pathologies cardio-vasculaires et les mesures hygiéno-diététiques.

Cette pratique est plus hasardeuse que la médecine d'urgence. Le « consensus surprenant » souligné précédemment s'applique ici. Si l'une est encadrée par des repères, des consensus et des recommandations de bonnes pratiques, l'autre est plus inconfortable, en faisant plus largement appel à la subjectivité du médecin, sa conscience morale et de fait à ses aptitudes relationnelles, psychologiques et pédagogiques.

2.4.3. Place de la relation Médecin-Malade dans la thérapeutique :

Si la Médecine Générale aborde une relation médecin-malade particulière à sa spécialité, c'est Balint qui place cette relation comme un outil thérapeutique en soi. C'est ce qu'il nomme le « remède médecin » (1) : « *ce n'est pas uniquement la fiole*

de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris ».

Dans son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie*, il tente ainsi d'étudier « la pharmacologie du « médecin en tant que remède » .Il constate qu'« *Aucun manuel n'indique au médecin la dose qu'il doit prescrire de lui-même, ni sous quelle forme, à quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc.»*

Si cette relation peut être thérapeutique, elle nécessite un certain recul de la part du médecin sur son exercice, une autocritique et une certaine implication.

Face au patient qui investie la consultation, le médecin doit s'investir également dans cette relation pour pouvoir l'utiliser à des fins thérapeutiques. C'est ce que Balint nomme la compagnie d'investissement mutuel (1) : « *La relation médecin patient dans la pratique générale est conditionnée par les liens souvent anciens et intimes qui se créent entre les partenaires. [...] Il est très difficile de décrire cette relation en termes psychologiques. Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation. Nous l'avons dénommée – faute d'un terme meilleur – une « compagnie d'investissement mutuel »... Nous entendons par là que l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, que le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son médecin. »*

L'essence de cette « *relation omnipraticien-patient réside dans sa continuité, et tout traitement, en particulier tout traitement réussi, devrait représenter un accroissement nouveau et considérable du capital commun de la compagnie d'investissement mutuel. [...] Rompre définitivement les relations patient et médecin après la réussite d'un traitement revient à liquider la compagnie d'investissement mutuel avec perte à peu près complète de son capital et appauvrissement considérable des deux partenaires ».*

Plus récemment, Louis Velluet a décrit trois espaces afin de donner un cadre conceptuel à la relation médecin-malade comme outil thérapeutique en Médecine Générale (39) .

Le premier espace ou le champ primitif est un cadre protecteur : c'est le lieu de la régression et du transfert. Le patient projette sur le médecin une image parentale rassurante. Par son écoute attentive, le médecin va permettre une verbalisation des craintes et angoisses du patient et ainsi permettre une mise à distance de la souffrance. Cela pose d'emblée pour le thérapeute la question de la distance ni trop proche ni trop éloignée qu'il doit maintenir avec lui lorsque le transfert fonctionne.

Le deuxième espace ou l'espace transitionnel est le temps où se développent les capacités de distances et de réflexion du patient. La position du médecin est celle d'une « instance de type parentale » et est un soutenant plus qu'un contenant. C'est un espace de négociation et de mobilité dans lequel patient et médecin inventent à deux une façon de communiquer. Cet espace offre au patient la possibilité d'une élaboration autour de sa souffrance.

Le troisième espace ou le champ de l'autonomisation est l'espace où l'élaboration devient active. Le médecin facilite l'émergence du sens à partir des symptômes et affects du patient. C'est un accompagnement dynamique. Le malade devient ainsi l'artisan de sa vie et le médecin reste son référent incarnant les représentations culturelles, sociales de son monde.

Cela nécessite des capacités d'adaptation du médecin pour pouvoir passer d'un espace à l'autre selon les besoins et la personnalité du patient.

2.5. Synthèse :

Nous avons vu que la maladie est une rupture avec un état antérieur, un processus psychique dynamique, fluctuant en fonction de l'individu et du moment dans sa vie. En réponse, nous avons également vu que la guérison doit être un processus dynamique. Les phénomènes en jeu chez le patient peuvent être

conscient ou inconscients, tant dans l'élaboration de la maladie (« sa » maladie) que dans le processus de guérison. Ces phénomènes sont complexes.

Toute l'importance est alors donnée aux connaissances nécessaires du médecin sur ces phénomènes, ou du moins le médecin doit il être en mesure de les entendre et de réagir de manière appropriée.

De la même manière, nous avons vu que le médecin développe des croyances sur son rôle et son exercice en tant que soignant. Ces croyances peuvent être conscientes ou inconscientes. Il développe également plusieurs mécanismes de réponses à la demande du patient. Il est important pour le médecin d'identifier ses propres émotions et ses mécanismes de réponses afin de pouvoir les travailler : un travail sur son « identité médicale » lui permet d'aborder au mieux la relation médecin-patient.

Nous avons pu observer que s'il la relation médecin-malade peut être au cœur de la prise en charge thérapeutique, c'est d'avantage vrai en Médecine Générale, où la demande n'est pas toujours « bio-médicale ».

Ainsi, travailler sur la relation médecin-malade apparaît comme allant de soi dans le domaine de la Médecine Générale. Nous avons également vu apparaître régulièrement le terme « d'empathie » dans les différents aspects de cette relation. Nous allons donc aborder comment celle-ci se situe dans cette relation.

3. L'empathie :

3.1. Généralités :

Depuis plus de 200 ans, les philosophes s'interrogent sur les expériences émotionnelles pour chaque individu et dans leurs relations inter-individus.

Ainsi le concept d'empathie n'est pas récent. Le terme « Empathie » en revanche apparaît au cours du XIXème siècle sous le terme allemand *Einfühlung* (littéralement « ressenti de l'intérieur ») par le philosophe Robert Vischer (1847-1933), pour décrire l'empathie « esthétique ». Pour ce philosophe, l'empathie est le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

Ce n'est qu'avec le philosophe Théodore Lipps qu'apparaît la dimension affective et de l'individu (40) . Elle est alors définie comme le mécanisme par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur. Le concept d'empathie sera par la suite repris dans de nombreux domaines : philosophie, psychologie, psychiatrie, neuroscience, etc..

Qu'est devenu ce concept aujourd'hui ? Le Petit Robert donne comme définition: « Faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir de ce qu'il ressent ».

Cette définition est assez simple. Cependant, de plus en plus d'auteurs, dans différents domaines se sont intéressés à ce concept. En effet, une recherche dans PubMed avec le mot-clé « empathy » seul nous montre 13 229 publications dont 10 685 ces vingt dernières années. D'autant que nous devons garder à l'esprit que PubMed regroupe essentiellement le domaine de la Santé. L'empathie intéresse également les philosophes, les psychologues mais également l'économie et le commerce.

Nous allons ainsi essayer de détailler le concept de l'empathie vue par les psychologues. Ces derniers en ont authentifié plusieurs dimensions. Puis, nous aborderons l'empathie au travers de la médecine et notamment de la médecine

générale et ses implications dans la relation médecin-malade au travers de l'empathie clinique.

3.2. Empathie dans le domaine de la psychologie :

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

Nous abordons ici le concept multidimensionnel de l'empathie et quelques phénomènes explicatifs.

3.2.1. Construit uni ou multidimensionnel ?

L'empathie, dans ses premières définitions, était un concept qui relevait de l'émotion et du vécu intuitif de l'autre. Les travaux de Mead et Piaget (1932) mettent en évidence une dimension cognitive et ainsi un concept multidimensionnel.

Cette séparation est à l'origine de deux grands courants de recherche distinguant l'empathie affective et émotionnelle.

L'empathie cognitive peut être défini comme le fait de comprendre les émotions des autres. Pour Hogan, le concept d'empathie se définit par « *the intellectual or imaginative apprehension of another's condition or state of mind [...] an empathic disposition can be regarded as the capacity to adopt a broad moral perspective, that is, to take "the moral point of view"* » (41).

L'empathie affective peut être défini comme la réaction émotionnelle en réponse aux émotions de l'autre. Pour Merhabian et Epstein, « *empathy was defined as a vicarious emotional response to the perceived emotional experiences* » (42). Il n'y a pas ici de phénomène de compréhension et il s'agit peut être plus d'un mécanisme intuitif.

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

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

La deuxième définition de l'empathie en tant qu'attitude orientée vers le bien d'autrui s'inscrit davantage dans les mécanismes altruistes, particulièrement évolués de l'espèce humaine, pouvant être dirigés vers des proches, des non proches mais aussi envers d'autres espèces » (43).

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

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

Ceci illustre l'aspect complexe et multidimensionnel (et certainement pas une simple résonance émotionnelle) de l'empathie. »(44)

Ceci rejoint ses propos suggérant que l'empathie repose sur deux composants majeurs qui interagissent pour créer l'empathie :

- une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes son Comme nous » : « *un composant de résonance motrice*

dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel » (45)

- et 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 » (45).*

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

3.2.2. Tendances actuelles :

D'après une revue de la littérature récente (46) , (l'empathie était fréquemment définie sur la base de ces quatre éléments:

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

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

On retrouve l'ensemble de ces dimensions dans cette définition :

« Definition of empathy, understanding or appreciating how someone else feels, expanded in the clinical context to include emotive, moral, cognitive, and behavioral dimensions (1). emotive, the ability to imagine patients' emotions and perspectives; (2) moral, the physician's internal motivation to empathize; (3) cognitive, the intellectual ability to identify and understand patients' emotions and perspectives; and (4) behavioral, the ability to convey understanding of those emotions and perspectives back to the patient.[...]emotional engagement, not just intellectual understanding, is crucial for effective empathy » (47).

C'est à dire : « Définition de l'empathie est : la compréhension ou appréciation de la façon dont quelqu'un se sent bien, élargi dans le contexte

clinique pour inclure émotif , moral , cognitif et dimensions comportementales .
émotive , la capacité d'imaginer les émotions et les perspectives des patients; (Moral, la motivation interne du médecin de l'empathie ; cognitive , la capacité intellectuelle d' identifier et de comprendre les émotions et les perspectives des patients; . Et comportementale , la capacité de transmettre la compréhension de ces émotions et les perspectives de retour au patient [...] l'engagement émotionnel , pas juste compréhension intellectuelle , est crucial pour l'empathie efficace » .

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

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

Ø De la sympathie, notamment dans la définition de Hojat qui lui attribuait le caractère affectif, par distinction avec une empathie uniquement cognitive : « *This definition distinguishes not only the concept of empathy (as a cognitive attribute) from sympathy (as an emotional or affective attribute)* » (48) .

D'autres mettent en garde contre la possible confusion entre empathie et sympathie (49,50).

Ø De la contagion émotionnelle : « *Although clinical empathy does not promote emotional contagion, there are emotional aspects to the clinical empathy experience* » (51).

Ainsi, nous reprendrons ici les mots du Dr Sicard, dans sa thèse « L'Empathie en psychiatrie : théories et pratiques » (52), qui résume l'analyse de différentes définitions de l'empathie : « Les discours sur l'empathie définissent à la fois la notion telle qu'elle est théorisée, le ou les phénomène(s) tels qu'ils sont expérimentés et la valeur ou les résultats /effets qui leur sont attribués. Le dégagement de ces niveaux peut paraître relever de l'artifice, un phénomène ne pouvant être pensé indépendamment de la notion et des valeurs qui lui sont attribuées. Cependant, cette distinction clarifie l'analyse et rend compte de la

diversité des propos sur l'empathie, issus d'une différenciation ou d'une condensation de ces niveaux ».

3.2.3. Phénomènes explicatifs :

Les quatre éléments de définition sont fréquemment explicités par les phénomènes pratiques qu'ils impliquent (46).

Ainsi, l'empathie cognitive passe par une compréhension de l'expérience du patient : ses pensées, sentiments, représentations, actes.

Une des bases de cette compréhension est l'imagination, comme mécanisme émotionnel, comme base du traitement cognitif de l'empathie, ou comme un tout. On trouve également dans les différentes définitions l'idée de se mettre à la place du patient.

Cette compréhension est également parfois remplacée par une conscience.

Plusieurs travaux suggèrent une dimension de résonance. L'implication d'une sensibilité apparaît également.

La composante de mise en action de l'empathie est également soulignée par certains, que ce soit par le fait de refléter, transmettre au patient notre compréhension ou par le fait d'agir de façon thérapeutique.

Enfin, plusieurs auteurs rapportent dans leur définition le processus de différenciation entre soi et autrui dans leur définition.

3.3. Empathie et relation médecin-malade : empathie clinique

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

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

man». c'est-à-dire qu'il est aussi important de savoir quel genre d'homme a la maladie , comme il est de savoir quel type de maladie a l'homme .

On essaye dans cette partie comme l'empathie s'intègre dans la relation médecin-patient, en s'intéressant aux premiers travaux sur ce thème, ceux de Carl Roger, puis de manière plus récente.

3.3.1. Carl Rogers et l'Approche Centrée sur la Personne :

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

Cette méthode propose une relation thérapeutique singulière qui se base sur une hypothèse principale : « Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire il peut puiser dans ces ressources pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer» (53). Le thérapeute est présent afin d'aider l'individu dans sa démarche et de favoriser ce climat.

Il existe selon Carl Rogers trois conditions « facilitatrices »:

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

Ainsi, selon Car Rogers, « l'état d'empathie, ou la qualité d'être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on

était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le "comme si"» (53) .
Ce « comme si » permet ainsi de ne pas confondre empathie et identification.

3.3.2. Tendances actuelles :

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

Pour Hojat, on ne peut étudier l'empathie dans la relation médecin-patient, l'empathie « clinique », que si l'on s'accorde sur sa définition. Selon elle, l'empathie clinique se définit ainsi : « Empathy is predominantly *cognitive* (rather than emotional) attribute that involves an *understanding* (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to *communicate* this understanding » (54) , c'est-à-dire que l'empathie est principalement cognitive (plutôt que émotionnel) attribut qui implique une compréhension (plutôt que de sentiment) d'expériences, préoccupations et perspectives du patient , associée à une capacité à communiquer compréhension.

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

Si pour Hojat, l'empathie du soignant, « clinique » est indispensable à la relation médecin-malade, tout le monde n'est pas du même avis. Citons notamment Landau qui pense que l'empathie n'est pas utile voire dangereuse (55) .

Vannotti dégage (56) deux conceptions qui s'opposent dans la définition du rôle du médecin :

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

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

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

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

En fait, toujours selon Vannoti (56) , le dialogue entre soignant et soigné devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique.

Un paradigme intégratif a dès lors été proposé pour la pratique médicale (57):

« Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie, d'une part, empathie et humanisme, d'autre part. Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre » ».

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

Bien que partenaires dans cette relation, le médecin et le patient n'ont pas les mêmes rôles ; c'est en effet au médecin que revient la responsabilité, à chaque phase de la consultation, d'articuler :

- les aspects techniques de la pratique médicale,

- la gestion de la relation, et notamment des phénomènes empathiques contribuant à la connaissance de l'autre.

Ainsi, l'empathie tient une place centrale dans relation médecin-patient. Comme le soulignait Maxwell : « les médecins de soins primaires doivent faire l'effort d'être en empathie avec leurs patients en le considérant comme une responsabilité professionnelle » (58).

3.4. Empathie en médecine générale :

Pour le Pr Consoli (38), l'attitude empathique revêt une des composantes de la bonne « distance » à adopter face à un patient en consultation: « se sentir suffisamment proche, mais pas trop, du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend, tout en restant « chacun à sa place » ». Il distingue l'empathie de la sympathie (être avec dans l'émotion) et de l'identification ou de la compassion (souffrir avec).

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

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

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

La notion de distance exprimée ici par le Pr Consoli nous renvoie à la question de distinction entre empathie et compassion. Pour L. Velluet : « *Compassion et empathie sont deux termes très souvent associés dans les écrits ou*

les discours alors qu'ils désignent des états psychiques très différents. [...] Souffrir avec quelqu'un n'a jamais soulagé personne. Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre» (12).

Il poursuivra par ailleurs par : *« les deux états peuvent se succéder dans le temps, ceci dans n'importe quel ordre, et qu'ils sont parfois très intriqués.»*

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

Ainsi, pour le Pr Honorat (59), l'écoute du médecin doit être signifiée au patient, de manière explicite ou non. L'équilibre doit alors être trouvé entre une écoute trop « intrusive » ou « impliquante » et une écoute trop distante. La relation empathique est pour le Pr Honorat cet équilibre, c'est la relation « qui nous permet de comprendre, jusqu'à un certain point le sens des actions d'autrui, même lorsque nous pensons que nous aurions agi différemment ou que d'autres façons de penser ou d'agir auraient été envisageables.»

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

Vannotti décrit d'ailleurs que « l'empathie désigne encore, de façon plus pointue, l'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge chez l'un ou l'autre des interlocuteurs. Il s'agit le plus souvent d'un moment imprévisible et imprévu. [...] Il importe alors, [...] que le médecin parvienne à saisir ces « moments présents » où émerge, chez le patient, une émotion significative, et qu'il cherche à en faire un « moment de rencontre »» (56).

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

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

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

Il existe deux conférences de consensus sur la communication médecin-patient (46). Tenue en 1991, la conférence de consensus de Toronto s'ouvrait sur ce constat : «*Une communication efficace entre le médecin et son patient est un élément essentiel de la pratique médicale qui ne peut être délégué* » (60).

Sans référence directe à l'empathie, ils mentionnent des points importants pour qu'une relation médecin-patient soit thérapeutique :

- Permettre aux patients d'exprimer leurs inquiétudes sans être interrompus,
- Se mettre d'accord sur la nature et la gravité du problème ;
- Reconnaître et discuter des problèmes et préoccupations des patients, y compris lorsque leur résolution est impossible ou hors du ressort du médecin.

En 1999, la conférence de consensus de Kalamazoo a réuni des médecins experts de différents modèles de communication dont l'approche centrée sur le patient (61) .

Ils ont construit un modèle commun présentant les principales caractéristiques d'une communication médecin-patient efficace, quel que soit le contexte de la consultation. Il y est recommandé de s'adresser au patient d'une manière empathique, sans grande précision.

3.5. Synthèse :

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

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

4. Evaluation de l'empathie :

Après avoir défini le concept d'empathie et ses implications dans la relation médecin-patient, nous allons ici aborder la question de mesure de l'empathie. L'empathie est une notion subjective, et en ce sens sa mesure apparaît en premier lieu difficilement mesurable : peut-on mesurer ce qui est subjectif ?

Pour Bruno Falissard, psychiatre enseignant chercheur : « nombreux sont, en effet, ceux qui s'interrogent sur la légitimité de ce type d'évaluation : il s'agit, en effet, de mesures exclusivement subjectives et non objectives comme on en a l'habitude. Dès lors se pose bien la question d'envisager de réaliser un travail scientifique portant sur l'évaluation de telles caractéristiques» (62).

« Finalement, les mesures subjectives apparaîtraient ainsi plus fragiles non pas à cause de leur médiocre fiabilité, mais plutôt du fait de l'incomplétude des théories de la subjectivité dont nous disposons aujourd'hui» (63).

Détaillons ici les principales échelles d'empathie existantes.

4.2. Les premières échelles :

4.1.1. Questionnaire Measure of Emotional Empathy :

Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) a été développé par Mehrabian et Epstein en 1972 (42) . Cette échelle mesure l'aspect affectif de l'empathie. Elle se compose de 33 items qui sont divisés en sept sous-échelles: la susceptibilité à la contagion émotionnelle, la tendance à être touché par les expériences négatives des autres, la tendance à être touché par les expériences positives des autres, la réaction émotionnelle extrême, la tendance sympathique, la bonne volonté à être en contact avec des personnes ayant des problèmes ainsi que la sensibilité aux autres et aux sentiments non familiaux.

Selon Mehrabian et Epstein, cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques. De plus, certains auteurs (64) ont obtenu des critères de fidélité appréciables, telle que la consistance interne de l'échelle. Toutefois, il n'en a pas

été ainsi pour Dillard et Hunter (65) qui, par conséquent, se questionnent sérieusement sur la validité de cet instrument de mesure.

4.1.2. Empathy Scale d'Hogan :

Cette échelle fut construite par Hogan en 1969 (41) . Cet instrument de 64 items mesure l'habileté à prendre le point de vue d'une autre personne. Donc, il réfère à l'aspect cognitif de l'empathie. Hogan a conduit plusieurs recherches afin de tester la fidélité et la validité de cet instrument. Les différents résultats obtenus montrent qu'il répond adéquatement aux normes exigées en matière de fidélité et de validité.

Cependant, des auteurs tels Cross and Sharpley (66) ont obtenu un coefficient de fidélité 0,60 qu'ils considèrent moins satisfaisant étant donné que 30 des items de l'instrument ne sont pas corrélés avec le score total et que 13 items corrèlent négativement avec ce score total. Plusieurs études ont tout de même examiné les relations entre cet instrument et des variables de personnalité, telles l'anxiété, le lieu de contrôle, l'autonomie et la socialisation (64) . D'autres recherches ont été effectuées afin de définir le lien entre cette mesure d'empathie et la moralité ou encore pour prédire le comportement dans plusieurs situations.

Il est à noter que ces deux échelles ont été conçues pour une mesure en population générale. Ainsi, comme le souligne Hojat (54) , les indications d'un tel questionnaire dans un contexte médical est limité. D'autre part, ces échelles ne prennent pas en compte l'aspect multidimensionnel, se limitant à la mesure d'une dimension affective ou cognitive.

4.2. Interpersonal Reactivity Index (IRI):

L'IRI est l'échelle de mesure développée par Davis (67) qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie. Cet instrument a comme postulat de base que l'empathie est composée de plusieurs construits indépendants mais tous reliés les uns aux autres.

Cet instrument comprend 28 items séparés en 4 sous-échelles.

La première sous-échelle intitulée « adaptation contextuelle » (traduction de perspective-taking) mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours.

La seconde sous-échelle se nomme « souci empathique » (traduction d'empathie concern) et mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance.

La troisième sous-échelle, nommée « détresse personnelle » (traduction de personal distress) évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.

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

Selon une étude effectuée par Davis (67), ces quatre sous échelles sont corrélées aux deux mesures d'empathie décrites précédemment soit l'Échelle d'empathie de Hogan et l'Emotional Empathy Questionnaire de Mehrabian et Epstein. Plus spécifiquement, il semble que la sous-échelle adaptation contextuelle est plus fortement reliée à la mesure de Hogan plutôt qu'à celle de Mehrabian et Epstein. Ce lien vient en quelque sorte supporter l'idée que ces deux échelles (sous-échelle « adaptation contextuelle » et le test de Hogan) correspondent à l'aspect plus cognitif de l'empathie.

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

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

4.3. Jefferson Scale of Physician Empathy :

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

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

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

- « perspective taking » : ou prise de perspective (PP) c'est savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchi, explorant plutôt l'aspect cognitif.
- « compassionate care » : ou notamment la compréhension émotionnelle (CC) c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches.
- « the ability to stand in the patient shoes » : capacité de se mettre à la place du Patient Sips , peut-être plus automatique.

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger , Stoddart et Lilford 2007) (49).

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

Dans une étude de 2005 (69) , la JSPE a été comparée à l'IRI. 96 étudiants ont rempli les deux questionnaires. Une corrélation significative entre les deux scores a été trouvée surtout sur les sous échelles « empathic concern » et « perspective taking », plus en adéquation avec le contexte de soin. Par contre, il y a peu de relation entre la JSPE et la sous-échelle « fantasy scale » et pas du tout avec la sous-échelle « personal distress ».

4.4. Quelle échelle utilisée ?

Il existe bien d'autres échelles de mesure de l'empathie : la TEQ, la BEES, l'échelle CARE, etc... Notons ici que nous n'avons pas décrit la Toronto Empathy Questionnaire (TEQ). Il s'agit d'une échelle de 16 items, de validation récente (70). Elle mesure de manière plus spécifiquement l'empathie affective.

Notre description des échelles n'est pas ici exhaustive car ce n'est pas le but de notre travail. En revanche, à travers ces descriptions, nous comprenons que l'utilisation d'une échelle dépend de manière étroite de la question posée. Ainsi, selon la population d'étude, l'échelle utilisée sera différente.

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

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

5. Déterminants de l'empathie :

5.1. Constat d'un manque :

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

Le consensus de Toronto de 1991 pointait les insuffisances constatées dans la communication médecin-patient : interruption trop rapide des patients, absence d'entente sur le motif de consultation, manque de reconnaissance des préoccupations du patient (60).

