



HAL
open science

La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale

Claire Eydaleine

► **To cite this version:**

Claire Eydaleine. La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01116642

HAL Id: dumas-01116642

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116642>

Submitted on 13 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Université Paris Descartes

Faculté de médecine

ANNEE 2014

N°57

La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par ***Eydaleine, Claire***

Née le 25.05.1984 à Sèvres

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de
Paris Descartes,
le 10/06/2014

Dirigée par Monsieur le Docteur Bloch, Frédéric

Devant un jury composé de :

M. Le Professeur Jaury, Philippe Président

Mme le Professeur Rigaud, Anne-Sophie

Mr le Professeur Goupy, François

Mme le Docteur Catu-Pinault, Annie



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

« Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance. Pénétrant et exposant, au préalable, près des malades le présent, le passé, l'avenir de leurs maladies, expliquant ce qu'ils omettent, il gagnera leur confiance, ils n'hésiteront pas à se remettre à ses soins. »
Hippocrate

« Néanmoins, le médecin progressera s'il est capable d'éprouver du respect et de l'amour à l'égard de son patient. Nous devons aimer nos malades comme des frères. Cette communication est particulièrement contraignante. Elle demande beaucoup de temps. En respectant ces principes, les médecins ne seront jamais des prestataires de services et les malades jamais des utilisateurs. »

« Le médecin doit savoir regarder son malade. Avant d'apprendre à parler à un malade, il faut apprendre à l'écouter. »
Professeur Pierre AMBROISE-THOMAS Président de l'Académie de Médecine

« Happiness is a skill, emotional balance is a skill, compassion and altruism are skills, and like any skill they need to be developed. That's what éducation is about. »
Matthieu Ricard

« Ce n'est pas parce que c'est impossible que l'on essaye pas. C'est parce que l'on n'essaye pas que c'est impossible. »
Inconnu

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Merci à mon directeur de thèse, le Dr Frédéric Bloch, pour m'avoir guidé tout au long de ce travail et pour ces précieuses remarques.

Merci à l'ensemble de l'équipe Inter'life : le Dr Annie Catu-Pinault, le Dr Céline Buffel du Vaure, Emilie Boujut et plus particulièrement Franck Zenasni et Marion Botella pour leur aide.

Merci au professeur Philippe Jaury pour sa présence et ses remarques lors des réunions Inter'life et d'avoir accepté d'être mon président de thèse.

Merci au professeur François GOUPY, au professeur Anne-Sophie RIGAUD et au docteur Annie CATU-PINAULT d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci aux médecins qui ont été malgré eux des modèles pour moi lors de mes études médicales :

- *au Dr Gilbert Souweine qui m'a fait découvrir l'empathie en médecine générale pendant mon externat à Lyon*
- *aux médecins des mes différents stages hospitaliers qui ont su pointer mes faiblesses et mettre en valeurs mes forces me permettant de me donner confiance en moi*
- *au Dr Loïc Bohu pour son riche enseignement en médecine générale*

Merci à mes amies futures médecins ou celles déjà médecins qui m'ont soutenu pendant toutes ces longues années d'études :

- *aux morues de Lyon : Anne, Patricia, Charlène et Aurélie. En souvenirs de nos brioches aux choco-bons lors des révisions au début puis à chaque fois qu'on se voit maintenant !*
- *à Marya en espérant te revoir en France ou ailleurs*
- *à Estelle et Kristin pour une année hors du commun et celles qui ont suivies*
- *à Aurore d'avoir été une super co-interne et maintenant chef ;)*

Merci à mes ex-collocs avec qui j'ai eu soutien, fou-rire et joie

- *à Laetitia en espérant que nos routes se recroiseront et Pauline*
- *à Mariam : you'll always be like a sister for me. Hope to see you in France or England soon !*
- *à Bérangère pour garder mes petits mots dyslexiques !*
- *et particulièrement à Mimi et Julie qui ont su mettre la bonne musique qu'il fallait aux bons moments !*

Merci à mes amis non médecins :