En 1997, une équipe de médecins a évalué l'utilisation – ou non– d'une communication empathique dans des consultations de soins primaires (71) .Les signaux directs ou indirects émis par le patient concernant leurs émotions et préoccupations ont été appelés « opportunités empathiques ». Dans la plupart des cas ils restaient inexplorés par le médecin, conduisant à une insistance du patient sur ce sujet ou à sa « fermeture » au détriment de l'écoute.

En reprenant cette méthodologie dix ans après, une autre étude en oncologie a constaté que seulement le dixième de ces opportunités étaient reconnues et engageaient une réponse du médecin (72) .

Ce manque d'expression d'empathie a suscité de nombreux commentaires et tentatives d'explications. Il peut y avoir de nombreuses raisons expliquant ces résultats, d'un évitement conscient par peur de perdre leur objectivité à la croyance que cela prend trop de temps, mais la plus évidente de ces raisons est que « peut-être juste ne savent-ils pas comment répondre ? »(46).

Dans un article de 2009 (50), Neumann a synthétisé nos connaissances sur l'empathie dans la relation médecin-malade (figure 1). Cette synthèse nous permet de comprendre l'état actuel de nos connaissances et les aspects qui sont encore à approfondir.

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

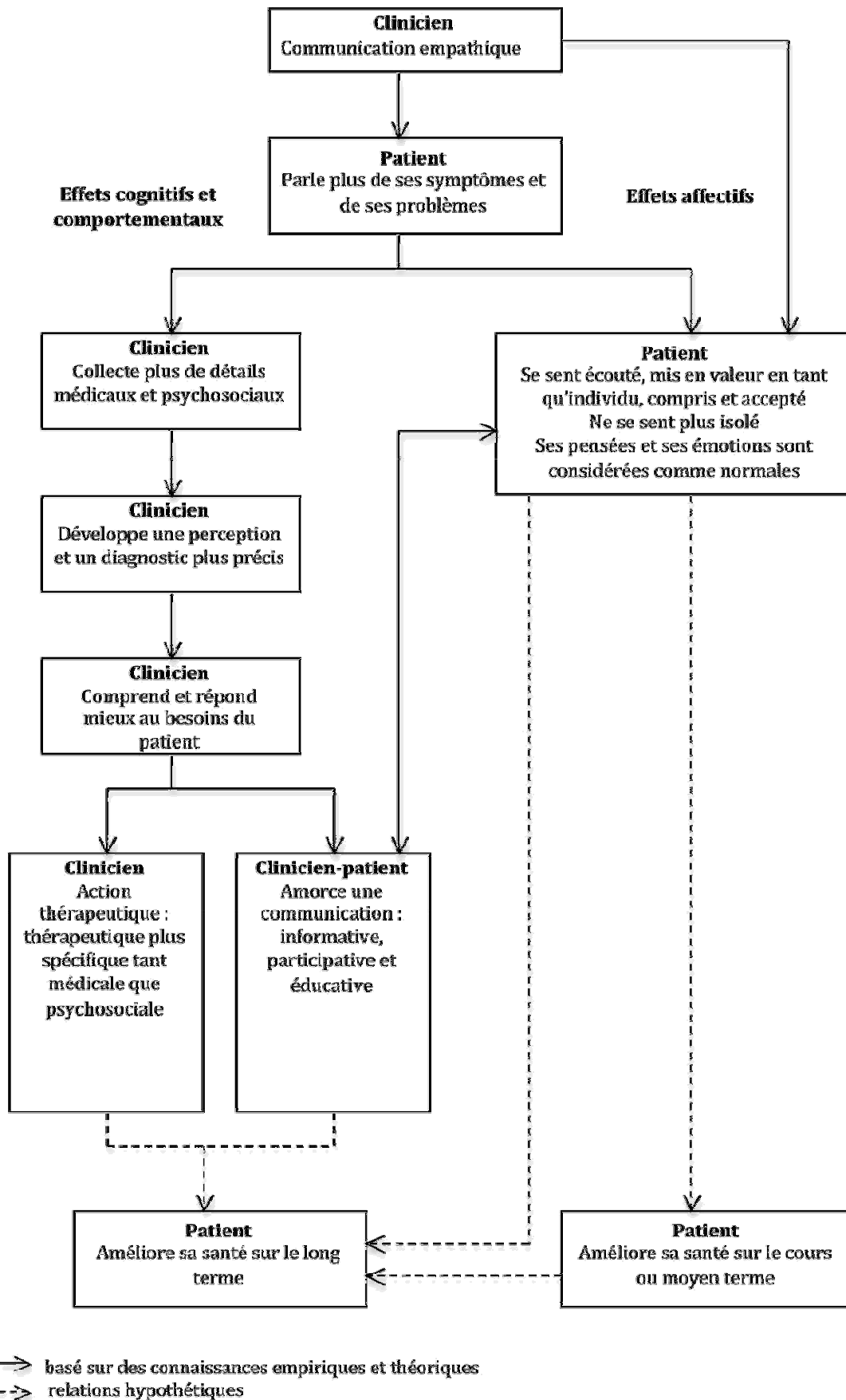


Figure A. Modèle de l'effet d'une communication empathique

5.2. Critères sociodémographiques :

Dans de nombreuses études, Hojat a étudié si l'empathie clinique variait avec le sexe ou la spécialité des médecins. Il s'est servi pour cela de l'échelle JSPE. Elle a d'abord montré aux Etats-Unis (73) que les femmes obtenaient un meilleur score que les hommes ($p=0,08$). Elle a ensuite effectué la même étude au Japon (74) avec le même résultat ($p=0,02$), puis en Italie (75) qui retrouvait la même tendance mais la différence n'était pas significative ($p=0,17$). Elle a également montré dans ces études une tendance à différencier les scores d'empathie selon la spécialité. Elle n'a par contre trouvé aucune différence significative en fonction de l'âge.

Carmel s'est lui intéressé aux critères sociodémographiques des médecins hospitaliers Israéliens (76). Il ne retrouve pas de différence significative d'empathie en fonction du statut marital, du nombre d'enfants, du pays d'origine ou du sexe. En revanche, il constate que le médecin plus empathique est plus jeune ($p<0,05$) et exerce depuis moins longtemps ($p=0,06$).

5.3. Pratique des médecins :

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

H. Lin s'est penché sur la différence d'empathie selon la pratique du médecin (77), en cabinet de groupe ou en cabinet seul. L'auteur a pour cela comparé la satisfaction des patients et leur perception de qualité des soins. Il retrouve ainsi une meilleure satisfaction des patients pour les médecins exerçant en groupe ($p<0,05$).

Shanafelt s'est intéressé à l'association empathie et bien-être du médecin, chez des internes (78). Il retrouve une association significative avec $p=0,02$ pour les femmes et $p=0,05$ pour les hommes.

Par ailleurs, Shanafelt s'est également intéressé au « professionnalisme médical » (79). Il le définit comme une qualité qui demande intégrité, honnêteté,

compassion, un engagement pour actualiser ses connaissances, la capacité de communiquer de manière efficace avec les patients et de respecter leur autonomie. Il ajoute que l'empathie est également une qualité participant au professionnalisme médical. Ainsi, il s'intéresse au professionnalisme dans sa globalité, sans uniquement se focaliser sur l'empathie. Pour Shanafelt, ce professionnalisme résulte de facteurs personnels, issus de la formation du médecin, de ses expériences mais également de ses traits de caractère et ses compétences personnelles et de facteurs environnementaux, comme le montre « la figure 2 » . Nous pouvons observer que le bien-être du médecin est un des facteurs personnel influençant le professionnalisme. Par ailleurs, pour Shanafelt, les médecins ne savent pas repérer le lien qui existe entre le bien-être personnel et les soins qu'ils dispensent.

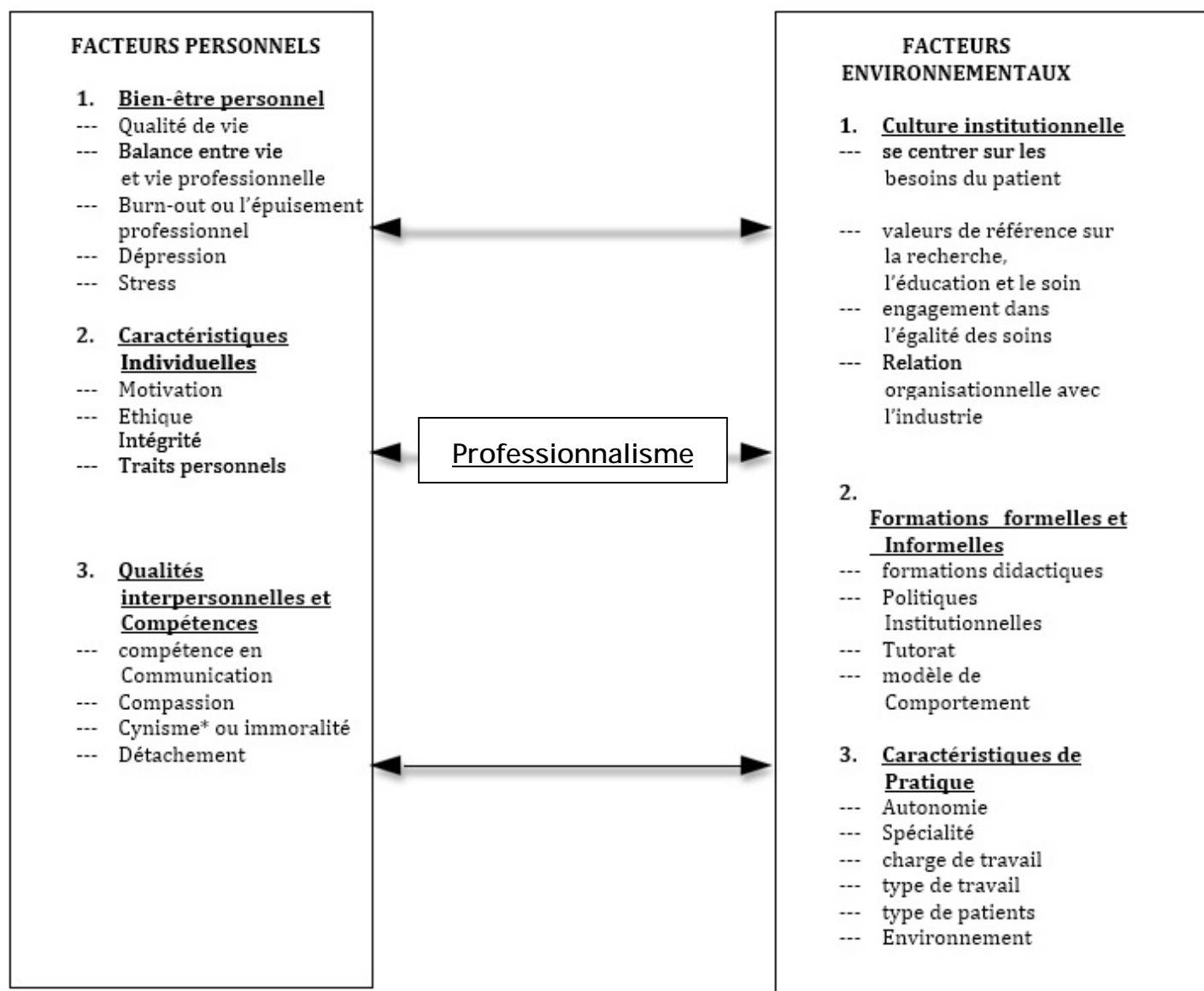


Figure B. Modèle des facteurs personnels et environnementaux contribuant au professionnalisme médical (79) :

Nous pouvons constater que l'épanouissement personnel joue un rôle non négligeable dans l'élaboration du professionnalisme du médecin, et ainsi de son empathie.

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

6. Notre Etude :

I /Introduction :

Il est difficile à définir l'empathie ,et sa définition varie d'un milieu à l'autre .L'empathie est un élément essentiel dans la pratique médicale , elle s'agit de l'instauration d'une relation positive entre le médecin et le malade.

L'empathie et la communication efficace augmentent la satisfaction des patients , et leurs confiances et par conséquent augmentent la capacité des médecins à diagnostiquer et à traiter leurs patients.

Ce travail s'inscrit dans la continuité des études qui visent à mettre en évidence le degré de précision avec laquelle les médecins comprennent le point de vue de leurs patients.

Devant ce constat, on a dirigé vers une mesure de l'empathie des étudiants et cliniciens, et ce, en s'inspirant des travaux d'Hojat, avec l'idée de trouver des pistes utiles de formations pour les médecins. Une proposition de sujet de thèse nous a été offerte, et bien que hésitant initialement sur nos capacités en tant qu'étudiant , interne puis résident , c'est mon intérêt pour mettre en évidence la place privilégiée de l'empathie dans la relation médecin-malade qui m'a aider à franchir le pas.

Ma thèse présente donc une étude quantitative analytique des caractéristiques de l'empathie et ses facteurs influençant elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères sociodémographiques (âge, sexe, statut professionnel et marital , etc.)ainsi que l'évolution des choses en tant qu'étudiant ,interne et résident.

I-1 . Problématiques :

Mon projet de thèse part de la constatation abordée dans la première partie:

L'empathie est un élément fondamental de la relation médecin-patient , Il s'agit d'une composante indispensable au soin.

Ma thèse présente donc une étude quantitative analytique des caractéristiques et des pratiques des étudiants de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Fès et des médecins Internes et Résidents au sein du CHU Hassan II de Fès.

Elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères sociodémographiques (âge, sexe, nature de la spécialité, confort dans le travail, transport etc.).

Notre objectif principal est donc définir des déterminants de l'empathie clinique des médecins internes et résidents.

Nos objectifs secondaires sont d'une part, savoir si les formations existantes modifient l'empathie, et d'autre part, savoir si la pratique des médecins varie avec l'empathie.

Pour répondre à ces questions, nous avons étudié trois types de variables différentes : les variables sociodémographiques, les variables relatives à la formation et celles relatives à la pratique des médecins.

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

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

2/ Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au sein du CHU Hassan II de Fès et à la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès durant l'année universitaire 2015-2016.

2.1. Population ciblée :

Nous avons effectué un recrutement prospectif auprès de plus de 600 étudiants en médecine de la 3^{ème} à la 6^{ème} Année soit au cours des cours magistraux ou dans des services de médecine et de chirurgie après l'accord des chefs des services et 300 médecins internes et résidents affectés soit aux services de médecine soit de chirurgie du CHU Hassan II de Fès.

Ce recrutement a été réalisé grâce à un échantillonnage de convenance.

a-Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude les étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} Année en stage hospitalier au sein des services cliniques et à la faculté de Médecine et les médecins internes et résidents de CHU Hassan II de Fès.

b-Critères d'exclusion :

Les étudiants et les médecins exclus de l'étude sont ceux qui n'ont pas acceptés de remplir le questionnaire .

2.2. Instruments de mesure :

a- Le Questionnaire :

Nous avons établi un questionnaire anonyme précisant les données suivantes :

a1/ Les données socio-démographiques :

Ces données incluent l'âge, le sexe, le niveau d'étude , le statut matrimonial et le nombre d'enfants , le statut professionnel , déménagement , souhait des études médicales , transport et logement.

b- Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie du médecin :

Afin de centrer la mesure sur l'empathie cognitive dans un contexte de soins, Hojat a construit cet outil, la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE),

spécifiquement pour les soignants, avec des questions reprenant des thèmes médicaux . Comme nous l'avons déjà souligné, pour Hojat, la dimension cognitive est primordiale dans l'empathie clinique.

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

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

- « perspective taking » : ou prise de perspective (PP) c'est savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchi, explorant plutôt l'aspect cognitif.
- « compassionate care » : ou notamment la compréhension émotionnelle (CC) c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches.
- « the ability to stand in the patient shoes » : capacité de se mettre à la place du Patient Sips , peut-être plus automatique.

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger , Stoddart et Lilford 2007) (49).

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

Dans une étude de 2005 (69) , la JSPE a été comparée à l'IRI. 96 étudiants ont rempli les deux questionnaires. Une corrélation significative entre les deux scores a été trouvée surtout sur les sous-échelles « empathic concern » et « perspective taking », plus en adéquation avec le contexte de soin. Par contre, il y a peu de relation entre la JSPE et la sous-échelle « fantasy scale » et pas du tout avec la sous-échelle « personal distress ».

L'adaptation française du Jefferson Scale Physician Empathy

Ce questionnaire est constitué 20 items représentant différentes attitudes ou postures empathiques. Les participants doivent indiquer sur une échelle de Likert (de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout-à-fait d'accord ») à quels points ils sont en accord avec l'item. Chaque participant obtient donc un score de 20 à 140, corrélé à un degré croissant d'empathie. La version française JSPE-Fr suggère une échelle à 3 facteurs :

« Prise de Perspective » (PP), « Compréhension émotionnelle » (CC) et « Se mettre à la place du patient » (SipS). La structure dimensionnelle du questionnaire ne permet pas l'étude du score globale. Les items se répartissent de la façon suivante : « Prise de Perspective » : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20 ; « Compréhension émotionnelle » : items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 ; et « Se mettre à la place du patient » : items 3 et 6.

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle suivante.

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

2.3.Consentement et aspect éthique :

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

Un consentement verbal était suffisant pour démarrer l'étude.

Un avis favorable a été obtenu auprès du comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

2.4. Logistique :

Nous avons eu recours à des enquêteurs qui sont des médecins internes et résidents du service de psychiatrie CHU HASSAN II de Fès.

La passation des questionnaires dans les services hospitaliers du CHU HASSAN II de Fès dont les chefs de services ont accordé la participation de leurs étudiants pour les 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année au cours de l'année 2014 et en 2015 pour les médecins internes et résidents du CHU Hassan II de Fès.

Les médecins enquêteurs ont expliqué aux étudiants et aux médecins internes et résidents l'intérêt et le but de l'étude et ont laissé le temps pour poser des éventuelles questions avant et au cours de la passation. Ils ont remis à ceux d'entre eux qui ont consenti à participer à l'enquête le questionnaire à remplir en respectant l'anonymat.

2.5. 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 ou médiane et quartiles, 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 variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

7. RESULTATS :

I/ Les résultats concernant les étudiants :

A/ Etude Descriptive :

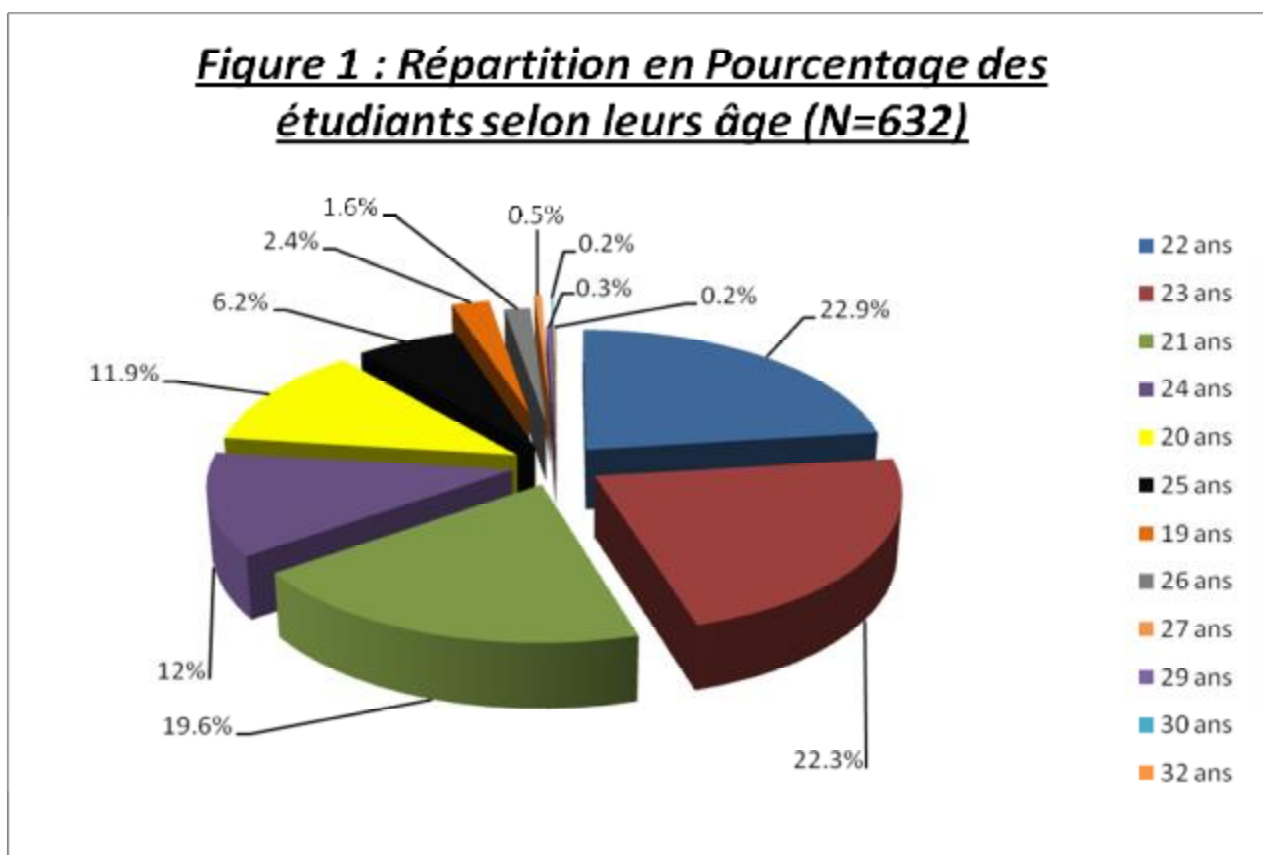
Au terme de notre étude, aucun refus de consentement n'a été déclaré et sur un total de 632 questionnaires distribués, les 632 ont été retenus pour analyse.

1/ Données socio-démographiques :

a/ Age :

Dans notre étude les étudiants sont répartis comme suit (Figure1).

L'âge moyen des étudiants était de 22 +/- 1.7 avec des extrêmes allant de 19 à 32 ans .



b/ sexe :

Dans notre échantillon, on a eu une prédominance du sexe féminin (63%) par rapport au sexe masculin (37%).

Le sexe ratio (H/F) était de 0.58 (Figure 2).

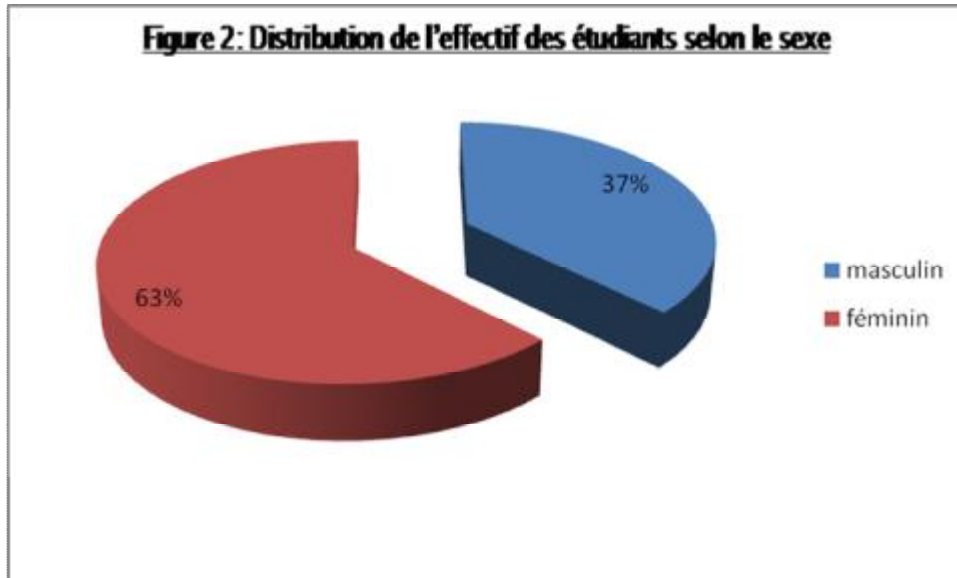


Figure 2: Distribution de l'effectif des étudiants selon le sexe (N=632)

c/ Niveau d'études:

Notre population est représentée par des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année (Figure3).

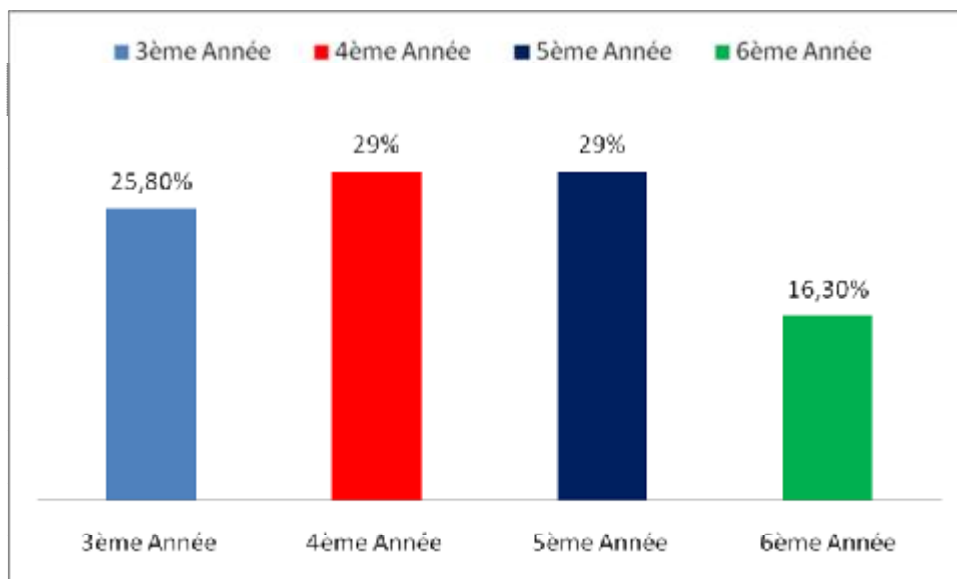


Figure 3 : Répartition en pourcentage des étudiants selon l'année d'étude(N632)

d/ Résidence Parentale :

Au cours de Notre étude on a suspecté que 44% habitent dans la maison de famille et 56% habitent loin de la résidence parentale.(Figure 4)(N=632)

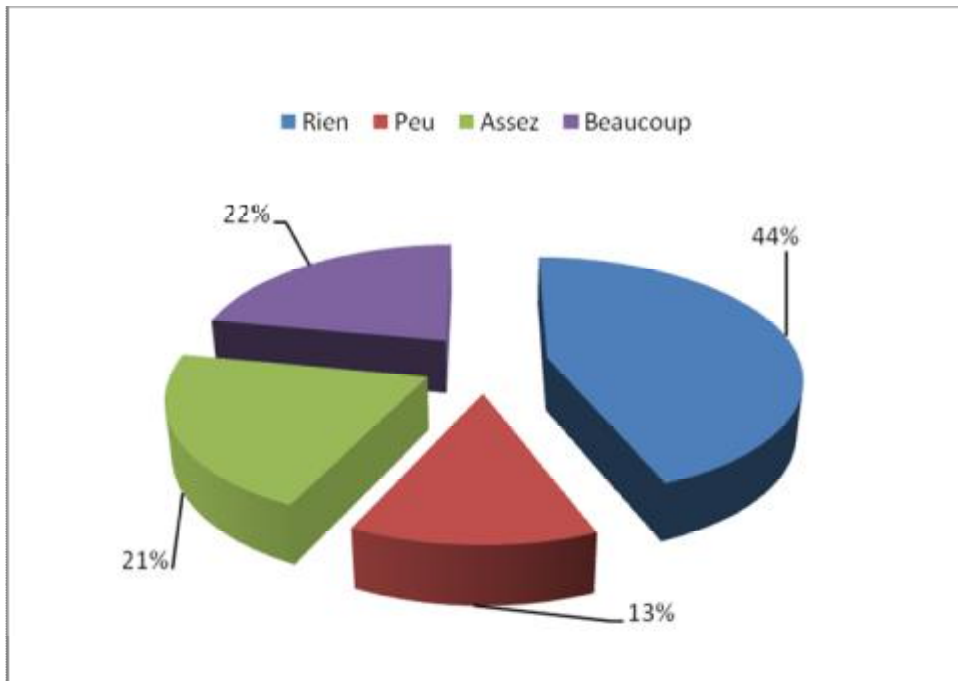


Figure 4 : Pourcentage des étudiants selon la distance de la résidence parentale
(N=632)

e/ Lieu de Résidence parentale :

Au cours de notre étude 43% habitent entre 0 et 10 kms de la résidence parentale ,36% entre 10 à 100kms de la résidence parentale et seulement 8% habitent à plus de 400 kms de la résidence parentale. (Figure5)(N=632)

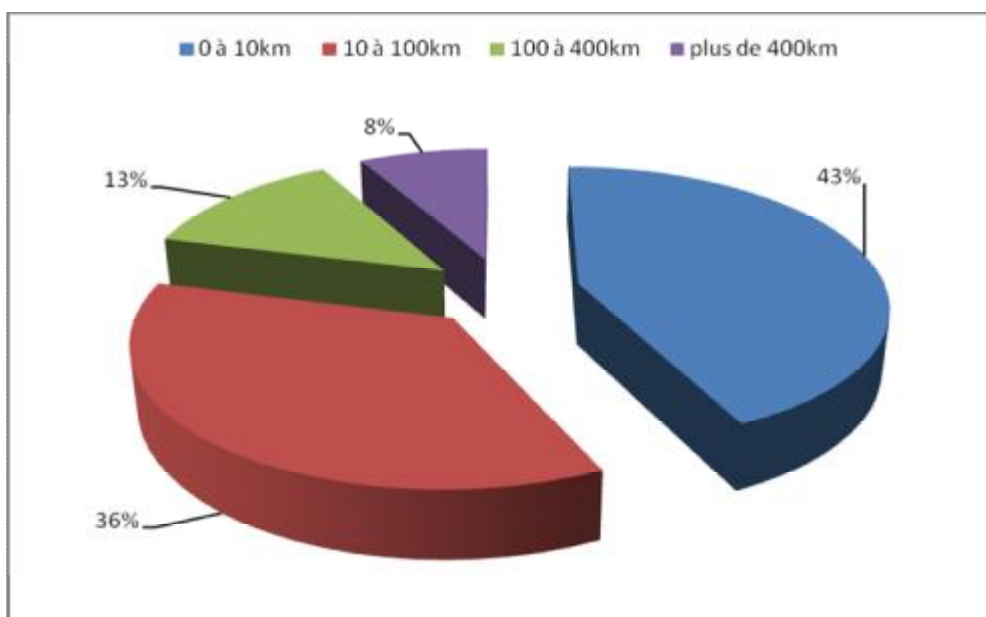


Figure 5 : Pourcentage des étudiants selon la distance en Km de la résidence parentale
(N=632)

f/ Souhait d'étude :

Dans Notre étude seulement 23.7% de l'ensemble des étudiants qui n'ont pas souhaités faire les études médicales.(Figure6)(N=632)

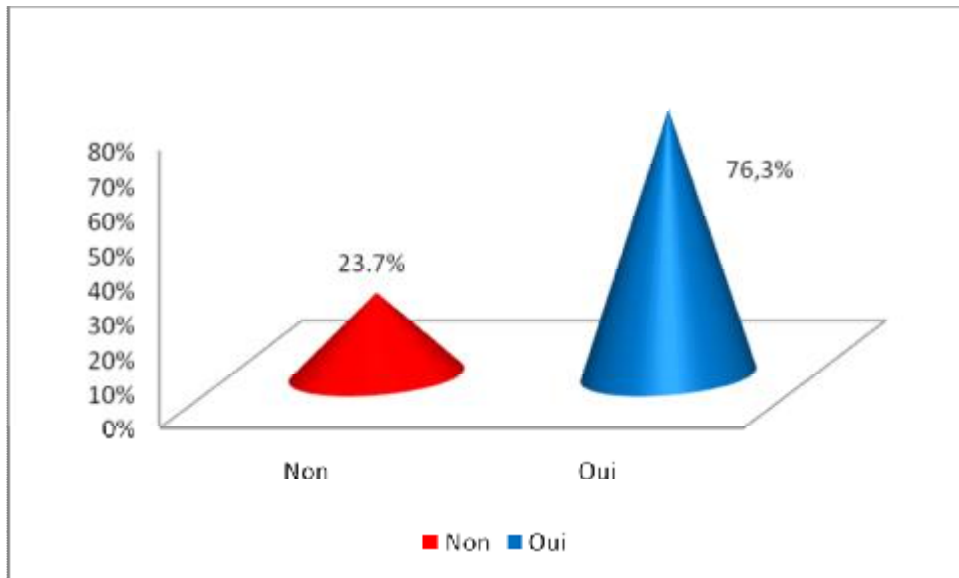


Figure 6 : Répartition en pourcentage des étudiants qui ont souhaités faire les études médicales: (N=632)

g/ Recommandation des études médicales pour les autres :

Au cours de Notre étude 52.5% des étudiants recommandent la Faculté pour l'étude de la médecine aux autres .(Figure 7)

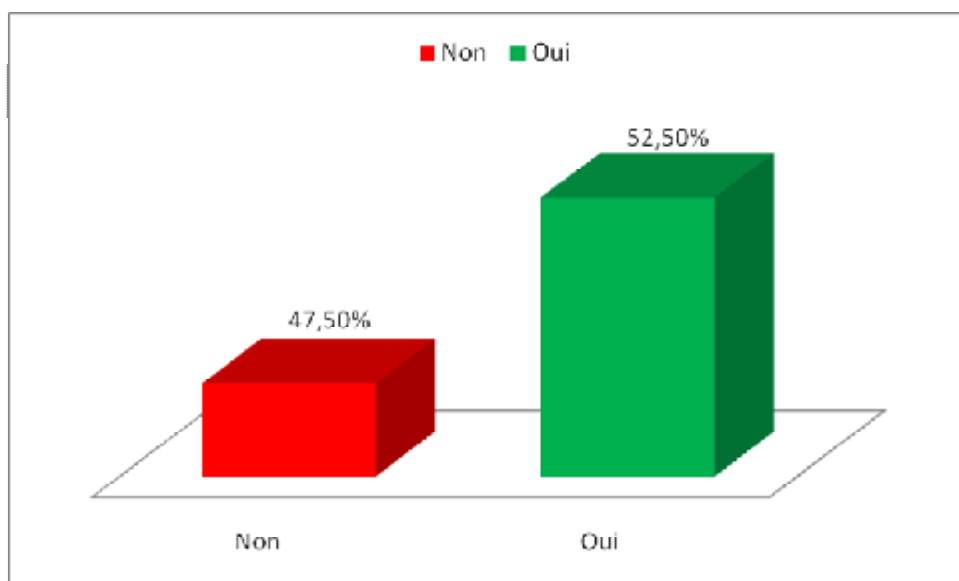


Figure 7 : Pourcentage des étudiants qui ont recommandés les études médicales pour les autres (N=632)

h/ Transport :

Au cours de notre étude on a trouvé que 58% des étudiants ayant besoin de 10 à 30 min pour arriver à l'hôpital.(Figure 8)(N=632)

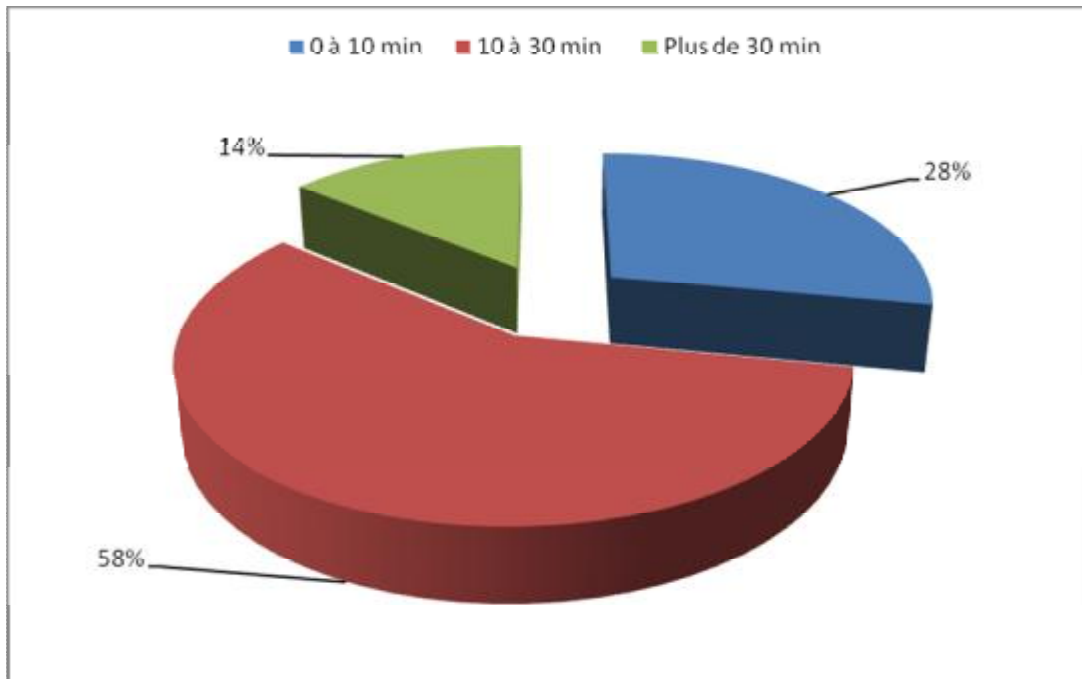


Figure 8 : Pourcentage des étudiants selon le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital (N=632)

i/ Logement :

Dans notre étude un pourcentage de 57% des étudiants habitent dans la maison de famille et 8% seulement à la cité universitaire, 21% dans un loyer collectif et 14% dans loyer individuel.(Figure 9)(N=632)

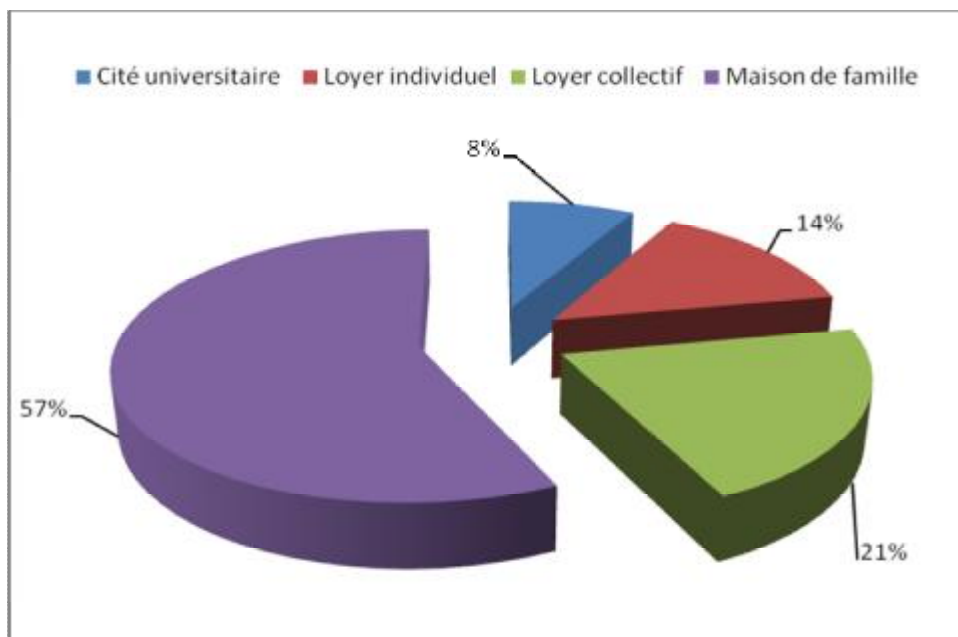


Figure 9 : Pourcentage des étudiants selon leur logement (N=632)

j/ Financement des études :

En ce qui concerne le moyen de financement des études on a trouvé dans notre étude que (79%) des étudiants financent leurs études par le biais de leurs familles et que seulement (21%) des étudiants ayant une bourse ou aide .

(Figure 10)(N=632)

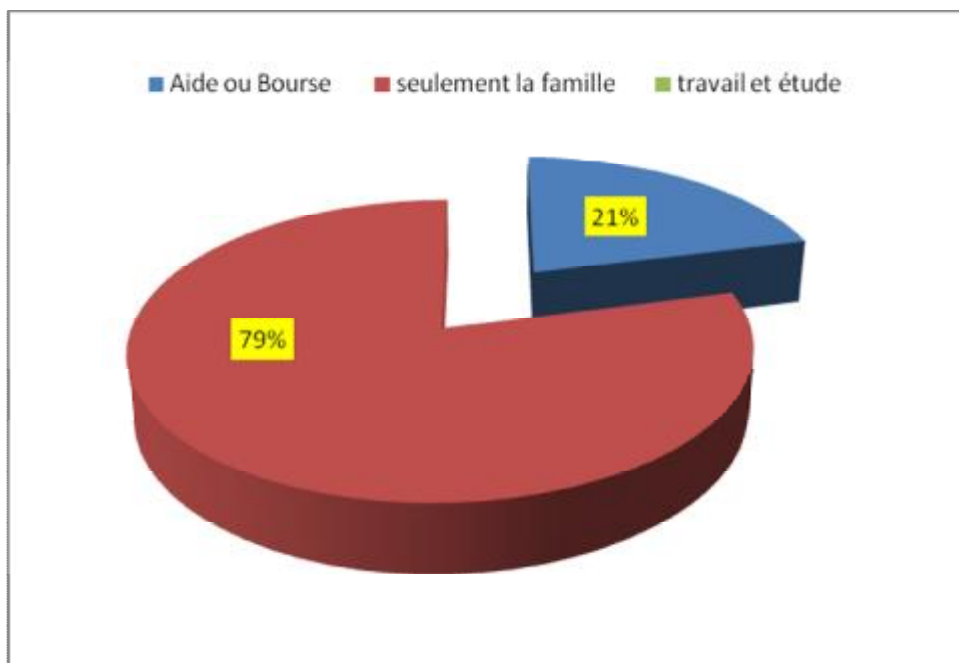


Figure 10 : Financement des études selon les étudiants (N=632)

2/ Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du Médecin :

Items	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1- Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	632	4	2.1
2- Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments	632	6.1	1.4
3- Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	632	4.4	1.9
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.	632	5.4	1.7
5- J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	632	4.9	1.7
6- Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	632	4.1	1.9
7- Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	632	4.9	2
8- Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	632	4.4	2.1
9- Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	632	5.2	1.9
10- Mes patients accordent de l'importance au fait que le médecin comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	632	5.6	1.6
11- Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par un traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	632	5.5	2
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.	632	5.7	1.7
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.	632	5	1.7
14- Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	632	5.6	1.8
15- L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	632	4.6	1.9
16- Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients, tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	632	5.5	1.7

17- J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir meilleurs soins.	632	5	1.7
18- Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	632	3.5	1.9
19- Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale et je m'intéresse peu aux arts	632	2.7	2
20- Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	632	5.5	1.6

Ce tableau représente les réponses qu'on a eu pour chaque item de l'échelle de Jefferson avec la moyenne du score , l'effectif total des étudiants est de 632 étudiants .

a/Jefferson total :

Au cours de notre étude Jefferson total avait deux extrêmes : minimum était de 53 et maximum était de 134 (min = 53 , max = 134) , un pourcentage maximum de 4% avait un Jefferson total de 104 et seulement 0.2% des étudiants avaient un score de 134 .(Figure 11)

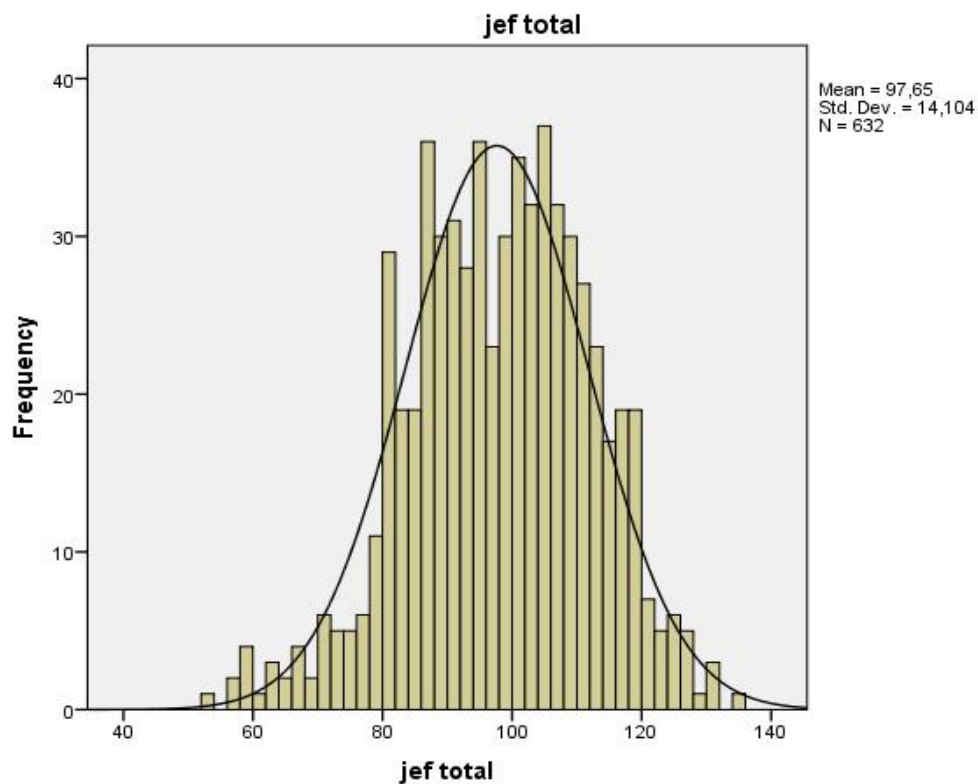


Figure 11 : Répartition des Pourcentages concernant Jefferson total (N=632)

b/ Prise de perspective PP :

Dans notre étude la PP avait un score maximal de 70 (chez 2.8% des étudiants) et un score minimal de 19 (chez seulement 0.2% des étudiants) et un pourcentage maximal de 5.2% pour le score 53.(Figure 12)

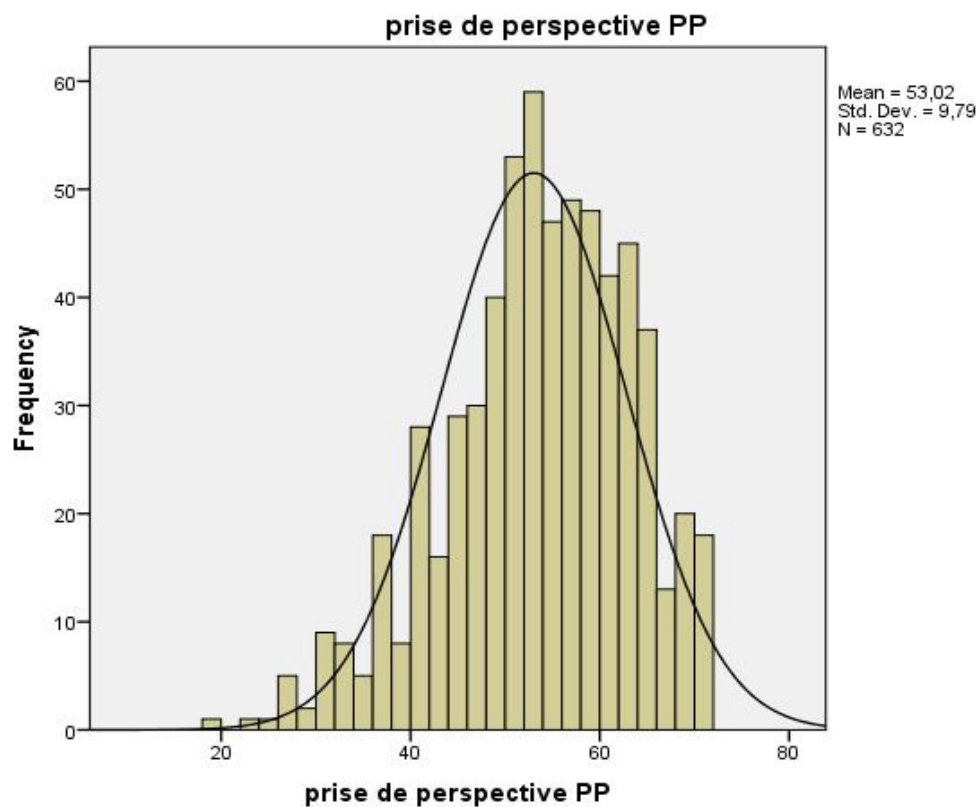


Figure 12 : Distribution des scores concernant la Prise de perspective PP (N=632)

c/Compréhension émotionnelle CC :

Dans notre étude la CC avait un score maximum de 55 (chez seulement 0.2% des étudiants) et un score minimal de 10 (chez seulement 0.2% des étudiants), alors que le pourcentage maximal de 7.1% était pour le score 38.(Figure 13)