- *à Mélanie pour écouter et m'aider dans mes choix depuis mes premiers jours. Ta présence à mes côtés (même si nous avons toujours vécu loin l'une de l'autre) depuis 30 ans est une chance inouïe.*
- *à Géo pour prendre soin d'une personne qui m'est si chère*
- *à Patricia et Sébastien pour leur amitié, leur confiance et la rencontre qu'ils m'ont permis de faire*
- *à Vincent pour la découverte de tous ces jeux et Rémi*
- *à Anne-Laure, Delphine, Mathilde d'être toujours présente après de si nombreuses années !*
- *à Isabelle et sa famille qui m'ont fait la surprise de venir un jour si important pour moi*

Merci à ma deuxième maman pour toutes ces années de paix qui m'ont permis de grandir heureuse avec tes fils qui sont comme mes cousins.

Merci à ma belle-famille pour votre accueil si chaleureux, votre soutien dans mes études et la confiance en moi que vous avez su me donner sans vous en rendre compte. Merci particulièrement à Maya et Bruno qui en plus se sont occupés, proximité aidant, de nos enfants me permettant de faire mes stages, ma thèse, mes cours de DES sereinement.

Merci à ma famille pour votre soutien inconditionnel depuis toutes ces années :

- *à mes frères pour nos fous rires, votre sens de l'humour, vos taquineries... et la C2*
- *à ma sœur pour m'avoir appris la patience*

- à Thi-Kim, Elise et Guilhem pour rendre mes frères et sœurs heureux
- à mes parents pour m'avoir nourrie d'amour depuis ma naissance, pour m'avoir fait grandir en toute sécurité et sérénité, pour les voyages qui ont su me faire voir d'autres points de vues et m'ouvrir au monde, pour leur aide scolaire (surtout Mum !), pour le soutien pendant ces longues années d'études médicales. Merci de m'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui
- à mes oncles, tantes, cousins, cousines, grands-parents

Merci à mes petits amours Antonin et Mathéo d'être de vrais anges, pour vos sourires, vos câlins. Je suis fière d'être votre mère.

And last but not least merci à mon mari, Arno, qui sait m'écouter, me soutenir, me déstresser (chose parfois compliquée !), m'entourer, me faire rêver dans nos projets parfois un peu fous. Merci d'être là, merci pour la route que nous avons déjà faite ensemble et pour celle que nous poursuivrons pendant les années à venir.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
REVUE DE LA LITTERATURE.....	13
1. DEFINIR L'EMPATHIE.....	13
1.1. LES QUATRE DIMENSIONS DE L'EMPATHIE.....	13
1.2. L'EMPATHIE « dans la vie de tous les jours » versus « clinique ».....	16
1.3. VOCABULAIRES DIFFERENTS DE L'EMPATHIE.....	16
1.3.1. Sympathie.....	17
1.3.2. Compassion.....	18
1.3.3. Autres mots liés à l'empathie :.....	20
1.4. L'EMPATHIE EST-ELLE INNEE OU ACQUISE ?.....	22
1.5. Conclusion.....	23
2. L'IMPORTANCE DE L'EMPATHIE EN MEDECINE.....	25
2.1. LES ATTENTES DU PATIENT.....	25
2.2. UN ELEMENT DES COMPETENCES MEDICALES ?.....	25
2.3. UNE MEILLEURE RELATION MEDECIN-PATIENT.....	28
2.3.1. Qu'est-ce que la relation médecin-patient ?.....	28
2.3.2. L'importance de l'empathie clinique.....	29
2.4. BENEFICES DE L'EMPATHIE DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	30
2.5. Conclusion.....	31
3. LA PLACE DE L'EMPATHIE PENDANT LES ETUDES MEDICALES.....	32
3.1. En France.....	32
3.2. A l'étranger.....	32
3.2.1. En Angleterre.....	32
3.2.2. Au Canada.....	35
3.2.3. Aux USA.....	35
3.3. Formation à L'Empathie.....	36
3.4. Conclusion.....	37
4. LES RISQUES et LES BIAIS de L'EMPATHIE.....	38
4.1. LES RISQUES.....	38
4.1.1. Burn-out, stress moral.....	38
4.1.2. Inefficacité relationnelle.....	38
4.1.3. Mauvais jugement médical.....	38
4.1.4. Sensation d'être meilleur cliniquement.....	39
4.2. LES BIAIS DE L'EMPATHIE.....	39
4.2.1. Les biais racial et social : similarité avec nous-même.....	39
4.2.2. Un biais de proximité.....	39
4.2.3. Un biais relationnel.....	40
4.3. Conclusion.....	40
L'ETUDE.....	41
1. MATERIELS et METHODE.....	41
1.1. TYPE DE RECHERCHE.....	41
1.2. PARTICIPANTS : Définition de la population.....	41
1.3. L'ENTRETIEN.....	41
1.3.1. CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN (ANNEXE 1).....	42
1.3.1.1. La conception.....	42
1.3.1.2. La finalisation.....	42
1.3.2. UTILISATION DE L'ENTRETIEN.....	42
1.3.2.1. Lieu.....	42
1.3.2.2. Durée.....	43

1.3.2.3. Enregistrement.....	43
1.3.2.4. Re-transcription.....	43
1.4. ANALYSE DES RESULTATS.....	44
1.4.1. A PARTIR DU LOGICIEL « TROPES ».....	44
1.4.1.1. Présentation du logiciel.....	44
1.4.1.2. Utilisation du logiciel.....	45
1.5. TRAVAUX COMPLEMENTAIRES :.....	48
1.5.1. Exploitation directe.....	48
1.5.2. Différence hommes/femme.....	48
2. RESULTATS.....	49
2.1. POPULATION RECRUTEE.....	49
2.2. LES ENTRETIENS :.....	50
2.3. RESULTATS à PARTIR DU LOGICIEL :.....	50
2.3.1. Première exploitation du logiciel :.....	50
2.3.2. Un regard théorique ou « theory-driven ».....	51
2.3.3. Un regard empirique ou « data-driven ».....	52
2.4. AUTRES RESULTATS RETROUVES :.....	53
2.4.1. Une définition évidente ?.....	53
2.4.2. Des différences entre empathie « dans la vie de tous les jours » et « clinique ».....	54
2.4.3. Le sexe fait-il varier la représentation ?.....	56
DISCUSSION.....	58
1. A PROPOS DE LA METHODE et DE SES BIAIS.....	58
1.1. L'ECHANTILLON :.....	58
1.2. LES ENTRETIENS :.....	59
1.3. LE CLASSEMENT :.....	60
2. LA REPRESENTATION.....	62
2.1. Une représentation essentiellement cognitive.....	62
2.2. Une notion claire.....	63
2.3. Différences entre empathie « dans la vie de tous les jours » et « empathie clinique ».....	63
2.4. Le sexe fait-il varier la représentation ?.....	66
3. SCHEMA DE LA REPRESENTATION DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE.....	67
3.1. Communication.....	68
3.2. Empathie clinique.....	70
3.3. Sentiments/émotions.....	73
3.4. Relation de confiance.....	75
3.5. Similitude avec la littérature ?.....	77
4. L'APPRENTISSAGE DE L'EMPATHIE :.....	80
CONCLUSION.....	82
ANNEXES.....	83
ANENEXE 1 : CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN.....	83
La conception.....	83
La finalisation.....	83
ANNEXE 2 : L'ENTRETIEN.....	84
ANNEXE 3 : LES PROPOSITIONS REMARQUABLES INEXPLOITABLES.....	88
ANNEXE 4 : LE NOUVEAU SCENARIO.....	108
ANNEXE 5 : CLASSEMENT FINAL DES 256 PROPOSITIONS REMARQUABLES.....	110
BIBLIOGRAPHIE.....	120