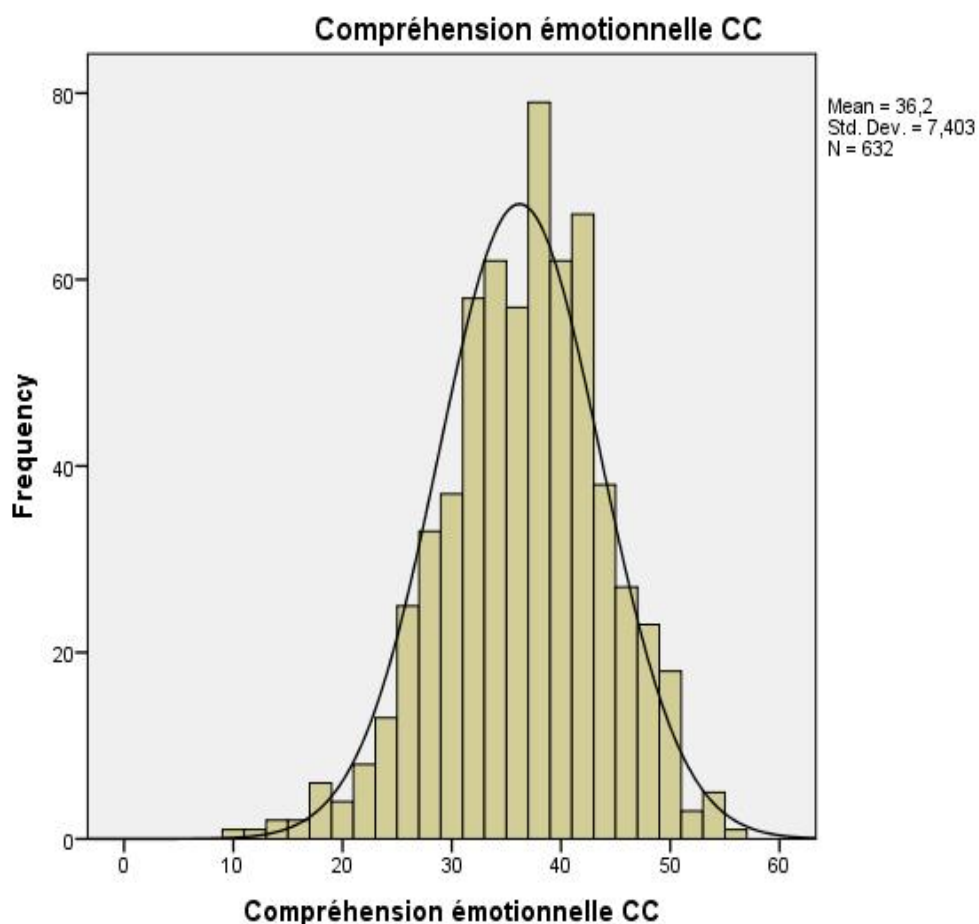


Figure 13 : Distribution des scores concernant la compréhension émotionnelle CC

(N=632)

d/Se mettre à la place du patient Sips :

En dernier lieu , le fait de se mettre à la place du patient avait un score maximal de 14 (chez 7.6% des étudiants) et un score minimal de 3 (chez 1.9% des étudiants),un pourcentage maximal de 14.6% pour le score 8.(Figure 14)

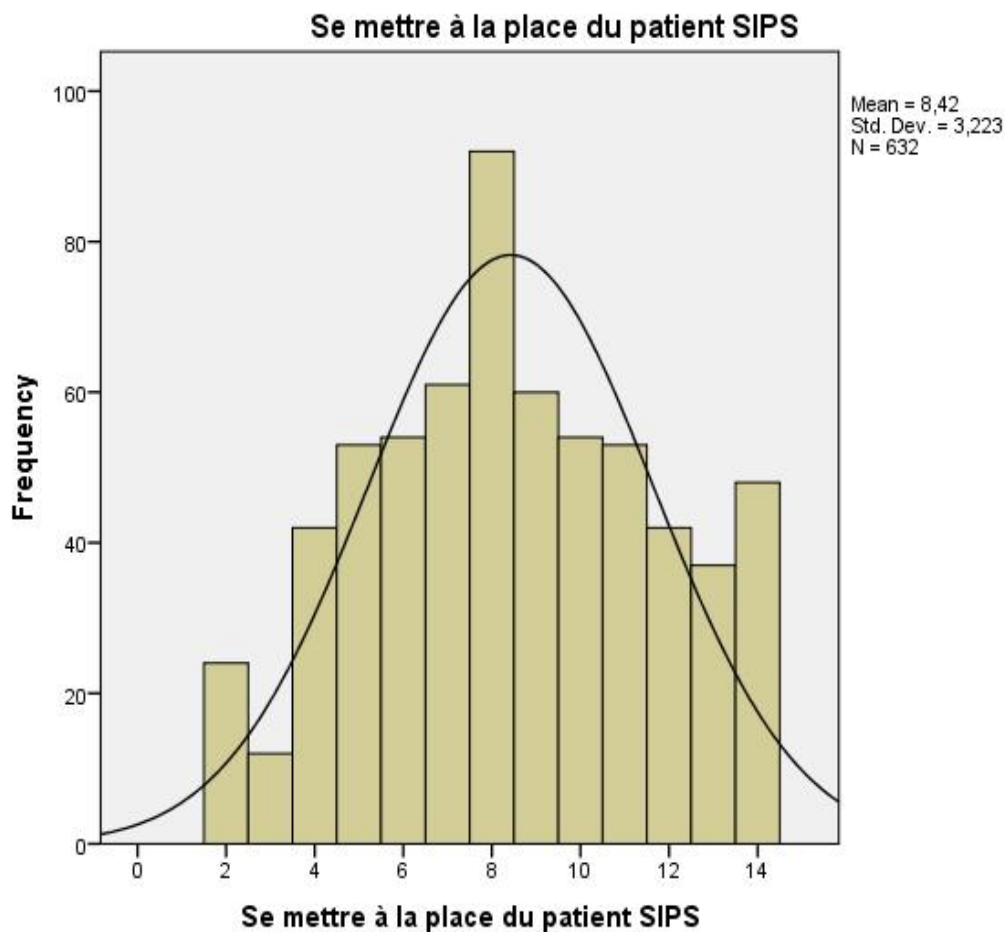


Figure 14 : Distribution des scores concernant le fait de se mettre à la place du patient (N=632)

II/ Résultats concernant les médecins internes et résidents :A/ Etude Descriptive :

Au terme de notre étude, aucun refus de consentement n'a été déclaré et sur un total de 300 questionnaires distribués, les 300 ont été retenus pour analyse.

1/ Données sociodémographiques :a/ Age :

Dans notre étude les médecins internes et résidents sont répartis comme suit.(Figure 15)

L'âge moyen des médecins internes et résidents était de 27 +/- 3.1 avec des extrêmes allant de 22 à 45 ans.(N=300)

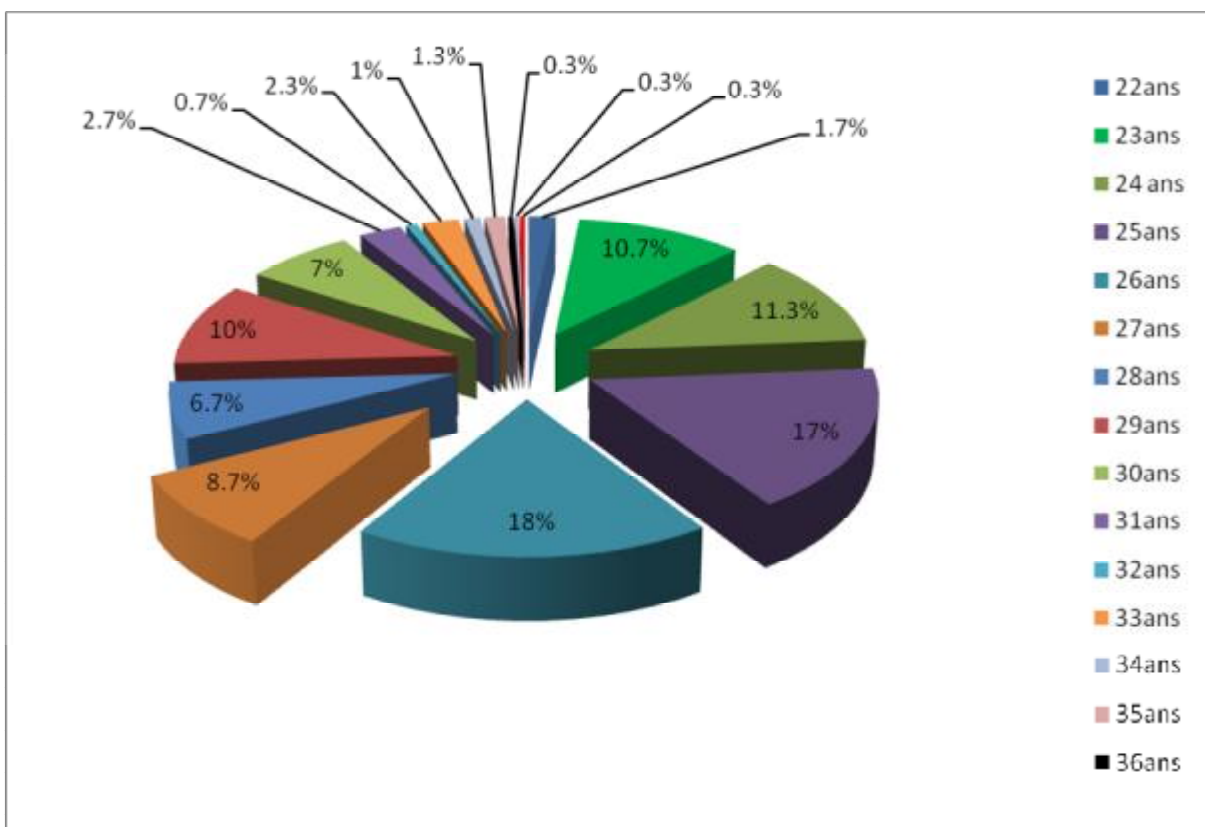


Figure 15 :Répartition en Pourcentage des médecins selon leurs âges (N=300)

b/ Sexe :

Dans notre échantillon, on a eu une prédominance du sexe féminin (59%) par rapport au sexe masculin (41%).

Le sexe ratio (H/F) était de 0.70 (Figure 16)(N= 300)

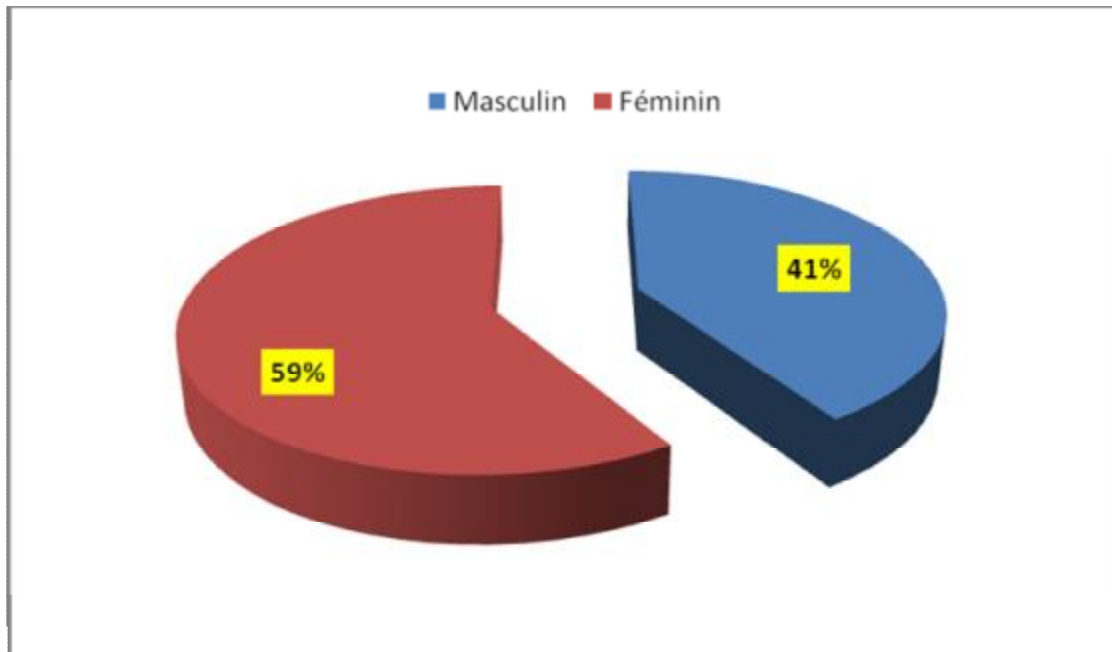


Figure 16 :Répartition en Pourcentage des médecins selon le sexe (N= 300)

c/ Statut marital :

Dans notre échantillon, on a eu un pourcentage de (65%) des médecins qui sont encore célibataire, (34.3%) des médecins marié(e)s et seulement (0.7%) des médecins divorcé(e)s.

(Figure 17) (N=300)

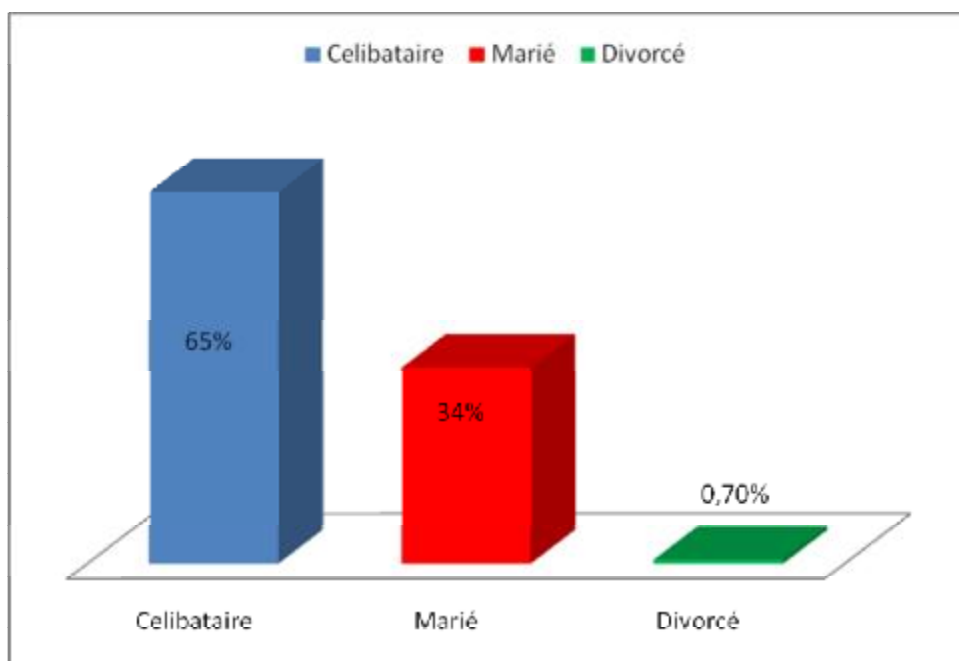


Figure 17 :Répartition en Pourcentage des médecins selon le statut marital (N= 300)

d/ Nombre d'enfants :

Au cours de notre étude on a trouvé que le nombre d'enfant varie entre 0 et 3.

(59%) des médecins marié(e)s n'ont pas d'enfants, alors que (30.5%) ayant 1 seul enfant, (5.7%) ayant 2 enfants et (4.8%) ayant 3 enfants.(Figure 18)(N=300)

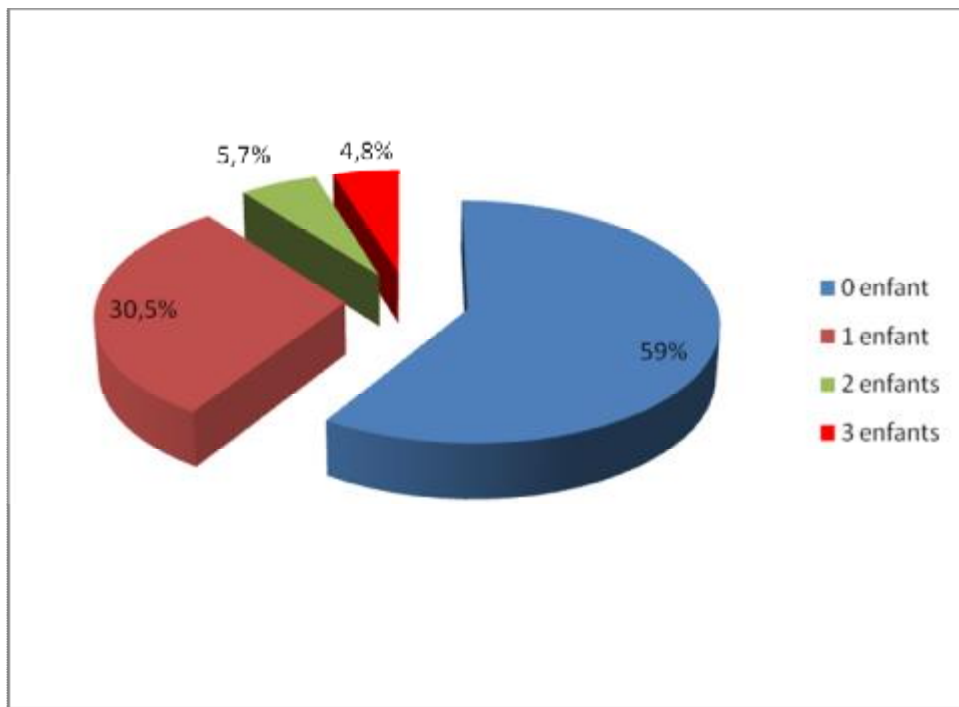


Figure 18 : Distribution des médecins selon le nombre d'enfants (N=300)

e/ Statut professionnel :

Au terme de notre étude on a constaté que nombre des internes égal au nombre des résidents dont le pourcentage était de (50%) pour chacun des deux.(Figure 19)(N=300).

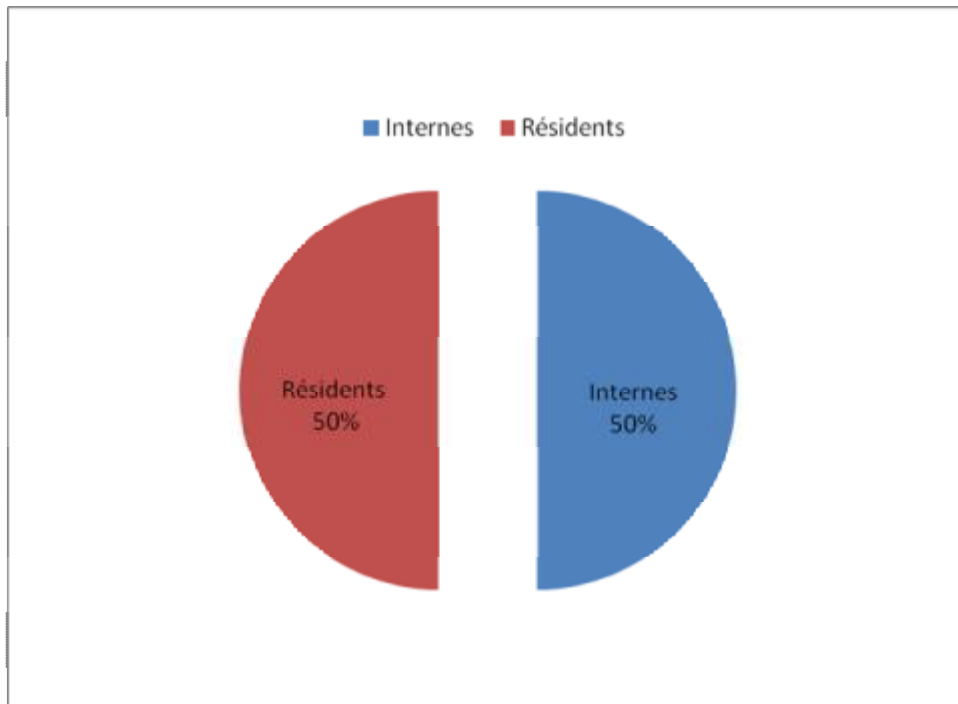


Figure 19 : Pourcentage des médecins selon le statut professionnel (N=300)

f/ Type de service ou de spécialité :

Au cours de notre étude on peut certifier la présence d'un échantillonnage diversifié , et que tout les services du CHU Hassan II de Fès ayant participés à cette étude .

Internes ou résidents ayant tous participés en remplissant les questionnaires de l'empathie sans aucun refus .

Les spécialités médicales ayant participées par un pourcentage de (61%) , alors que les spécialités chirurgicales ayant participées par un pourcentage de (39%) sur un nombre total de résidents de (N=151)(Figure 20).

La prédominance des spécialités médicales était bien évidente vu la disponibilité des médecins et le nombre élevé des spécialités médicales par rapport aux spécialités chirurgicales qui est tout à fait logique dans notre contexte.

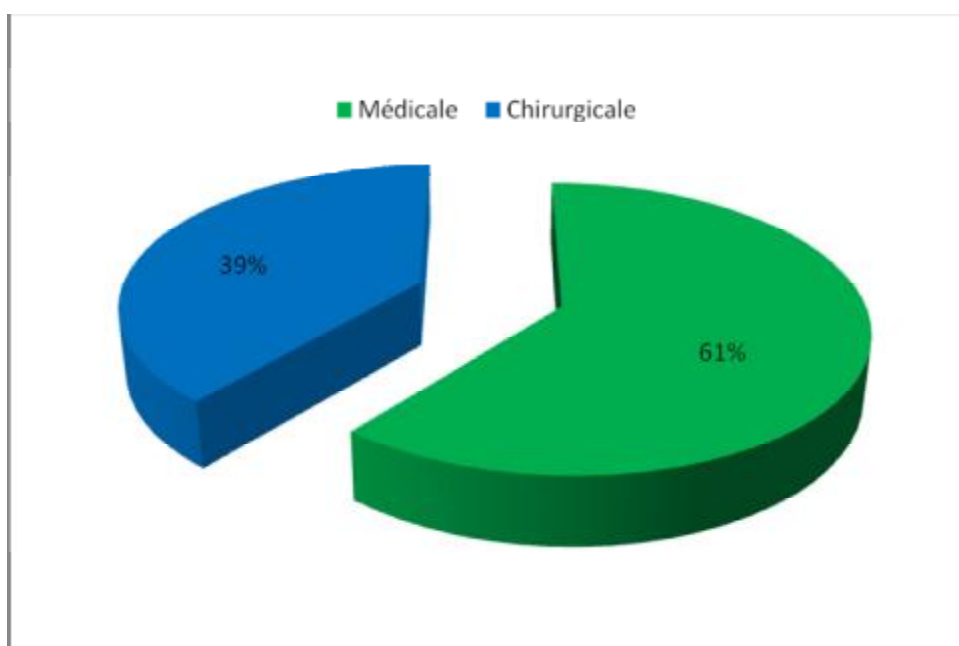


Figure 20 : Répartition en Pourcentage des spécialités participantes à l'étude
(N=151)

g/ Type de contrat :

Au cours de notre étude et sur un nombre de résidents de 151 qui ont participés à l'étude , on a trouvé un pourcentage de (49%) des résidents bénévoles et (51%) des résidents contractuels.

(Figure 21)(N= 151).

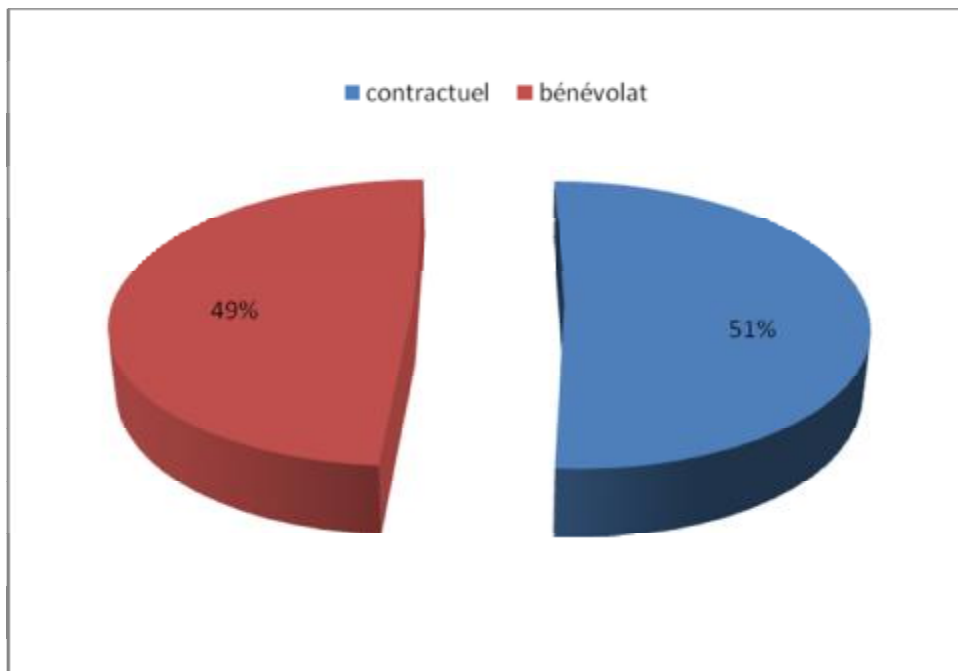


Figure 21 : Répartition en Pourcentage des résidents selon le type de contrat

(N= 151)

h/ Nombre de gardes durant les 2 derniers mois :

Dans notre étude le nombre de gardes de la totalité des médecins participants varie entre 0 garde pour un pourcentage de (0.3%) et 14 gardes pour (0.7%).(Figure 22)(N= 300).