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Les 4 dimensions de l'empathie selon Morse (thèse E. Marin) (9)	15
Tableau 2 : Récapitulatif des différences entre empathie, sympathie et compassion (Dechièvre 2006)	19
Tableau 3 : Données démographiques des internes en médecine générale interviewés	49
Tableau 4: Classement final des 259 propositions remarquables	51
Tableau 5: Pourcentage d'internes selon le nombre de dimensions évoquées.....	52
Tableau 6 : Les différences entre empathie clinique et empathie dans la vie de tous les jours.....	55
Tableau 7 : Comparaison de la représentation de l'empathie homme/femme pour le regard théorique	56
Figure 1 : La marguerite des compétences en médecine générale (CNGE).....	27
Figure 2 : Le PACES Carouselle en Angleterre (Mars 2011)	34
Figure 3 : Répartition de la sémantique utilisée de façon globale.....	53
Figure 4 : Répartition de la sémantique utilisée en fonction du sexe.....	57
Figure 5 : Bulle représentant la communication.....	69
Figure 6 : Bulle représentant l'empathie clinique	72
Figure 7 : Bulle représentant les sentiments/émotions.....	74
Figure 8 : La représentation d'empathie chez les interne en médecine générale.....	76

INTRODUCTION

L'empathie est un vaste sujet aux multiples facettes intéressant de plus en plus les chercheurs dans divers domaines : les neurosciences, la psychologie, la médecine ... Pourtant la définition ne fait pas consensus même si son importance dans la relation médecin-malade, elle, semble être reconnue de façon quasi unanime. Le médecin généraliste étant souvent le « médecin de famille », l'empathie -facteur essentiel d'une bonne communication- trouve une place primordiale lors des consultations médicales. C'est pourquoi l'empathie est étudiée dès l'externat.

Pour préserver l'empathie, le médecin doit conserver une attitude optimale non impactée par le stress et le burn-out. Le burn-out apparaît quand les individus se sentent anéantis émotionnellement par les demandes de leur travail. Les médecins en particulier sont très souvent épuisés par les demandes de soins de leurs patients auxquelles ils ne peuvent parfois pas répondre. En outre, nul n'ignore le stress généré par le cursus de l'internat de médecine générale et il n'est pas rare que certains internes fassent des burn-out ou présentent des addictions, ou des troubles alimentaires. C'est pourquoi Franck Zenasni (MCU, LATI, Université Paris Descartes) et Emilie Boujut (MCU, LATI, Université Paris Descartes) se sont intéressés à un travail de recherche sur le « Stress de l'internat en médecine générale, stratégies d'ajustement, burn-out, symptomatologie anxio-dépressive, addictions, conduites alimentaires et évolution de l'empathie : une étude longitudinale (six temps, du début à la fin de l'internat) en psychologie de la santé. »

Les internes en médecine générale ont donc été sollicités pour savoir lesquels seraient intéressés pour participer à une des parties de ce travail. L'une d'elles s'intéressait à la relation entre empathie et burn-out en partant des 3 hypothèses suivantes : l'empathie diminue-t-elle le burn-out ? Au contraire augmente-t-elle le burn-out ou est-ce le burn-out qui diminue l'empathie ? (1). Etant alors en stage aux urgences, où les semaines étaient très chargées, nous empêchant de profiter de notre famille, nous avons eu l'impression parfois, de ne plus supporter les patients et d'être proche du burn-out, ce qui remettait en question notre vocation. Nous nous sommes donc senties attirées par ce sujet et nous avons voulu approfondir le peu de connaissances que nous avions de l'empathie.

Ce travail de recherche est tout d'abord une étude qualitative permettant de réaliser un questionnaire nommé « Intern'life » qui sera suivie par une étude quantitative longitudinale en six temps représentant les 6 périodes de stages à effectuer. Six internes réalisent la partie qualitative : trois réalisant un premier entretien s'intéressant au stress et au mode de coping et trois dont nous faisons partie réalisant un deuxième entretien sur l'empathie et le burn-out.

Ce deuxième entretien est en trois parties et nous nous sommes intéressées plus précisément à sa première partie sur « la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale ». Les deux autres parties sur « les facteurs favorables/défavorables à l'empathie ainsi que son évolution pendant l'internat », et « l'impact de l'empathie sur la santé » font l'objet de deux autres thèses en cours de réalisation.

L'objectif de cette thèse est donc dans un premier temps de faire un état des lieux sur la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale et identifier les connaissances de chacun sur l'empathie. Notre hypothèse principale est que la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale est essentiellement cognitive c'est à dire que ces derniers essayent, en limitant autant que possible l'influence de leur propre histoire, d'adopter le point de vue d'autrui pour analyser et comprendre son expérience.