Un pourcentage maximal de 30% pour les médecins qui ont 8 gardes .

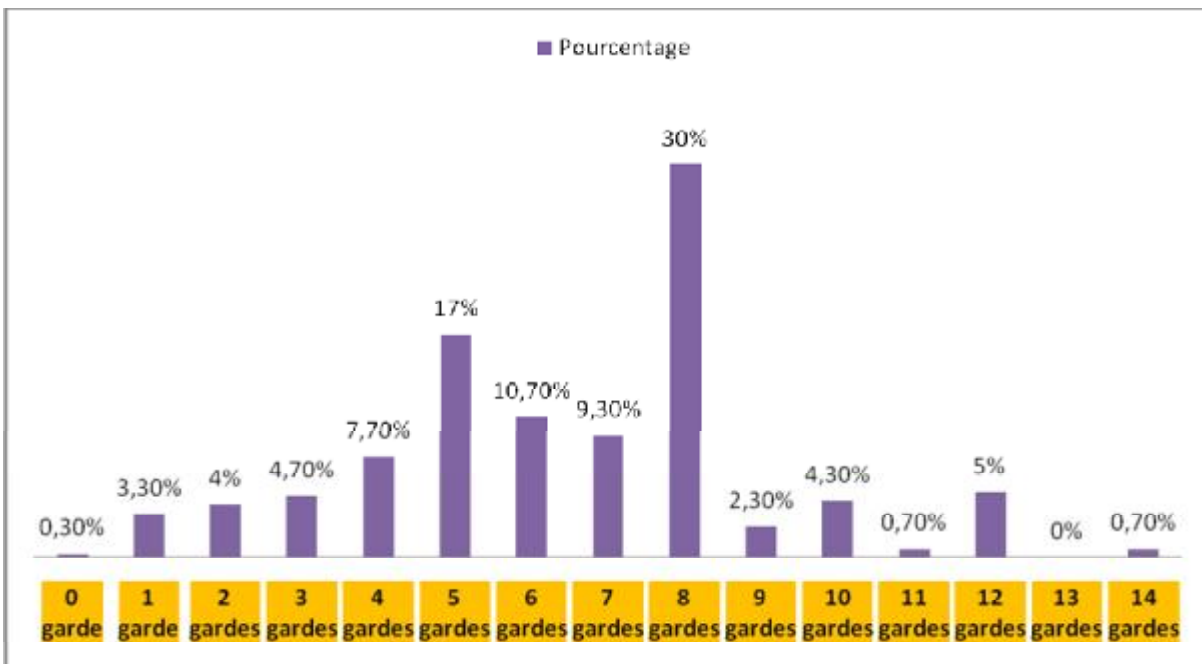


Figure 22 : Pourcentage des gardes selon les 2 derniers mois (N300)

i/ La résidence Parentale :

Dans notre étude un pourcentage de (36.3%) des médecins ne sont pas loin de la résidence parentale, alors que (23%) des médecins sont beaucoup loin de la résidence parentale.

(Figure 23)(N= 300)

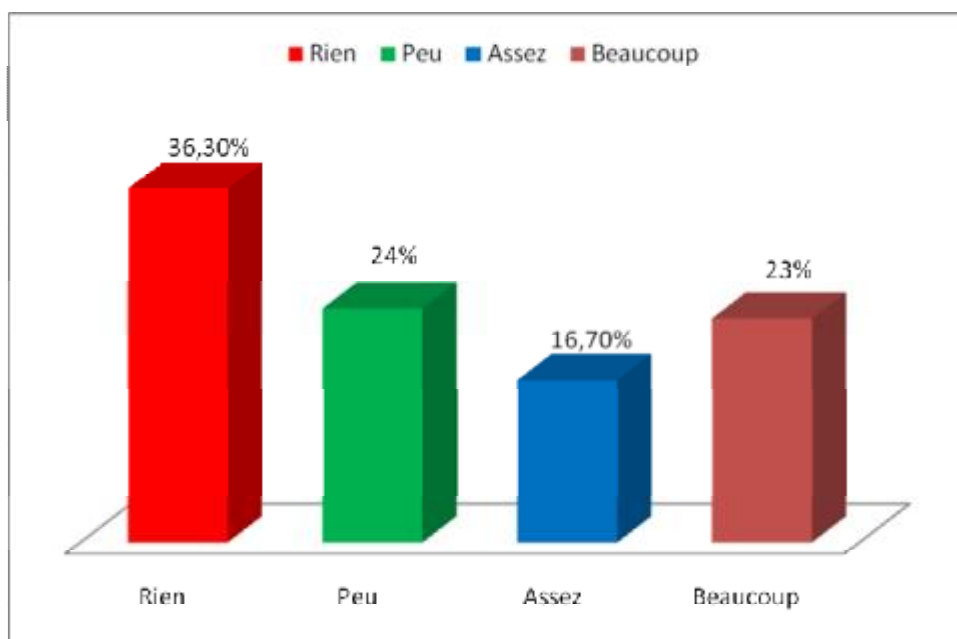


Figure 23 : Distribution des médecins selon la distance de la résidence parentale

(N300)

j/ La distance entre CHU et la résidence Parentale :

Dans notre étude la plupart des médecins soit un pourcentage de (46.7%) ayant une distance de 0 à 10 Km entre le CHU et la résidence Parentale .(Figure 24)

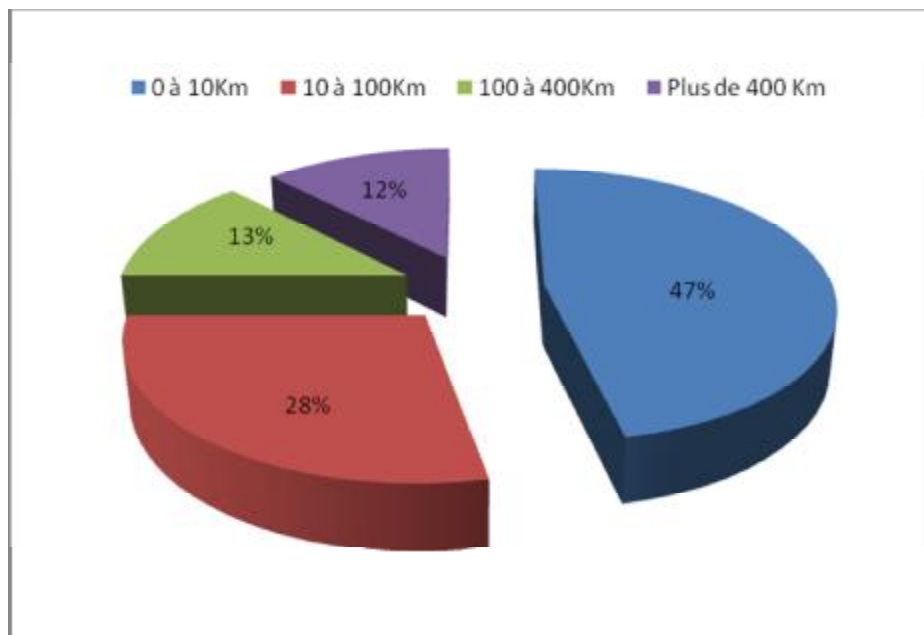


Figure 24 : La distance entre CHU et la résidence parentale (N300)

k/ Le souhait des études médicales :

Au cours de notre étude une majorité de médecins soit un pourcentage de (83.3%) ayant souhaités faire les études médicales et seulement (16.7%) qui n'ont pas souhaités les faire.

(Figure 25)(N= 300)

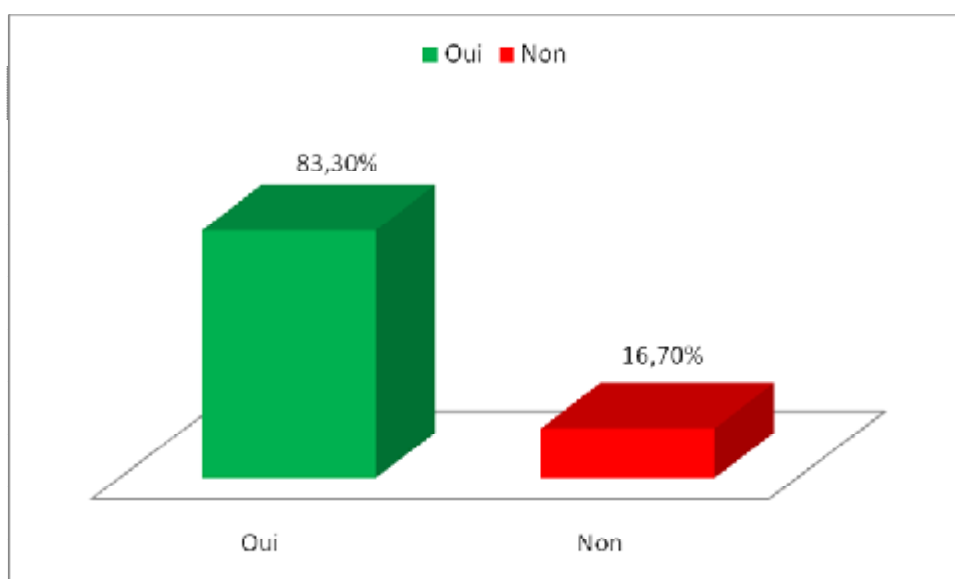


Figure 25 : Distribution des médecins selon le souhait des études médicales (N300)

I/ Recommandation des études médicales pour les autres :

Au terme de notre étude (58%) des médecins ont recommandé les études médicales aux autres et (42%) ne les recommandent pas .

(Figure 26)(N= 300)

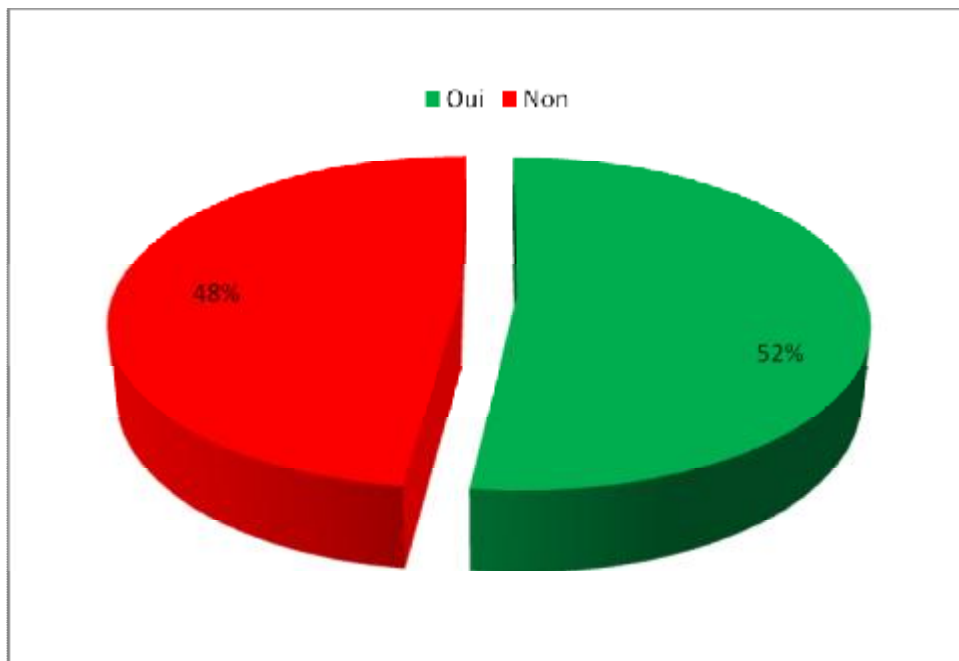


Figure 26 : Pourcentage des médecins qui ont recommandé les études médicales aux autres (N300)

m/ Temps Nécessaire pour arriver au CHU :

Notre étude a montré que la majorité de nos médecins soit environs (94 %) ont besoin de 0 à 30 min pour arriver au CHU et que seulement (6%) de nos médecins ont besoin de plus de 30 min pour y arriver.

(Figure 27)(N= 300)

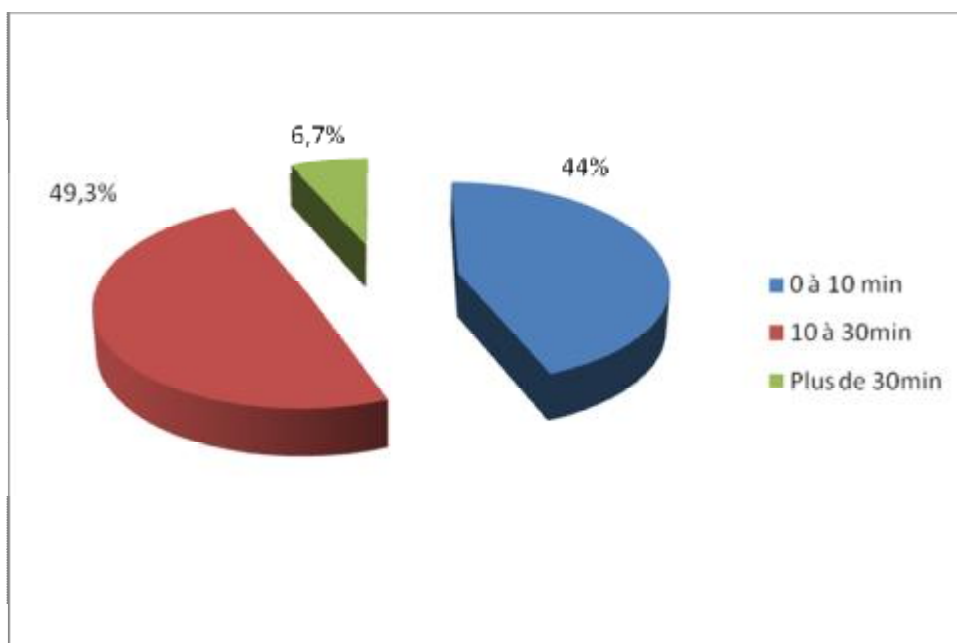


Figure 27 : Distribution en pourcentage concernant le temps nécessaire pour arriver au CHU (N300)

n/ Logement :

Notre étude a montré que (47%) de nos médecins habitent dans une maison de famille ,

(41%) de nos médecins habitent dans un loyer individuel , (11%) habitent dans un loyer collectif et seulement (1%) habitent dans la cité universitaire.(Figure 28)(N=300)

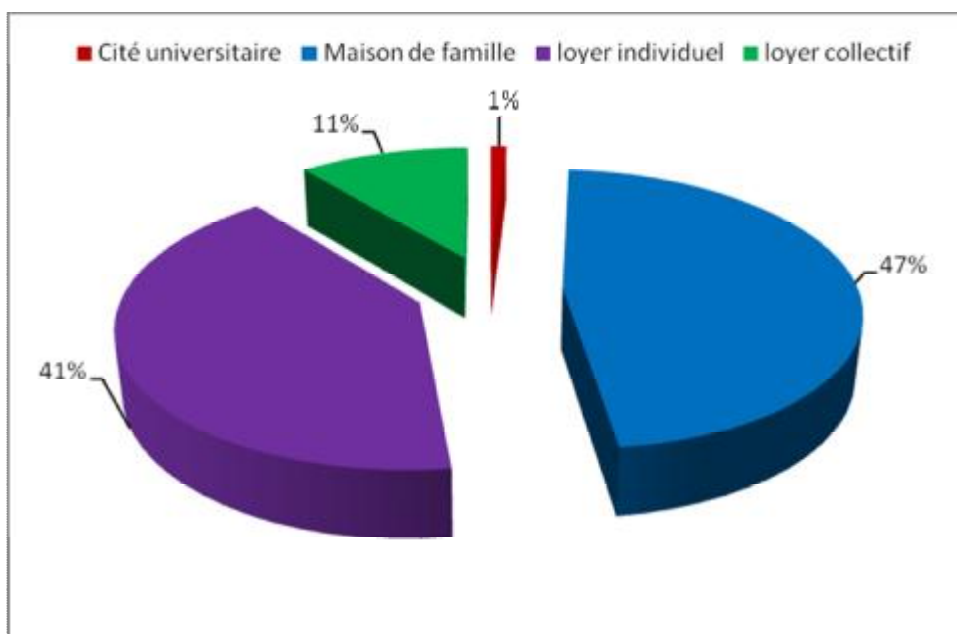


Figure 28 : Répartition en pourcentage des médecins selon le logement (N300)

2/ Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du Médecin :

Items	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1- Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	300	3.9	2.3
2- Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments	300	5.7	1.9
3- Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	300	4.6	1.9
4- Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	300	5.1	1.9
5- J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	300	4.5	2
6- Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	300	4.1	2
7- Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	300	4.7	2.1
8- Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	300	4.5	2.3
9- Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	300	4.7	2.2
10- Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	300	5.3	1.8
11- Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux	300	5	2.1
12- Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	300	5.1	2

13- J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	300	4.8	1.9
14- je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	300	5.3	2
15- L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	300	4.4	2
16- Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	300	5	1.9
17- J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	300	4.5	2
18- Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	300	3.3	1.9
19- Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts	300	5.1	2.1
20- Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	300	5.1	2

Ce tableau représente les réponses qu'on a eu pour chaque item de l'échelle de Jefferson avec la moyenne du score , l'effectif total des médecins internes et résidents est de 300.

a/ Jefferson total :

Dans notre étude Jefferson total ayant varié de 50 (0.3%) comme score minimal et 134 (0.7%) comme score maximal .

Le score avec le pourcentage le plus élevé était de 92 par (4%)(Figure 29)

N=300

Moyenne=94.7

Standard déviation(écart-type)= 17

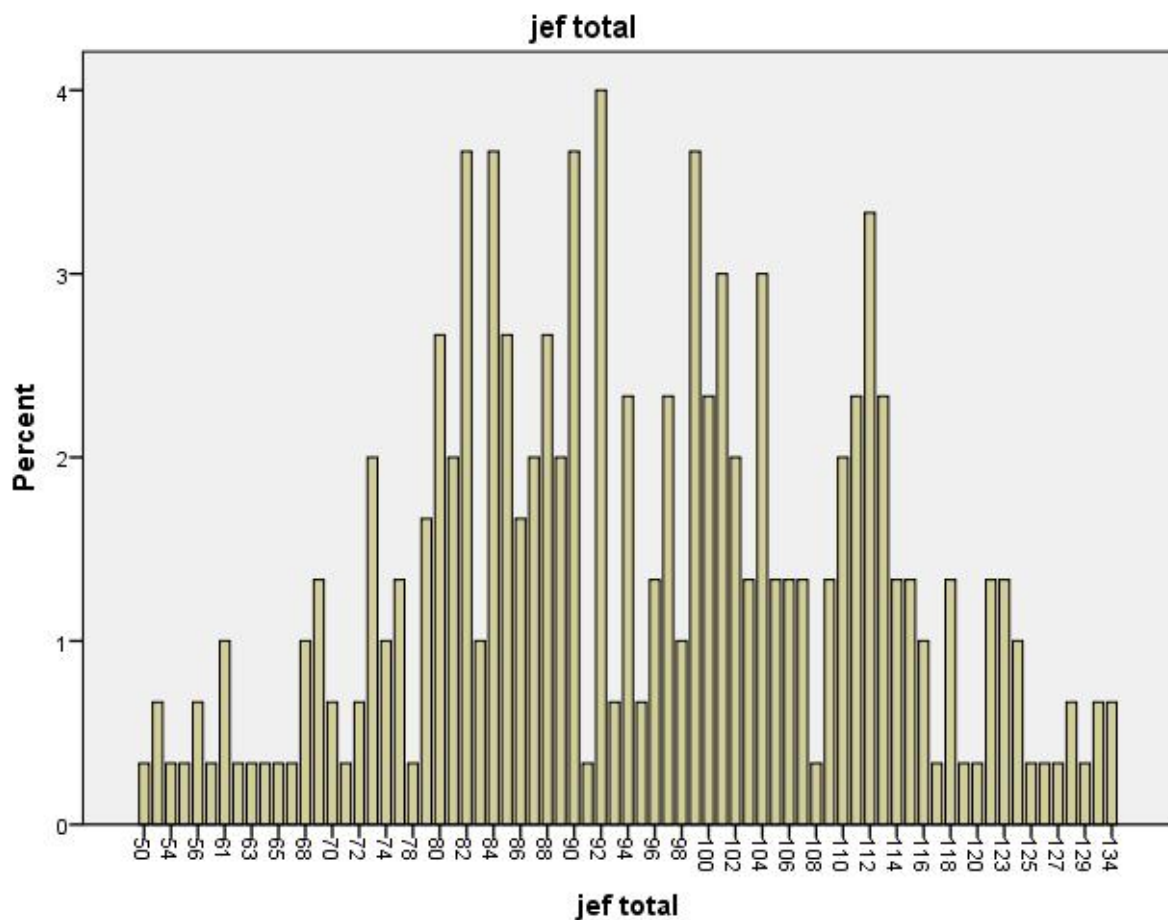


Figure 29 : Pourcentage des scores totaux de Jefferson total selon les réponses établies (N=300)

b/ Prise de Perspective PP :

Dans notre étude le score la Prise de Perspective PP ayant varié de 16 (0.3%) comme score minimal et 70 (3%) comme score maximal .

Le score avec le pourcentage le plus élevé était de 51 par (5%)(Figure 30)

N=300

Moyenne=49

Standard déviation(écart-type)= 12.1

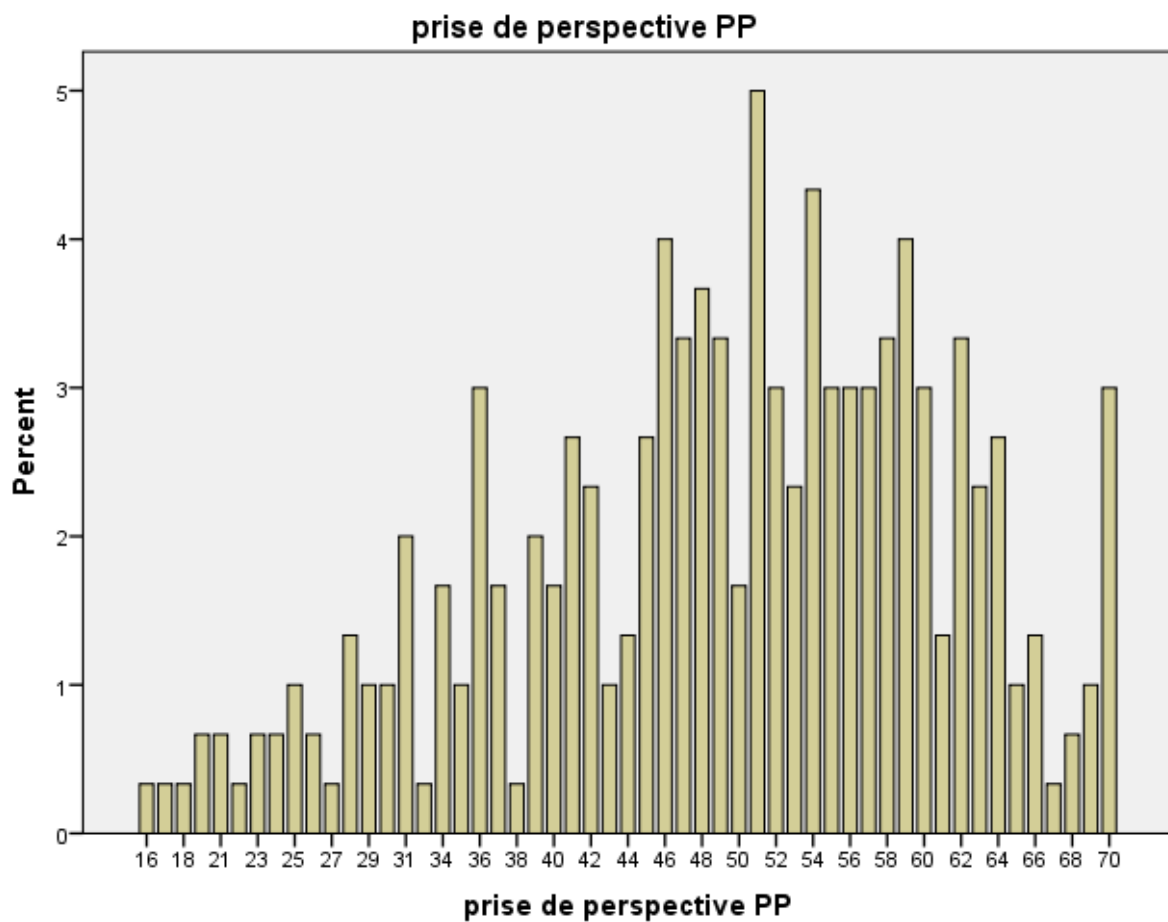


Figure 30 : Distribution des scores totaux de PP selon les réponses établies

(N=300)

c/ Compréhension émotionnelle CC :

Dans notre étude le score de la Compréhension émotionnelle CC ayant varié de 8 (0.3%) comme score minimal et 56 (0.7%) comme score maximal .

Le score avec le pourcentage le plus élevé était de 32 et 41 par (5.7%)(Figure 31)

N=300

Moyenne=37

Standard déviation(écart-type)= 8.3

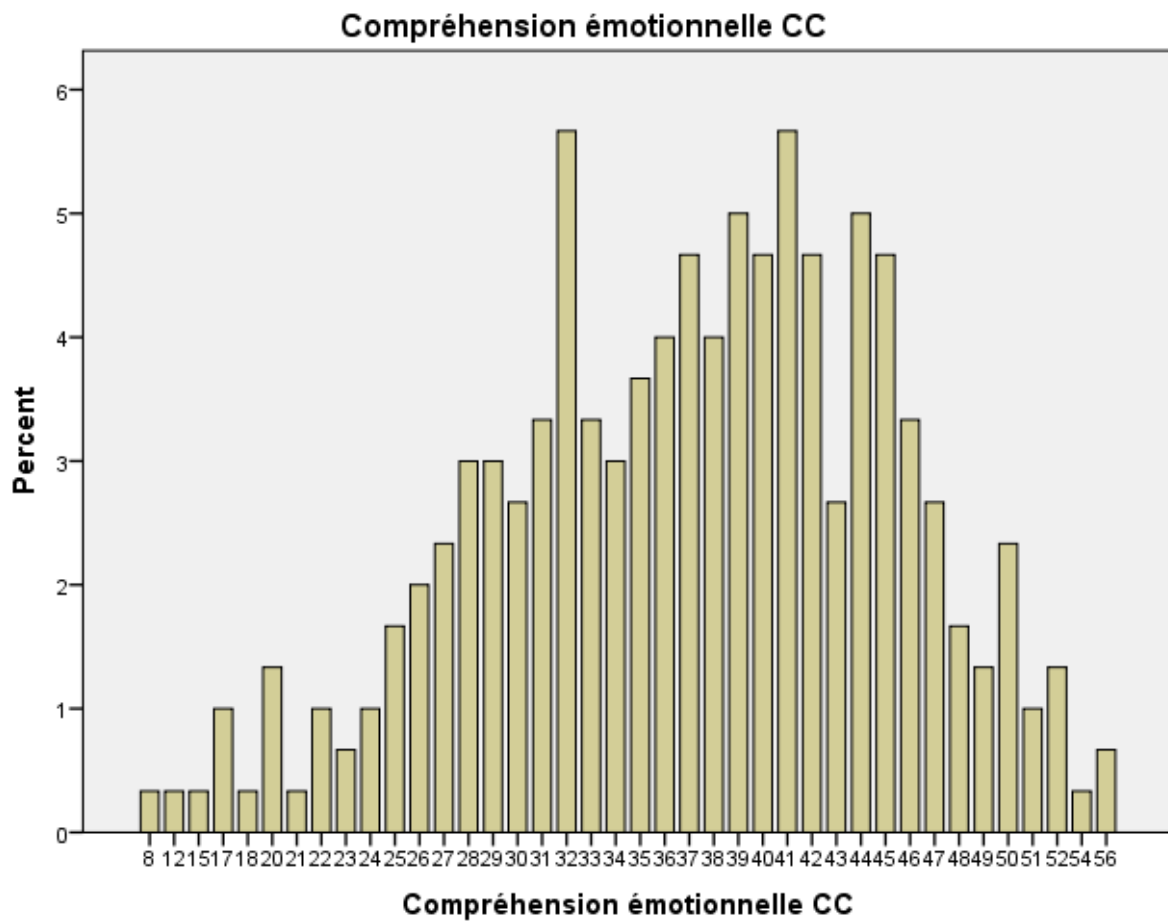


Figure 31 : Distribution des scores totaux de CC selon les réponses établies

(N=300)

d/ Se mettre à la place du patient :

Dans notre étude le score du fait de se mettre à la place du patient ayant varié de 2 (5%) comme score minimal et 14 (7.3%) comme score maximal .

Le score avec le pourcentage le plus élevé était de 8 par (13.7%)(Figure 32)

N=300

Moyenne=8.7

Standard déviation(écart-type)= 3.3

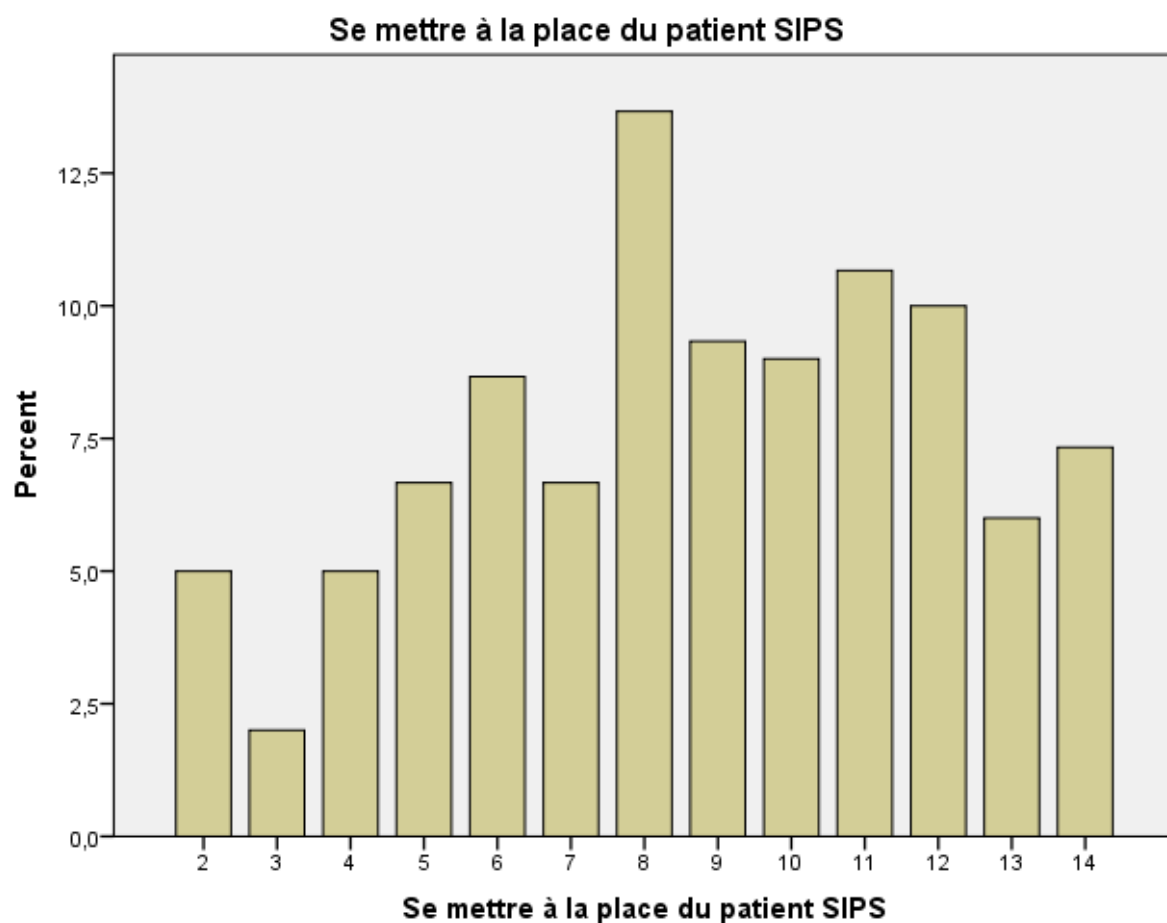


Figure 32 : Distribution des scores de Se mettre à la place du patient selon les réponses établies (N=300)

B/ Etude Analytique :1/ Partie des étudiants :*Tableau 3. Caractéristiques de la population étudiée :*

<u>Facteurs</u>	<u>Population N</u>	<u>[min-max]</u>	<u>Ecart type</u>
<u>Age</u>	N=632	19-32	<u>1.690</u>
<u>Sexe</u>	N=632	M F	<u>0.485</u>
<u>Niveau d'étude</u>	N=632	3 ^{ème} Année 4 ^{ème} Année 5 ^{ème} Année 6 ^{ème} Année	<u>1.036</u>
<u>Déménagement</u>	N=632	Non Oui	<u>0.410</u>
<u>Résidence parentale</u>	N=632	Rien Peu Assez Beaucoup	<u>0.500</u>
<u>Lieu de la résidence parentale</u>	N=632	0 à 10km 10 à 100km 100 à 400km Plus de 400km	<u>0.936</u>
<u>Financement</u>	N=632	Seulement la famille Aide ou bourse Etude et travail	<u>0.410</u>
<u>Souhait des études médicales</u>	N=632	Non Oui	<u>0.426</u>
<u>Transport</u>	N=632	0 à 10min 10 à 30min Plus de 30min	<u>0.634</u>
<u>Logement</u>	N=632	Cité universitaire Maison de famille Loyer individuel Loyer collectif	<u>0.915</u>

Ce tableau représente les caractéristiques de la population étudiée concernant la partie des étudiants , l'effectif était de 632 étudiants et étudiantes dont l'âge maximal était de 32 ans et le minimal était de 19 ans . Pour le sexe , on

avait 63 % de sexe féminin par rapport à 37% de sexe masculin et on peut noter que ce facteur a une corrélation positive avec l'empathie étudié car on a suspecté que le sexe féminin est plus empathique que le sexe masculin .Notre population est représentée par des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année , 44% des étudiants habitent avec les parents et seulement 8% habitent à plus de 400 Kms de la résidence parentale , 76,3% selon notre étude ont souhaité faire médecine , et 52,5% recommandent les études médicales pour les autres ;

Pour le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital 58% ont besoin de 10 à 30 min et seulement 14% plus de 30 min et pour le logement 57% des étudiants habitent dans une maison de famille et seulement 8% à la cité universitaire .

Et finalement pour le dernier facteur étudié concernant le financement des études , 79% des étudiants financent leurs études par l'argent de leurs parents et ce facteur est corrélé à l'empathie , à part le sexe et le financement des études les autres facteurs étudiés avaient une corrélation négative .

Les 3 dimensions mesurées d'empathie clinique se répartissent de la même manière dans notre population. Nous observons une répartition centrée sur des scores élevés, avec peu de variance (Tableau 2).

Les différences de moyennes entre chaque dimension s'expliquent par une différence du nombre d'items évalués par dimension.

Tableau 4. Distribution des dimensions de l'empathie clinique :

	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Min-Max</i>
<i>Prise de Perspective (PP)</i>	53.02	53	9.790	[19-70]
<i>Compréhension émotionnelle (CC)</i>	36.20	36	7.403	[10-55]
<i>Se mettre à la place du patient (SIPS)</i>	8.42	8	3.223	[2-14]

a/Facteurs associés :

Au cours de notre étude seulement le sexe et le financement des études sont les facteurs influençant de façon très significative l'empathie . ($p < 0.05$)(Tableau 3)

Les autres facteurs ont été recherchés mais n'étaient pas significativement reliés à l'empathie.

Tableau 5 : Résultats de l'analyse univariée

Facteurs	Jeff total*	PP*	CC*	SIPS*
Age	$p=0.222$	$p=0.166$	$p=0.488$	$p=0.383$
Sexe	$p < 0.001$	$p=0.001$	$p=0.004$	$p=0.157$
Niveau d'étude	$p=0.346$	$p=0.509$	$p=0.309$	$p=0.305$
Déménagement	$p=0.535$	$p=0.913$	$p=0.620$	$p=0.057$
Résidence parentale	$p=0.664$	$p=0.511$	$p=0.393$	$p=0.892$
Lieu de la résidence parentale	$p=0.325$	$p=0.628$	$p=0.420$	$p=0.721$
Financement	$p=0.05$	$p=0.789$	$p=0.03$	$p=0.339$
Souhait d'études	$p=0.405$	$p=0.373$	$p=0.251$	$p=0.090$
Transport	$p=0.817$	$p=0.528$	$p=0.670$	$p=0.430$
Logement	$p=0.884$	$p=0.888$	$p=0.530$	$p=0.512$

*Jeff total = Jefferson total (Score total)

Les 3 dimensions de l'empathie :

*PP = Prise de Perspective : c'est savoir adopter le point de vue du patient ,

le comprendre, Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchit explorant Plutôt l'aspect cognitif.

*CC = Compréhension émotionnelle : c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches.

*SIPS = Se mettre à la place du patient : c'est la capacité de se mettre à la place du patient peut être plus automatique.

Les autres facteurs ont été recherchés mais n'étaient pas significativement reliés à l'empathie , tels que :

-Age.

-Niveau d'étude.

-Résidence parentale et lieu de la résidence parentale.

- Souhait d'études.
- Transport.
- Logement.

b/Interprétation des données :

A la lumière des données du tableau on a constaté que les facteurs influençant l'empathie et qui sont statistiquement significatifs : Sexe et moyens de paiement des études médicales.

-Sexe :

On a trouvé que le sexe et plus précisément le sexe féminin est plus empathiques que le sexe masculin et que la dimension PP et CC sont significativement associé au sexe .

Enfin, nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la dimension SIPS et les facteurs étudiées.

-Financement des études :

On a constaté que l'empathie est influencée par le financement des études et plus précisément le score total de Jefferson et la compréhension émotionnelle.

Les étudiants bénéficiaires d'une bourse ou aide pour financer leurs études ayant plus d'empathie et que la dimension CC sont significativement associé au financement des études.

2/ Partie des médecins internes et résidents :Tableau 6. Caractéristiques de la population étudiée :

<u>Facteurs</u>	<u>Population N</u>	<u>[min-max]</u>	<u>Ecart type</u>
<u>Age</u>	N= 300	22-45	<u>3.150</u>
<u>Sexe</u>	N= 300	M F	<u>0.493</u>
<u>Statut marital</u>	N= 300	Célibataire Marié(e) Divorcé(e)	<u>0.494</u>
<u>Nombre d'enfants</u>	N= 300	0-3	<u>0.808</u>
<u>Statut Professionnel</u>	N= 300	Médecin interne Médecin Résident	<u>0.501</u>
<u>Type de Spécialité</u>	N= 151	Médicale Chirurgicale	<u>0.491</u>
<u>Type de contrat</u>	N= 151	Bénévolat Contractuel	<u>0.502</u>
<u>Nombre de gardes</u>	N= 300	0-14	<u>2.615</u>
<u>Déménagement</u>	N= 300	Non Oui	<u>0.426</u>
<u>Résidence parentale</u>	N= 300	Rien Peu Assez Beaucoup	<u>0.494</u>
<u>Lieu de la résidence parentale</u>	N= 300	0 à 10km 10 à 100km 100 à 400km Plus de 400km	<u>1.040</u>
<u>Souhait d'étude</u>	N= 300	Non Oui	<u>0.373</u>
<u>Transport</u>	N= 300	0 à 10min 10 à 30min Plus de 30min	<u>0.607</u>
<u>Logement</u>	N= 300	Cité universitaire Maison de famille Loyer individuel Loyer collectif	<u>0.691</u>

Ce tableau représente les caractéristiques de la population étudiée concernant la partie des médecins internes et résidents , l'effectif était de 300 internes et résidents dont l'âge maximal était de 45 ans et le minimal était de 22 ans .

Le facteur de l'âge est corrélé à notre étude car on a suspecté que plus l'âge augmente l'empathie augmente .

Pour le sexe on avait 59 % de sexe féminin par rapport à 41% de sexe masculin , notre population est représentée par des célibataires 65% mariés 34,3% et seulement 0,7% de divorcés. Ce paramètre est corrélé à l'étude car les mariés sont plus empathiques que les autres . Le nombre d'enfants varie entre 0 et 3 dont 59% n'ont pas d'enfant .

Notre effectif est représenté par 50% des internes et 50% des résidents et les résidents sont plus empathiques que les internes , 61% des résidents représentent les spécialités médicales et 39% représentent les spécialités chirurgicales , 51% des contractuels et 49% bénévoles .

Le nombre de gardes varie entre 0 et 14 durant les 2 derniers mois , et pour la résidence parentale 36,3% habitent avec les parents et 23% habitent très loin de la résidence parentale et qui habitent avec les parents ou près de la résidence parentale sont plus empathiques que les autres . Pour la distance entre le CHU et la résidence parentale , 46,7% habitent entre 0 à 10 kms du CHU et seulement 12,3% plus loin du CHU .

Pour le temps nécessaire pour arriver à l'hôpital 44% ont besoin de 0 à 10 min et seulement 6,7% ont besoin de plus de 30 min et ces derniers sont plus empathiques que les premiers et finalement pour le logement 41% des médecins habitent dans un loyer individuel 47% dans une maison de famille et seulement 1% dans la cité universitaire 83,3% selon notre étude ont souhaité faire médecine , et 58% recommandent les études médicales pour les autres et sont plus empathiques que les médecins qui ne recommandent ce genre d'études .

A part l'âge , statut marital , statut professionnel , la résidence parentale , la recommandation des études , et le transport les autres facteurs étudiés avaient une corrélation négative .

Les 3 dimensions mesurées d'empathie clinique se répartissent de la même manière dans notre population. Nous observons une répartition centrée sur des scores élevés, avec peu de variance (Tableau 2).

Les différences de moyennes entre chaque dimension s'expliquent par une différence du nombre d'items évalués par dimension.

Tableau 7. Distribution des dimensions de l'empathie clinique :

	<i>Moyenne</i>	<i>Médiane</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Min-Max</i>
<i>Prise de Perspective (PP)</i>	49.02	49	12.163	[16-70]
<i>Compréhension émotionnelle (CC)</i>	37.02	37	8.307	[8-56]
<i>Se mettre à la place du patient (SIPS)</i>	8.69	8	3.290	[2-14]

a/Facteurs associés :

Au cours de notre étude l'Age , le statut marital , statut professionnel ,résidence Parentale lieu de la résidence parentale ,la recommandation des études médicales aux autres et en dernier lieu le Transport sont les facteurs influençant de façon très significative l'empathie . ($p < 0.05$)(Tableau 3)

Les autres facteurs ont été recherchés mais n'étaient pas significativement reliés à l'empathie.

Tableau 8 : Résultats de l'analyse univariée

Facteurs	Jeff total*	PP*	CC*	SIPS*
Age	p=0.02	p=0.862	p=0.156	p=0.913
Sexe	p=0.303	P=0.541	p=0.163	p=0.700
Statut marital	p=0.007	p=0.886	p=0.575	p=0.288
Nombre d'enfants	p=0.199	p=0.751	p=0.235	p=0.611
Statut professionnel	p=0.001	p=0.937	p=0.365	p=0.242
Spécialité	p=0.909	p=0.750	p=0.183	p=0.699
Type de contrat	p=0.082	p=0.589	p=0.305	p=0.623
Nombre de gardes	p=0.831	p=0.676	p=0.186	p=0.998
Déménagement	p=0.293	p=0.750	p=0.847	p=0.115
Résidence parentale	p=0.046	p=0.085	p=0.980	p=0.126
Lieu de la résidence parentale	p=0.158	p=0.035	p=0.759	p=0.754
Souhait d'études	p=0.150	p=0.215	p=0.116	p=0.154
Recommandation	p=0.122	p=0.411	p=0.550	p=0.022
Transport	p=0.037	p=0.845	p=0.082	p=0.592
Logement	p=0.417	p=0.133	p=0.414	p=0.382

*Jeff total = Jefferson total (Score total)

Les 3 dimensions de l'empathie :

*PP = Prise de Perspective : c'est savoir adopter le point de vue du patient , le comprendre, Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchi explorant Plutôt l'aspect cognitif.

*CC = Compréhension émotionnelle : c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches.

*SIPS = Se mettre à la place du patient : c'est la capacité de se mettre à la place du patient peut être plus automatique.

Les autres facteurs ont été recherchés mais n'étaient pas significativement reliés à l'empathie , tels que :

- Sexe.
- Nombre d'enfants.
- Spécialité.
- Type de contrat.
- Nombre de gardes.
- Souhait d'études.
- Logement.

b/Interprétation des données :

A la lumière des données du tableau on a constaté que les facteurs influençant l'empathie et qui sont statistiquement significatifs : l'Age , le statut marital , statut professionnel , résidence parentale et lieu de la résidence parentale , la recommandation des études médicales aux autres et aussi le transport .

-Age :

On a trouvé au cours de notre travail que plus l'âge l'empathie augmente , mais nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la dimension PP , CC , SIPS et le facteur âge.

-Statut marital :

On a constaté que l'empathie est influencée par le statut marital et que les médecins marié(e)s sont plus empathiques que les médecins célibataires et les divorcé(e)s , mais nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la dimension PP , CC , SIPS et le statut marital .

-Statut professionnel :

On a trouvé aussi au cours de notre étude que les médecins résidents sont plus empathiques que les médecins internes , mais nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la dimension PP , CC , SIPS et le statut professionnel .

-La Résidence parentale et lieu de la résidence parentale :

On a constaté que les médecins habitants près de la résidence parentale sont plus empathiques que les médecins qui habitent loin de la résidence parentale et que la dimension de la prise de perspective est influencé par ce facteur , par contre on a pas trouvé d'association entre la CC et SIPS et la résidence parentale.

-Recommandation des études médicales aux autres :

Pour ce facteur on a trouvé que les médecins qui recommandent cette faculté pour l'étude de la médecine aux autres ayant une capacité de se mettre à la place que les autres médecins qui ne la recommandent pas , mais pas d'association entre ce facteur et Jefferson total, PP et CC.

-Transport :

On a constaté au cours de notre étude que les médecins qui habitent à plus de 30 min du CHU sont plus empathiques que les médecins qui habitent près de CHU , mais pas d'association entre ce facteur et PP , CC et SIPS.

8. Discussion :

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

Nous pouvons tout d'abord noter que ce travail est réalisé pour la première fois au Maroc.

Cette étude nous a permis d'obtenir de nombreux résultats dont nous en discuterons les principaux dans un premier temps. Puis nous discuterons la méthode et dégagerons les perspectives de ce travail.

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

Au terme de notre étude on a essayé de faire une étude assez large en réunissant les 2 piliers de la médecine les étudiants au cours de leurs formations et les médecins pratiquants d'où le titre (l'empathie entre l'éducation et la pratique médicale) , 632 étudiants en médecine et 300 médecins internes et résidents du CHU de Fès ayant participé . La moyenne du score total de Jefferson chez nos étudiants était de 97,65 (écart-type = 14.10) et la moyenne chez nos médecins était de 94.73 (écart-type de 17.05).

8.1. Empathie et variables socio-démographiques :

En nous intéressant aux variables socio-démographiques, nous avons retrouvé des associations significatives dans notre étude.

8.1.1 / Chez les étudiants :

I/ Facteurs associés au Jefferson total et aux trois dimensions de l'empathie :

a/ Score Jefferson total et le sexe :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et le sexe . Ainsi, nous observons que le sexe féminin ayant un score élevé de « Jefferson total » .

b/ Prise de Perspective et le sexe :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Prise de Perspective » et le sexe . Ainsi, nous observons que le sexe féminin ayant un score élevé de « Prise de Perspective ».

En première observation, nous pouvons nous interroger sur le lien qu'il peut exister entre ces 2 variables. Il faut rappeler ici que nos analyses ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre nos variables. Cependant, en terme de temporalité, il nous semble cohérent de pouvoir dire que le sexe féminin permet une Prise de Perspective plus importante. Le sexe féminin semble donc avoir un impact sur l'aspect cognitif de l'empathie.

c/ Compréhension émotionnelle et Sexe :

Nos résultats mettent en avant une association significative entre la dimension Compréhension Emotionnelle de l'empathie et le sexe . les étudiants de sexe féminin obtiennent de meilleur score de compréhension émotionnelle.