Les objectifs secondaires seront de voir si la notion d'empathie est claire ou non pour ces internes, s'il y a une différence entre l'empathie dans la vie de tous les jours et l'empathie clinique et si le genre est susceptible de faire varier la représentation de l'empathie.

Nous commencerons donc notre travail par définir l'empathie à partir d'une revue de la littérature, l'importance de la développer en médecine générale du fait de sa mise en évidence dans la relation médecin-patient, ses risques et ses biais ainsi que l'importance de sa place dans les études dans de nombreux pays dès les premières années d'étude de la médecine.

Dans une seconde partie nous expliquerons la méthode qualitative réalisée et ses résultats quant à la représentation de l'empathie spécifiquement chez les internes en

médecine générale. Enfin dans une dernière partie nous discuterons ces résultats avant de tirer les conclusions possibles qu'ils mettent en lumière.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. DEFINIR L'EMPATHIE

1.1. LES QUATRE DIMENSIONS DE L'EMPATHIE

La définition donnée par le Larousse de l'empathie est la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Cette définition semble sommaire et nous laisse avec de nombreuses questions. En effet, toute la difficulté est bien de définir l'empathie. Lors d'un travail de revue de la littérature réalisé pour sa thèse, E. Marin (2) présente quatre dimensions dans la définition d'empathie (3) (Tableau 1) que l'on peut retrouver dans l'histoire de l'empathie.

Le terme empathie vient du mot allemand « Einfühlung » ou « ressenti de l'intérieur ». Il a été inventé par le philosophe R. Vischer au 19^{ème} siècle pour désigner l'empathie esthétique qui est le mode de relation d'une personne avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens c'est à dire d'en comprendre le sens. W. Dilthey préférera au terme « Einfühlung » celui d' « Hineinversetzen » qui signifie « se mettre à la place de » impliquant dans le même temps une capacité intellectuelle de transposition. Un siècle plus tard Hogan définira alors le concept d'empathie par « la compréhension intellectuelle ou imaginaire de la condition ou de la pensée d'un autre » (4).

Ces termes sont à l'origine de la première dimension d'empathie qui est donc **l'empathie cognitive** c'est à dire comprendre les émotions des autres grâce à une capacité consciente de se mettre à la place d'autrui (5). Cette notion de cognition est la plus fréquemment citée dans la littérature comme par exemple dans la définition qui semble la plus usuelle de l'empathie, celle du psychologue humaniste C. Rogers :

« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui 'comme si' on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, 'comme si' » (6). La capacité empathique implique donc que, par exemple, on comprenne la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments

ou ses perceptions comme il se les explique, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre.

Vers la fin du 19^{ème} siècle T. Lipps rajoute une dimension affective à cette première interprétation (7). Cette dimension d'**empathie affective** est retrouvée dans la définition de l'empathie donnée plus récemment lors d'une thèse « Vers une éthique de l'empathie » réalisée en 2012, par M. Lopes Semedo « L'empathie est une faculté émotionnelle ... » « (qui) nous permet d'être affecté » (8). L'empathie affective est donc notre réaction émotionnelle en réponse aux émotions d'une autre personne. Mais pour Morse l'empathie affective se rapproche plus d'une résonance émotionnelle nous permettant alors une expérimentation subjective du ressenti d'autrui (3). La dimension d'empathie affective existe donc mais la définition n'est pas tout à fait unanime. En effet pour certains la dimension affective est même exclue de l'empathie et s'intègre plutôt dans la sympathie (9).

En outre, Lipps a établi que l'imitation motrice était la composante essentielle de l'« *einfühlung* » l'observateur générant des indices internes similaires à ceux expérimentés par l'autre. On a alors une dimension d'**empathie comportementale** avec le corps comme point de référence (10).