Ces Résultats sont cohérents avec les résultats trouvés dans la littérature , notamment pour Hojat (122), qui les explique par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Une autre explication serait que les femmes sont plus attentionnées que les hommes. Reste à savoir qui ce sont des critères intrinsèques au genre sexuel , ou extrinsèques , c'est-à-dire ce qui est attendu des femmes, et donc ce qui leur serait inculqué tout au long de leur éducation .

les femmes sont douées d'une plus grande capacité empathique que les hommes parce qu'elles présentent une plus grande sensibilité aux stimuli sociaux

et aux signaux émotionnels, ce à un âge plus précoce, et parce que leur orientation sur les soins résultent de l'évolution de l'histoire et de l'apprentissage social. Elle conclut que les femmes sont plus susceptibles que les hommes à engager une communication positive avec le patient, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du patient, en utilisant des échanges plus souvent verbaux, en passant souvent plus de temps avec le patient et en s'axant plus sur la prévention. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature , d'autres auteurs ayant montré que les femmes présentaient une empathie plus importante (73-75).

Une autre étude faite en France en 2015 (123) retrouve des scores JSE-S significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Par contre une étude faite en France 2012 (114) qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et sexe.

Ainsi, d'autres études n'ont pas trouvés d'association entre le genre et l'empathie , dans sa validation du JSPE en Italien, Di Lillo ne retrouve pas non plus d'association entre genre et empathie. Il est intéressant de noter que parmi les différentes traductions de l'échelle JSPE, c'est la version Italienne qui est la plus proche géographiquement et culturellement de la France. Par ailleurs, Di Lillo propose 3 explications (75): la première, comme nous l'avons évoquée, résulte d'une différence de culture avec les médecins Nord-Américains. Il met également en avant une différence liée à la traduction de l'échelle, et enfin, un problème lié à la population étudiée (778 médecins hospitaliers).

d/ Score Jefferson total et le financement des études :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et le financement des études médicales . Ainsi, nous observons que les étudiants ayant une bourse ou aide pour payer leurs études ayant un score élevé de « Jefferson total ».

e/ Compréhension émotionnelle et financement des études :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre la dimension

Compréhension Emotionnelle de l'empathie et le moyen de paiement des études .

les étudiants ayant une bourse ou aide pour payer leurs études obtiennent de meilleur score de compréhension émotionnelle.

Au cours de notre recherche on a pas trouvé des études qui prennent en considération le financement des études et son association avec l'empathie c'est pour cela on a pas pu discuter ces résultats avec elles .

II/ Absence d'association :

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

- Age.
- Niveau d'étude.
- Résidence parentale et lieu de la résidence parentale.
- Souhait d'études.
- Transport.
- Logement.

a/ L'âge :

Contrairement aux études antérieures nous n'avons pas trouvé entre l'empathie et l'âge certaines études ayant montrées une association entre l'âge et l'empathie notamment une étude faite en France en 2015 (123) qui a trouvé que les externes les plus jeunes étaient les plus empathiques, pour le score total à la JSPE-MS ($p=0.018$), mais aussi pour ses composantes « *perspective taking* » ($p=0.012$) et « *compassionate care* » ($p=0.03$) , Une tentative d'explication serait que les étudiants perdent leurs capacités empathiques au cours de leurs études, résultats que l'on pourrait rapprocher de ceux d'Hojat, qui avaient montré un déclin de l'empathie notamment à partir de la 3ème année des études médicales (124).

b/Niveau d'étude :

Contrairement aux certaines études qui ont trouvé une association entre le niveau d'étude et l'empathie notamment l'étude faite en France en 2015 (123) qui a trouvé que les externes les plus jeunes sont plus empathiques , on a pas trouvé d'association entre le niveau d'étude et l'empathie .

c/Résidence parentale et lieu de résidence parentale :

On a pas trouvé d'association significative entre la résidence parentale , lieu de la résidence parentale par rapport au CHU et l'empathie , et dans la littérature on a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur .

d/Souhait d'études :

On a pas trouvé aussi d'association significative entre le souhait d'études et l'empathie chez les étudiants , et dans la littérature on a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

e/Transport :

On a pas trouvé aussi d'association significative entre le transport et l'empathie chez les étudiants , et dans la littérature on a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

f/ Logement :

On a pas trouvé aussi d'association significative entre le logement et l'empathie chez les étudiants , et dans la littérature on a pas trouvé des études qui parlent d'une telle association car elles ne prennent pas en considération ce facteur.

Concernant les moyennes du score de Jefferson total des étudiants , plusieurs études sont faites dans ce sens en mesurant l'empathies des étudiants en médecine dans différents pays .

Les scores de Jefferson total ont variés d'une étude à une autre .

Le tableau ci-dessous résume ces différentes études .(Tableau 1)

Tableau 9 : Comparaison des moyennes du score de Jefferson total des autres études avec notre étude :

Étude	Population	Outils	Moyennes de score total de Jefferson
Ingrid (Vienne 2010) (118)	516 étudiants en médecine	JSPE-S	110,52
Hojat (USA 2011) (121)	265 étudiants des professions de la santé	JSE-HPS	115,1
Nadja (Allemagne 2012) (119)	127 étudiants de médecine	JSPE-S	113,26
Seyed (Iran 2009) (120)	1187 étudiants en médecine	JSPE-S	101,4
Notre étude (Fès-Maroc 2016)	632 étudiants en médecine	JSPE-S	97.65

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Fès) avec 4 grandes études faites en plusieurs pays Notamment en Autriche , en USA , en Allemagne et en Iran.

En Iran 2009 , 1187 étudiants en médecine ayant participé à l'étude et les moyennes de score total de Jefferson était de 101,4.

En Autriche (Vienne) 2010 , 516 étudiants en médecine ayant participé à l'étude et les moyennes de score total de Jefferson était de 110,52.

En USA 2011, 265 étudiants des professions de la santé ayant participé à l'étude et les moyennes de score total de Jefferson était de 115,1.

En Allemagne 2012 , 127 étudiants en médecine ayant participé à l'étude et les moyennes de score total de Jefferson était de 113,26.

A Fès 2015-2016, 632 étudiants en médecine ayant participé à l'étude et les moyennes de score total de Jefferson était de 97,65.

La moyenne de score la plus élevée était de 115,1 en USA et cette étude faite par Hojat en 2011.

8.2.1 / Chez les médecins internes et résidents :

I/ Facteurs associés au Jefferson total et aux trois dimensions de l'empathie :

a/ Score Jefferson total et l'âge :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et l'âge . Ainsi, nous observons que plus l'âge est élevé plus le score de

« Jefferson total » est élevé donc plus l'âge augmente l'empathie augmente.

Ce résultat n'est pas cohérent avec certains résultats trouvés dans la littérature (73,75,98) qui mettent en évidence que plus l'âge est jeune plus il ya de l'empathie et plus l'âge augmente l'empathie diminue au fur et à mesure.

Une autre étude de Lin et Carmel, en revanche, retrouve cette association dans leurs études respectives (76,77) : qui ont montrées aussi que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont empathiques.

Ainsi, nous aurions pu imaginer que l'âge est un reflet de l'expérience professionnel, et que celle-ci améliore l'empathie, donc il est possible que l'expérience, à défaut de modifier ce désir d'empathie, modifie le comportement du médecin dans sa communication aux patients.

b/ Score Jefferson total et le statut marital :

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

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude faite en France en 2012 (114) qui a montré que le fait de vivre en couple renvoie à un vécu personnel et au mode de relation du médecin avec l'autre et donc une dimension affective.

Par contre , ces résultats viennent nuancer ceux de Carmel, chez qui l'empathie n'était pas associée au statut marital (76). Cette étude n'a toutefois pas étudié les personnes en couple, mais bien le statut marital. De plus, c'est l'IRI qui était utilisée comme mesure de l'empathie, ce qui peut expliquer partiellement ce résultat.

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

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

Pour répondre à la première question, plusieurs études se sont penchées sur l'influence d'une relation amoureuse sur le bien-être. Ainsi, K. Dush (95) retrouve que le fait d'être marié est associé à un bien-être plus important que les personnes vivant en concubinage, elles-mêmes présentant un bien-être plus important que les célibataires. Les auteurs vont également plus loin : les personnes heureuses en ménage présente un niveau de bien-être plus élevés que les personnes en ménage malheureuse.

Enfin, lors d'analyses ajustées sur le fait d'être heureux en ménage, les auteurs retrouvent que les personnes en couple présentent encore un niveau de bien-être plus élevé. Ces résultats suggèrent qu'un phénomène explique le bien-être de personne en couple, indépendamment du fait d'être heureux en ménage. K.

Dush fait l'hypothèse que la position sociale participe à ce phénomène : vivre en couple est plus désirable socialement que le célibat.

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

Reprenons l'étude de Shanafelt réalisée chez des internes visait à mettre en évidence une association entre bien-être et empathie (78). Pour ce faire, il a comparé les résultats de 2 questionnaires : le Medical Outcome Study Short Form (SF-8) et les 2 sous échelles de l'IRI : Perspective Taking et Empathetic Concern. Les résultats montrent une association significative entre empathie et bien-être, et ce uniquement pour la sous échelle Perspective Taking, qui est la dimension cognitive de l'IRI. De plus, les scores d'empathie ou de bien-être n'étaient pas associés au statut marital. Les auteurs concluent que la réponse émotionnelle individuelle est peut être plus liée à des caractéristiques propres à chacun, plus qu'à une maturité émotionnelle. En revanche, la composante cognitive demande des efforts de compréhension du point de vue des patients, et donc d'éviter d'être tourner uniquement sur soi-même.

De plus, le travail de Shanafelt sur le « professionnalisme médical » vu en première partie (figure 2) vient nuancer nos résultats : si le fait de vivre en couple est associé à une empathie émotionnelle plus importante, cela peut également favoriser un bien-être et un équilibre favorable entre vie personnelle et vie professionnelle. C'est par ce biais que nous pouvons expliquer une amélioration de l'empathie cognitive et donc le fait de vivre en couple est un marqueur de bien-être.

Il semble logique de penser que l'empathie émotionnelle ainsi que l'empathie comportementale soient le reflet de l'implication émotionnelle du médecin dans sa relation avec le patient. Le Burnout serait alors lié à ce type d'empathie. Or, la composante cognitive n'est pas négligeable dans la relation médecin-malade. Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est cette composante qui permet un équilibre

entre top et trop peu. Plusieurs études suggèrent que le stress est associé à une diminution de l'empathie, dans son concept multidimensionnel, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie. Ceci conduit à construire un cadre de stress conduisant à des comportements et des attitudes non professionnelles (96,97) et ainsi au Burnout. Ainsi, le lien entre empathie et Burnout existe mais nécessite d'approfondir la relation de causalité.

c/ Score Jefferson total et le statut professionnel :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et le statut professionnel . Ainsi, nous observons que les médecins résidents sont plus empathiques que les médecins internes et donc ayant un score de « Jefferson total » élevé .

Plusieurs études ont montré que les internes devenus moins empathiques au fil du temps donc nos résultats rejoignent ceux de la littérature des études faites en France en 2014 et 2015 (115) (116) (123) .

Parmi les explications de ces résultats sont le burn-out ou charge de travail qui entrainerait une irritation, une perte de motivation, une diminution d'investissement, de la fatigue, une humeur triste. Il serait, de plus, lié à des soucis personnels ce qui entrainerait une diminution de l'empathie de l'interne , selon mon expérience ici en tant qu'interne et la grande majorité des internes relie le burn-out à une quantité de travail trop importante, une surcharge de travail , un interne fatigué se concentrera plus sur lui même et sera donc moins enclin à la relation empathique qui nécessite d'être à l'écoute de l'autre.

Il est donc important que les facteurs influençant le burn-out soient identifiés afin d'éviter cet état qui entrainerait lui-même une diminution de l'empathie

Ces études ayant montré que les médecins développent un savoir-être pendant l'internat. Ce savoir-être se construit notamment par la transmission informelle à travers des *rôles-modèles*, qui sont les médecins croisés au cours de leurs études. Ceux-ci leur apportent un modèle positif ou négatif de la relation

médecin/patient. Elle a montré que l'empathie baisse chez les internes de médecine générale en Ile-de-France. La significativité clinique de cette baisse reste à explorer.

Plusieurs mécanismes pourraient être en jeu. Pour appliquer notre modèle à la réalité, elle a mesuré l'empathie des internes de médecine générale d'Ile-de-France à trois reprises au cours de la première année. Elle a constaté une baisse à six mois qui était statistiquement significative. Elle a aussi observé, à six mois, que le score d'empathie est lié inversement à l'anxiété et positivement à la fréquence des contacts avec des médecins modèles sur le plan relationnel. Elle a observé à un an, que le score d'empathie est lié au sentiment d'accomplissement personnel (115).

d/ Score Jefferson total et la résidence parentale :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et la résidence parentale. Ainsi, nous observons que les médecins qui habitent avec ou près des parents sont plus empathiques que les médecins qui habitent loin et donc ayant un score de « Jefferson total » élevé .

e/ Score Jefferson total et le transport :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Score de Jefferson total » et le transport. Ainsi, nous observons que les médecins qui habitent à plus de 30 min de CHU sont plus empathiques que les médecins qui habitent près de CHU et donc ayant un score de « Jefferson total » élevé .

Au cours de notre recherche on a pas trouvé d'études qui prennent en considération ce facteur pour savoir est ce que nos résultats les rejoignent ou non .

f/ Prise de Perspective et lieu de la résidence parentale :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Prise de Perspective » et le lieu de la résidence parentale . Ainsi, nous

observons que les médecins habitants près de leurs résidences parentales ayant un score élevé de « Prise de Perspective » donc sont plus empathiques que les autres .

g/ Se mettre à la place du patient et recommandation des études médicales aux autres :

Nos résultats mettent en évidence une association significative entre empathie « Se mettre à la place du patient » et la recommandation des études médicales aux autres. Ainsi, nous observons que les médecins qui recommandent cette faculté aux autres ayant un score élevé de « Se mettre à la place du patient » et donc plus empathiques que les autres .

Au cours de notre recherche on a pas trouvé d'études qui prennent en considération ce facteur pour savoir est ce que nos résultats les rejoignent ou non .

II/ Absence d'association :

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

- Sexe.
- Nombre d'enfants.
- Spécialité.
- Type de contrat.
- Nombre de gardes.
- Souhait d'études.
- Logement.

a/Sexe :

Au cours de notre étude on a pas trouvé d'association significative entre le sexe et l'empathie , ces résultats rejoignent une étude faite en France en 2012 (114) qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et sexe.

Ainsi, nos résultats rejoignent d'autres études qui n'ont pas trouvés d'association entre le genre et l'empathie , dans sa validation du JSPE en Italien, Di

Lillo ne retrouve pas non plus d'association entre genre et empathie. Il est intéressant de noter que parmi les différentes traductions de l'échelle JSPE, c'est la version Italienne qui est la plus proche géographiquement et culturellement de la France. Par ailleurs, Di Lillo propose 3 explications (75): la première, comme nous l'avons évoquée, résulte d'une différence de culture avec les médecins Nord-Américains. Il met également en avant une différence liée à la traduction de l'échelle, et enfin, un problème lié à la population étudiée (778 médecins hospitaliers).

Par contre Ces Résultats ne sont pas cohérents avec les résultats trouvés dans la littérature , notamment pour Hojat (122), qui les explique par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Une autre explication serait que les femmes sont plus attentionnées que les hommes. Reste à savoir qui ce sont des critères intrinsèques au genre sexuel , ou extrinsèques , c'est-à-dire ce qui est attendu des femmes, et donc ce qui leur serait inculqué tout au long de leur éducation .

les femmes sont douées d'une plus grande capacité empathique que les hommes parce qu'elles présentent une plus grande sensibilité aux stimuli sociaux et aux signaux émotionnels, ce à un âge plus précoce, et parce que leur orientation sur les soins résultent de l'évolution de l'histoire et de l'apprentissage social. Elle conclut que les femmes sont plus susceptibles que les hommes à engager une communication positive avec le patient, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du patient, en utilisant des échanges plus souvent verbaux, en passant souvent plus de temps avec le patient et en s'axant plus sur la prévention. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature , d'autres auteurs ayant montré que les femmes présentaient une empathie plus importante (73-75).

Une autre étude faite en France en 2015 (123) retrouve des scores JSE-S significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

b/ Nombre d'enfants :

au cours de notre étude on a pas trouvé d'association significative entre le nombre d'enfants et l'empathie , ces résultats rejoignent la littérature selon l'étude faite 2012 (114) , qui n'a pas trouvé d'association entre empathie et le nombre d'enfants. Cependant, ce résultat est à nuancer.

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

c/Spécialité :

Dans notre étude on a pas constaté une association significative entre le type de spécialité et l'empathie , Ces données ne sont pas cohérentes avec l'étude de Hojat (122), qui a démontré que les médecins dont la spécialité était « orientée vers la personne »(Médecine Générale, Urgence, Psychiatrie) avaient des scores significativement plus élevés que les médecins dont les spécialités étaient plus techniques (Chirurgie). Que cela porte sur la composante affective de l'empathie pourrait s'expliquer par une tendance « naturelle » des étudiants voulant être médecin généraliste à se préoccuper davantage des autres et de ce qu'ils ressentent.

d/Type de contrat :

On a pas trouvé d'association significative entre le type de contrat (Bénévolat ou contractuel) et l'empathie , et durant la recherche on a pas trouvé d'études qui prennent en considération ce facteur pour savoir est ce que nos résultats rejoignent la littérature ou non .

e/Nombre de gardes :

On a pas trouvé d'association significative entre le nombre de garde et l'empathie , ces résultats ne rejoignent pas la littérature car selon plusieurs études faites en France (115)(116)(123)qui mettent en évidence une diminution de l'empathie surtout pour les internes par le fait de burn-out ou charge de travail .

f/Souhait d'études :

On a pas trouvé d'association significative entre le souhait d'études et l'empathie , et durant la recherche on a pas trouvé d'études qui prennent en considération ce facteur pour savoir est ce que nos résultats rejoignent la littérature ou non .

g/Logement :

On a pas trouvé d'association significative entre le logement et l'empathie , et durant la recherche on a pas trouvé d'études qui prennent en considération ce facteur pour savoir est ce que nos résultats rejoignent la littérature ou non.

9-Solutions et perspectives :

• INTERET DE L'EMPATHIE POUR LE PATIENT

L'empathie est petit à petit devenue une compétence validée de la pratique médicale moderne. En psychothérapie, l'empathie est depuis longtemps considérée comme un des éléments nécessaires à une relation curative. Bien sûr, cette dernière rejoint l'idée d'effet placebo de la relation.

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

Cette relation de confiance joue aussi sur l'état de santé perçu. Le patient est moins anxieux , souffre moins .

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

* APPORT DE L'EMPATHIE POUR LE MEDECIN :

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

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

Mais pour pouvoir appliquer l'empathie, il faut avoir quelques notions de son importance, et ainsi promouvoir l'empathie au cours des études médicales, afin de

permettre aux étudiants une réflexion critique sur les liens entre l'empathie, le raisonnement médical et la prise de décisions éthiques et justes.

Le médecin traitant, interlocuteur privilégié du patient qui accorde une grande importance à l'empathie de son médecin, la relation médecin-malade devient une alliance, l'empathie le moyen de parvenir à cette relation.

- PEUT-ON ENSEIGNER L'EMPATHIE ?

Selon certains auteurs, l'empathie ne peut être enseignée, juste favorisée.

L'empathie affective peut être développée en mettant l'accent sur les ressentis des étudiants auprès des patients, en leur laissant de l'espace pour s'exprimer et en valorisant une vision humaniste des soins.

En leur apprenant l'écoute, le respect, la tolérance, en diminuant leur anxiété, on faciliterait une attitude empathique.

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

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

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

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

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

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

L'aspect relationnel est donc mis au premier plan.

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

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

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

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.

- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un événement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins.

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

- Le bien être de l'interne :

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

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

L'interne est dans la pratique concrète de son métier, confrontant ses croyances à la réalité.

Cela l'expose au dilemme entre le risque d'être trop empathique d'une part et le risque de manquer d'empathie d'autre part.

* De la Psychothérapie du médecin :

Des résultats d'une étude faite en 2012 sur l'empathie chez les généralistes (114) ont montré une association significative entre empathie cognitive et suivre ou avoir suivi une psychothérapie. Ce résultat amène de nombreuses remarques et réflexions. L'association est retrouvée avec la dimension d'empathie cognitive et non les autres dimensions. Ce lien entre empathie cognitive et psychothérapie conforte l'hypothèse que la psychothérapie est un travail et une réflexion sur soi. Elle améliore donc de manière consciente notre relation à l'autre. Nous ne pouvons conclure ici sur la relation de causalité entre l'empathie et la psychothérapie. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'avoir suivi ou suivre une psychothérapie est un moyen de se sensibiliser ou d'améliorer son écoute et donc son empathie.

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

• Projet d'un médecin empathique :

On peut suggérer une utilisation du concept d'empathie pour développer les compétences relationnelles des médecins de façon harmonieuse et globale. En stage, le suivi par une supervision directe et à l'aide d'une fiche , permettrait

de prendre en compte le rythme de développement de chaque externe et interne. Les définitions de l'empathie sont insuffisantes pour développer le savoir-être des médecins car elles sont trop complexes et trop éloignées de la pratique. Il faut utiliser une approche innovante, au lieu de théoriser sur ce qu'est l'empathie. Une nouvelle définition dite clinique peut être utile pour atteindre l'objectif :

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

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

Ainsi, On peut proposer un auto-suivi de l'empathie.

Tester et évaluer les autres modes de formations dont les jeux de rôles, les cours théoriques et les patients simulés semble aussi nécessaire. Par tous ces moyens, la formation des médecins pourrait améliorer leur empathie, leurs compétences relationnelles, la qualité des soins et *in fine*, le bien-être et l'état de santé des patients.

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

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

10.Conclusion :

L'empathie, ou l'aptitude à comprendre les expériences et le point de vue de l'autre, et à lui communiquer cette compréhension, est la base d'une relation médecin-malade efficace. Elle a fait l'objet au cours du XXIème siècle de nombreux articles qui ont démontré ses multiples portées à la fois pour le patient, mais aussi pour le médecin. La confiance du patient en son médecin et donc son observance sont favorisées, d'où une amélioration de sa prise en charge, se traduisant par de meilleurs résultats cliniques et biologiques.

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

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

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

Nous avons pu mettre en évidence chez les étudiants que le sexe féminin est plus empathique que le sexe masculin , de même que les étudiants ayant une bourse pour payer leurs études sont plus empathiques que les autres étudiants .

Chez les médecins internes et résidents notre étude a pu mettre en évidence que plus l'âge augmente l'empathie augmente avec , de même le statut marital affecte l'empathie car les médecins mariés sont plus empathiques que leurs confrères et consœurs célibataires et divorcés , en plus le statut professionnel a également montré une signification et que les résidents sont plus empathiques que les internes , aussi la résidence parentale joue un rôle dans l'empathie des médecins car notre étude a montré que les médecins qui habitent près de leurs résidences parentales sont plus empathiques que les médecins qui habitent loin , de plus les médecins qui recommandent la faculté de médecine aux autres sont plus empathiques que les autres et enfin le transport reste aussi un élément affectant l'empathie et que les médecins qui habitent loin de CHU de plus de 30 min sont plus empathiques que les médecins qui habitent près de CHU . D'autres facteurs évalués dans ce sens afin d'évaluer leurs répercussions sur l'empathie mais n'étaient pas significatifs .

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction :

L'empathie est une qualité nécessaire à toute personne dans ses relations sociales et familiales , mais devient plus importante quand elle couvre la relation médecin-malade et c'est aussi une compétence que les étudiants et les médecins doivent maîtriser . Notre objectif était de mesurer l'empathie chez les étudiants et chez les médecins doivent maîtriser pour leur réussite professionnelle .

Objectifs :

Notre objectif était de mesurer l'empathie chez les étudiants et chez les médecins internes et résidents à travers l'échelle de Jefferson , et mettre en évidence les facteurs influençant l'empathie des médecins ainsi que des étudiants en médecine avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie .

Méthodes :

Nous avons demandé à des étudiants de la 3^{ème} année jusqu'à la 6^{ème} année et aux médecins internes et résidents de CHU de Fès de remplir les questionnaires suivants :

- Des informations personnelles et socio démographiques .
- Jefferson Scale Physician Empathy dans son adaptation française, mesurant l'empathie clinique en 3 composantes (affective, cognitive et comportementale).

Résultats :

Nous avons obtenu 632 questionnaires des étudiants dont (63 % des filles , âge moyen 22,3 ans). Selon les dimensions, nous retrouvons que l'empathie était associée au sexe féminin et que les filles sont plus empathiques que les garçons (Jeff total : $p < 0,001$, PP : $p = 0,001$, CC : $p = 0,004$), et associée au moyen de paiement des études (Jeff total : $p = 0,05$, CC : $p = 0.03$).

Nous avons obtenu aussi 300 questionnaires des médecins internes et résidents dont (59 % des femmes , âge moyen 27 ans).Selon l'échelle de Jefferson , nous retrouvons que l'empathie était associée à l'âge ($p=0,002$) plus l'âge augmente l'empathie augmente , au statut marital ($p=0,007$) les médecins mariés sont plus empathiques que les célibataires et les divorcés , au statut professionnel ($p=0,001$) les résidents sont plus empathiques que les internes , à la Résidence parentale (Jeff total : $p= 0,046$, PP : $p=0.035$) les médecins habitants près de la résidence parentale sont plus empathiques que ceux qui habitent loin des parents , à la recommandation des études médicales aux autres (SIPS : $p=0,022$) les médecins qui recommandent cette faculté pour l'étude de la médecine aux autres sont plus empathiques et finalement au transport ($p=0,037$) les médecins qui habitent à plus de 30 min du CHU sont plus empathiques que ceux qui habitent près de CHU.

En conclusion , nous discutons la nature de l'empathie est elle une capacité innée ou acquise ? et est ce qu'on peut l'améliorer des mesures de psychothérapie ou autres mesures ?

ABSTRACT

Objectives :

Empathy is a necessary quality and it is a skill that students and physicians must master . Our objective was to measure empathy among students and among physicians through the scale of Jefferson, and highlight factors influencing empathy physician and external medical with the ambition to bring elements for improving empathy through training or through practice .

Methods :

We asked students from Year 3 to Year 6 and internal physicians and Fez University Hospital residents to complete the questionnaire consists of:

- Personal and socio demographic factors in the first part.
- The Jefferson Scale Physician Empathy in its French version, measuring clinical empathy into 3 components (affective, cognitive and behavioral) in the second part.

Results :

We got 632 questionnaires that students (63% girls, average age 22.3 years). Depending on the size, we find that empathy was associated with female sex and that girls are more empathetic than boys (Jeff total: $p < 0.001$, PP: $p = 0.001$, DC: $p = 0.004$), the means of payment studies (total Jeff: $p = 0.05$, CC: $p = 0.03$).

We also obtained 300 questionnaires internal physicians and residents whose (59% women, mean age 27 years) .According to the dimensions we find that empathy was associated with age ($p = 0.002$) with increasing age empathy increases, marital status ($p = 0.007$) married doctors are more empathetic than single and divorced, professional status ($p = 0.001$) residents are more empathetic than the domestic, parental home (Jeff total : $p = 0.046$, PP: $p = 0.035$) doctors residents near the parental home are more empathetic than those who live far from parents, the recommendation was sent to the other (SIPS: $p = 0.022$) doctors who recommend this faculty for the study of medicine in other plys are empathetic and

finally transportation ($p = 0.037$) doctors who live more than 30 minutes of the CHU are more empathetic than those living near university Hospital.

Can we say that empathy is innate or acquired capacity? it can be improved by psychotherapy? and what type of practical training may propose to improve it?

...

مفصل لتعماف بلن لتعلم وللمراسلة لطبية

الأهمل

التعماف هو لوجوداة لللازمة بل لولمه رافة تي إيجبة انه امن طفا الطلاب والأطباء على حد سواء كان هدفنا لهذا
 ق يلمل لتعلم بين الطلاب والأطباء من خلال (بللم يوسون)، تبدل طفا لضعء على لعللال تي تؤؤ على لتعلم
 عنظ ب يباو طفا لمع الطوح لإشواك عناصرحس بلن لتعلم من خلال تويب أو من خلال للمراسلة.

الطرق:

قندنا بل لمأسد تم لرة من طفا الطلاب تداء من لسئلة لثمة لللسد لمدادسة، علاوة على الأطلاب بل يين و
 الملق يباو بللسد تشد على لجمعي للسلن ثاني فلن ت تكون هذا لاسد تم لرة من:
 اللوالل يوغراف يالم وشخص الابلجو تماع ية في شطها الأول
 سلم يوسون لتعلم فيلسل تونس اللمعة تمدة، لفي يبقوم يلمل لتعلم بعتقس يمل لى ثلث عناصوا (لوجداني،
 المعوفي ولسلوكي) في شطها ثاني.

النتائج

بالنسبة لطلاب بقصد لناعلى 632 تم لرة لثمة 63 لمدئة إنث، وم توسط لمركان بمعدل 22.3 لمدئة.
 اع تم اداع لللى لبعانا لموسدة ووجدنا أن لتعلم كان تطبا بجنس الإنث فيمذ أتبلعاد مديث أن مجموع لأجوبة
 كانت لة على أن الإنث ك توعظ فامنا لثكور، وهدأ ايضا الرظ لا بلتة بين ي توفون على ملند تقسد يدمصر في
 اللراسلة لتعلم فون كؤ من غ وهم .
 لما بخصون الأطلاب بل يايلق ويم بين، فقصد لناعلى 300 تم لرة قد يث 59 لمدئة من لندسل وم توسط لمركان
 بمعدل 27 لمدئة .

وقلال بعانا لموسدة ووجدنا أن لتعلم كان تطبا ب:

تقدم لسن، مديث أن لتعلم يدمع تقدم لسن

الاحاللة تماع ية تد يوجدنا أن الأطباء لملء تزوج بين هم ك توعظ فامن غ وهم

الوضع لمهني مديث أن الأطباء يين هم ك توعظ فامن الأطلاب بل يين .

الوقب من للكل لدين، مديث أن الأطباء يين يقطون لوقب من منازل لدين هم ك توعظ فامرؤ لثلكذ يين يقطون
 بعبدا عن الأهل .

بما لندس بل للأطباء لدين يوصون بمراسة الطب كانوا ك توعظ فامن غ وهم .

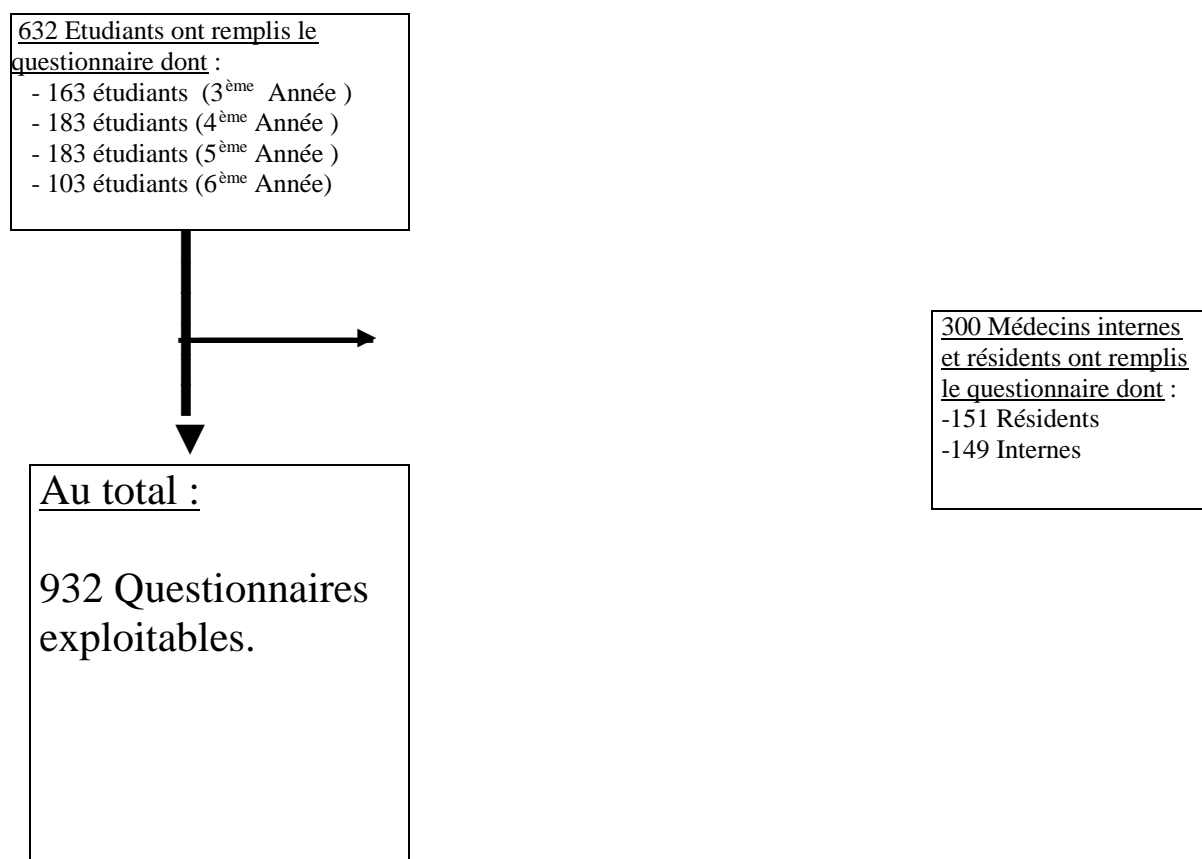
أذوا ووجدنا أن الأطباء يين يقطون على بعدكؤ من 30 يقة ملنسد تشد في هم ك توعظ فامرؤ لثلكذ يين يقطون
 بالوقب منهم.

واظلا قالمق نتائج لمحصل يهاهل يمكننا القول أن لتعلم هو قو قظر يةكلؤ تسببة؟ هل يكتنسد ينها من خلال

العلال لفسى؟ وما هي أوالع تدرا لبعدل ية تي يملكق قاطه تلحسد بلن لتعلم؟

11. Annexes :

11.1 Diagramme de flux :



11.2 Questionnaire des données sociodémographiques :

Chers étudiants / Chers Médecins :

Dans le cadre des initiatives menées à la Faculté de médecine de Fès, nous menons une étude sur l'empathie chez les étudiants et chez les médecins à travers l'échelle de Jefferson.

Nous vous rappelons que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs de l'empathies des nos étudiants et nos médecins.

Merci beaucoup pour votre participation.

Question 1 : Age : ans

Question 2 : Sexe : M F

Question 3 : Année d'étude : 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

(Pour les étudiants)

Question 4 : Statut marital : Célibataire Marié Divorcé

Si marié(e) à Nombre d'enfants :

Question 5 : Moyens de paiement de vos études :

(Pour les étudiants)

Seulement la famille

Aide ou bourse

Travail et étude

Question 6 : statut Professionnel : Médecin Interne Service

Médecin Résident

Spécialité : Médicale Chirurgicale

Laquelle

Bénévolat Contractuel

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

Question 7 : C'est loin de la Résidence parentale :

rien peu assez beaucoup

Question 8 : Nombre de km entre le CHU et résidence parentale :

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

Question 9 : Est-ce que vous avez souhaité faire les études médicales :

Oui Non

Question 10 : Recommanderiez-vous cette faculté pour l'étude de la médecine aux autres ?

Oui Non

Question 11 : Transport : Temps nécessaire en minutes pour arriver à l'université ou à hôpital :

0 à 10min 10 à 30min plus de 30min

Question 12 : Logement :

Cité universitaire

Maison de famille

Loyer individuel

Loyer collectif

11.3 : Questionnaire JSPE :

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle suivante.

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

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

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

1/<< Prise de Perspective >> : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20.

2/<< Compréhension émotonnelle >> : items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19.

3/<< Se mettre à la place du patient >> : items 3 et 6.

Pour Chaque Question du questionnaire de l'Echelle Jefferson on va donner le numéro de la question comme suit : Jefferson 1 (Question n1) à Jefferson 20 (Question n20) et on va voir les réponses de chaque Question .

12. Références Bibliographiques :

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Editions Payot & Rivages; 1996.
2. Castiglioni A. Histoire de la médecine / A. Castiglioni. 1931.
3. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 10e éd. Presses Universitaires de France- PUF; 2005.
4. Stoetzel J. La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale. pop. 1960;15(4):613-24.
5. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et Maladies Infectieuses. 2005 avr;35(4):173-85.
6. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press; 1981.
7. Good BJ. Comment faire de l'anthropologie médicale ?: Médecine, rationalité et vécu. Institut Synthélabo; 1998.
8. Augé M, Herzlich C. Le Sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Éditions des archives contemporaines; 1984.
9. Ph. Jeammet, M. Reynaud, S.M. Consoli. Psychologie médicale. 2e éd. Masson; 1996.
10. Pedinielli J-L. Les théories étiologiques des malades. Psychologie française. 41(2):137-45.
11. Laplantine F. Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Payot; 1993.
12. Velluet L. Conférence Permanente de la Médecine Générale, Le champ de la subjectivité. Editoo.com. 2002.

13. Grebot E, Paty B, Girard Dephanix N. Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale*. 2006 juin;32(3):315-24.
14. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*. 1985 janv;20(1):3-26.
15. Balint M. *Les Voies de la régression, avec une étude de Enid Balint: distance dans 87 l'espace et dans le temps*. Payot; 1981.
16. Ray C, Lindop J, Gibson S. The concept of coping. *Psychological Medicine*. 2009 juill 9;12(02):385.
17. Dupain P, Salvador A, Sachons C. Évaluation des stratégies de coping et diabète de type 2. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2007 oct;17(3):125-9.
18. Appleton S, Browne A, Ciccone N, Fong K, Hankey G, Lund M, et al. A Multidisciplinary Social Communication and Coping Skills Group Intervention for Adults with Acquired Brain Injury (ABI): A Pilot Feasibility Study in an Inpatient Setting. *Brain Impairment*. 2011 déc;12(3):210-22.
19. Grey M, Jaser SS, Whittemore R, Jeon S, Lindemann E. Coping Skills Training for Parents of Children With Type 1 Diabetes. *Nursing Research*. 2011 mai;60(3):173-81.
20. Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L, Etter EM, Rienks S, Markman H. Preliminary Efficacy of an Intervention to Reduce Psychosocial Stress and Improve Coping in Low-Income Families. *American Journal of Community Psychology*. 2010 nov 23;48(3-4):257-71.
21. Chemama R, Vandermerch B. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse; 2003.
22. Freud S. *Cinq psychanalyses*. Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
23. Basset B. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint Denis: INPES;

24. Herzlich C. *Medecine, Maladie et Societe: Recueili de Textes Presentes et Commentes*. Walter de Gruyter; 1970.
25. BOUQUIER, BERNARD-CATINAT, DUCLOUX, CERRUTI, VIGUIER. *Evolution du métier de médecin. Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins: Commission nationale permanente*; 2001 juin.
26. Malvezin E. *La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian, Luc Perino et Martin Winckler [Thèse d'exercice]*. 2010.
27. Pages J. *Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]*. 2010.
28. Galam E. *Burn out des médecins libéraux : Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question*. *Médecine*. 3(10):474-7.
29. Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, et al. *Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of Medical students?* *BMC Family Practice*. 2011 mai 9;12(1):25
30. Winckler M. *La maladie de Sachs: roman*. P.O.L.; 1998.
31. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. *Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors*. *JGen Intern Med*. 2006 mai;21(5):419-23.
32. Goffman E. *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Ed. de Minuit; 1979.
33. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. *Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient*. *Santé Publique*.2007;19(3):241.
34. Bera J. *Les attentes de la population envers les futurs médecins généralistes [Thèse d'exercice]*. 2010.
35. Rouy J-L, Pouchain D. *Relation médecin-malade et médecine générale*.
36. *Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. *Santé Publique* mars 4, 2002.

37. Sarradon-Eck A. Colloque « Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives ». Bulletin Amades. Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé. 2006 sept 1;(67).
38. Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC référence. 2004;15-35.
39. Conférence Permanente de la Médecine Générale C permanente de la médecine. Pédagogie de la relation thérapeutique en médecine générale : Apports théoriques. Editoo.com; 2001.
40. Lipps T. Zur einföhlung. W. Engelmann; 1912.
41. Hogan R. Development of an empathy scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969;33(3):307-16.
42. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy¹. Journal of Personality. 1972 déc;40(4):525-43.
43. Thomassin-Havet V, Le Gall D. Théorie de l'esprit et lobe frontal : contributions de la neuropsychologie clinique. [S.l]: [s.n.]; 2007.
44. Decety J. L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales. Neuropsychiatrie: Tendances et Débats. 2004;(23).
45. Jean Decety : L'empathie, une spécificité humaine ? Le Monde.fr [Internet]. [cité 2012 mai 6]; Available de:
http://www.lemonde.fr/savoirs-etconnaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificitehumaine_331910_3328.html
46. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions 89 d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice]. [[S.l.]: [s.n.]; 2011.
47. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. J Gen Intern Med. 2006 mai;21(5):524-30.
48. Glaser KM. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. Medical Science Monitor. 2007;13(7).

49. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*. 2007;7(1):24.
50. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*. 2009 mars;74(3):339-46.
51. Michalec B. Learning to cure, but learning to care? *Advances in Health Sciences Education*. 2010 sept 25;16(1):109-30.
52. Sicard M. L'empathie en psychiatrie : théories et pratiques [Thèse d'exercice]. [[S.I.]]: [s.n.]; 2009.
53. Peretti A de. Pensée et vérité de Carl Rogers. Privat; 1974.
54. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1er éd. Springer-Verlag New York Inc.; 2006.
55. Lang NH. And the Least of These is Empathy. 1973 [cité 2012 mai 28]. Available de:
<http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/detail?accno=EJ072465>
56. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002;29(2):213.
57. Spiro H, Spiro HM. Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel. Yale University Press; 1996.
58. Maxwell B, Racine E. Should Empathic Development Be a Priority in Biomedical Ethics Teaching? A Critical Perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2010 août 18;19(04):433-45.
59. Honorat C. Apprentissage de l'exercice médical Le malade et sa maladie. 2005.
60. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctorpatient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ : British Medical Journal*. 1991 nov 30;303(6814):1385.

61. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001 avr;76(4):390-3.
62. Falissard B. Pour une approche scientifique du subjectif. *Le Courrier des addictions.* 2007 nov;(4).
63. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé: Perspective méthodologique et statistique. Elsevier Masson; 2008.
64. Chlopan BE, McCain ML, Carbonell JL, Hagen RL. Empathy: Review of available measures. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1985;48(3):635-53.
65. Dillard JP, Hunter JE. On the Use and Interpretation of the Emotional Empathy Scale, the Self-Consciousness Scales, and the Self-Monitoring Scale. *Communication Research.* 1989 janv 2;16(1):104-29.
66. Cross DG, Sharpley CF. Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale. *Psychological Reports.* 1982;50(1):62.
67. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983;44(1):113-26.
68. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy. *Academic Medicine.* 2002 oct;77(Supplement):S58 S60.
69. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach.* 2005 nov;27(7):625-8.
70. Spreng RN, McKinnon M, Mar R, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *J. of Personality Assessment.* 2009 janv;91(1):62
71. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1997 févr 26;277(8):678-82.

72. Morse DS, Edwardson EA, Gordon HS. Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication. *Archives of Internal Medicine*. 2008 sept 22;168(17):1853-8.
73. Hojat M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002 sept;159(9):1563-9.
74. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine*. 2009 sept;84(9):1192-7.
75. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of 91 Physician Empathy: Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. *Academic Medicine*. 2009 sept;84(9):1198-202.
76. Carmel S. Compassionate-empathic physicians: Personality traits and Socialorganizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine*. 1996 oct;43(8):1253-61.
77. Lin H-C, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care*. 2004 déc 1;16(6):437-45.
78. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among. *J GEN INTERN MED*. 2005 juill;20(7):559-64.
79. West C, Shanafelt T. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education*. 2007;7(1):29.
80. Commission TIT. International Guidelines on Computer-Based and Internet-Delivered Testing. *International Journal of Testing*. 2006;6(2):143-71.
81. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la Santé [Internet]*. 2010 sept;(157). Available de: <http://www.irdes.fr/Publication/2010/Qes157.pdf>

82. Delfarriol G. Autoévaluation du comportement du médecin généraliste, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation [Thèse d'exercice]. 2004.
83. Dickes P. La psychométrie: Théories et méthodes de la mesure en psychologie. Presses universitaires de France; 1994.
84. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. 2nd edition. Oxford Medical Publication; 1995.
85. Kahneman D, Tversky A. Choices, Values, and Frames. National Emergency Training Center; 1984.
86. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. Acad Med.2010 avr;85(4):588-93.
87. 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 Psychology. 2005;9(3):214-27.
88. Sherif CW, Sherif M, Nebergall RE. Attitude and Attitude Change: The Social Judgment-Involvement Approach. Greenwood Press Reprint; 1982.
89. Richard F. Les erreurs en médecine : pourquoi et comment en parler ? Rev Epidemiol. 2005;53(3):315-22.
90. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. University of Chicago Press; 1988.
91. Forsé M. Rôle spécifique et croissance du capital social. Revue de l'OFCE (Observations et diagnostics économiques). 2001 janv;(76):189-216.
92. Benard B. Resiliency: What We Have Learned. WestEd; 2003.
93. Lietz C. Empathic Action and Family Resilience: A Narrative Examination of the Benefits of Helping Others. Journal of Social Service Research. 2011 mai;37(3):254-65.

94. Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2000 sept;13(3):99-111.
95. Dush CMK. Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2005 oct 1;22(5):607-27.
96. Dyrbye LN. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2010 sept 15;304(11):1173.
97. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Commentary: Medical Student Distress: A Call to Action. *Academic Medicine*. 2011 juill;86(7):801-3.
98. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J GEN INTERN MED*. 2007 juill;22(10):1434-8.
99. Irving GJ, Holden J. 15 minute consultations as standard benefit patients and GPs. *BMJ*. 2012 juin 1;344(jun01 1):e3704-e3704.
100. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD003540.
101. Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther*. 1990 nov;70(11):707-711; discussion 712-715.
102. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008;3:10.
103. Halpern J. Empathy and patient-physician conflicts. *J Gen Intern Med*. 2007 mai;22(5):696-700.
104. Hojat M. TEN APPROACHES FOR ENHANCING EMPATHY IN HEALTH AND HUMAN SERVICES CULTURES. *Journal of Health & Human Services Administration*. 2009 mars;31(4):412-50.93
105. Garden R. Expanding Clinical Empathy: An Activist Perspective. *J GEN INTERN MED*. 2008 nov;24(1):122-5.

106. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001 oct 17;286(15):1897-902.
107. Shapiro J, Rucker L. Can Poetry Make Better Doctors? Teaching the Humanities and Arts to Medical Students and Residents at the University of California, Irvine, College of Medicine. Academic Medicine. 2003 oct;78(10):953-7.
108. Wear D, Varley JD. Rituals of verification: The role of simulation in developing and evaluating empathic communication. Patient Education and Counseling. 2008 mai;71(2):153-6.
109. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. Patient Educ Couns. 2002 déc;48(3):207-16.
110. Benbassat J, Baumal R. Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. Acad Med. 2005 févr;80(2):156-61.
111. Fabre de Morlhon O. L' empathie en DCEM2 : les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module « formation à la relation thérapeutique », un groupe Balint pour étudiants : étude analytique quantitative avec groupe témoin [Thèse d'exercice]. 2010.
112. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. Acad Psychiatry. 2008 févr;32(1):44-53.
113. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress Management and Resilience Training Among Department of Medicine Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial. Journal of General Internal Medicine. 2011 janv 29;26(8):858-61.
114. Melle BUFFEL du VAURE Céline 2012 , « les déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique » UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES PARIS 5 .
- 115 . Arnaud Maury 2015 , « Impact de la première année d'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte *Internlife*, Fiche INDICE » Université Sorbonne Paris Cité Faculté de Médecine Paris Descartes (Paris 5)

116. *Joubert, Audrey 2014* , « Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale » UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES ; Faculté de Médecine PARIS DESCARTES
117. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy During medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Acad Med.* 2010;85(4):588-93.
118. Preusche I, Wagner-Menghin M. Rising to the challenge: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013 Oct;18(4):573–87.
119. Koehl-Hackert N, Schultz J-H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, et al. [Burdened into the job - final-year students' empathy and burnout]. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 2012;106(2):116–24.
120. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J. Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Med Teach.* 2010;32(11):e471–8.
121. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider – student version. *J Interprof Care.* 2011 Jul; 25(4):287–93.
122. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach.* 2005;27(7):625–8.
123. Audrey Morice-Ramat , 2015 , « Approche psychométrique de l'empathie , de la resilience et de la maitrise émotionnelle chez les internes de médecine générale de Nantes » Université de Nantes , France
124. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med.* sept 2009;84(9):1182–91.