Enfin, dans une définition récente (8), on peut trouver en plus des trois dimensions vues précédemment une **motivation à être empathique** : « L'empathie est une faculté émotionnelle et cognitive précoce, universelle et modulable, qui nous permet d'être affecté, de reconnaître et de répondre de manière appropriée à la subjectivité d'autrui. L'empathie nous permet, ainsi, de ressentir les émotions et les sentiments de l'autre mais également de comprendre, de connaître et de prévoir son comportement afin de mieux adapter notre comportement intersubjectif. »

La définition de l'empathie n'est donc pas unique mais elle a de multiples facettes.

Composante	Définitions	Bases/phénomènes
Empathie morale/motivation à l'empathie	Elan spontané "souci empathique" pour autrui Réceptivité, disponibilité, attention pour autrui	Universalité des besoins humains et élan d'aider chacun à satisfaire ses besoins élémentaires
Empathie affective	Expérimentation subjective du ressenti d'autrui Hypothèse : potentiel naturel qui se développe Résonance empathique	Contagion émotionnelle Elément automatique "déclencheur" du choix ensuite conscient de s'engager à "être en empathie"
Empathie cognitive	Adopter la perspective d'autrui pour analyser et comprendre son expérience	Imagination, simulations, distanciation/attribution des émotions à autrui
Empathie comportementale	Rendre compte au patient de la préoccupation et de la compréhension empathique	<u>Verbale</u> : perception, vérification, validation. Support pour que le patient face son chemin de reconnaissance et de compréhension de son expérience <u>Non verbale</u> : attitude d'écoute active, réaction corporelle en miroir, congruence

Tableau 1. Les 4 dimensions de l'empathie selon Morse (thèse E. Marin) (9)

1.2. L'EMPATHIE « dans la vie de tous les jours » versus « clinique »

A quelles occasions utilisons-nous l'empathie ? L'empathie est utilisée dans la vie de tous les jours avec notre famille, nos proches, nos amis, nos connaissances, nos collègues de travail mais aussi avec nos patients. Nous appellerons ces deux formes d'empathie différemment : l'empathie « dans la vie de tous les jours » et l'empathie « clinique ».

De nos jours les médecins considèrent l'empathie « dans la vie de tous les jours » comme un mode de compréhension qui implique plus la résonance émotionnelle (11). L'empathie « dans la vie de tous les jours » est donc plus une réponse émotionnelle. L'empathie clinique est celle développée par le médecin (ou le soignant). Cette forme d'empathie serait plus une capacité cognitive (12). Ainsi pour Hojat l'empathie clinique est considérée comme étant principalement cognitive (plutôt qu'émotionnelle), ce qui implique une compréhension des expériences (plutôt que des sentiments), des soucis, des projets des patients combinés avec la capacité de communiquer cette compréhension (13). Mais cela ne fait pas consensus et J. Halpern pense par exemple que la résonance émotionnelle fait partie de l'empathie (11). De même, Vannotti désigne l'empathie dans la pratique médicale comme « la capacité du médecin à travailler sur les émotions », le médecin pouvant reconnaître qu'il est en train de « résonner » vis à vis de l'état émotionnel du patient (14).

On retiendra donc que **l'empathie clinique est développée par un personnel de santé** avec, pour certains, une part affective mais moindre. Elle nécessite de plus un effort supplémentaire par rapport à l'empathie dans la vie de tous les jours et pour d'autres, l'absence de cette part affective.

1.3. VOCABULAIRES DIFFERENTS DE L'EMPATHIE

Il est intéressant de voir que pour caractériser l'empathie, certaines notions que nous allons détailler, sont souvent utilisées en comparaison avec l'empathie.

1.3.1. Sympathie

L'empathie est souvent mal distinguée de la sympathie car les deux termes présentent des points communs. En effet ils se réfèrent à un processus d'identification à une autre personne. En outre les qualités pour exprimer l'une et l'autre sont souvent les mêmes: patience, capacité d'affiliation, humanisme, chaleur, compréhension et ouverture d'esprit qui sont en fait des qualités humaines non spécifiques (15). Par ailleurs l'empathie comporte souvent un moment de sympathie mais celui-ci doit être associé à une conscience de soi et une réflexivité consciente pour donner lieu à de l'empathie (12).

Selon l'étymologie des mots, Sym-pathie désigne « ressentir avec », c'est-à-dire faire un avec l'objet observé et partager ses pensées et sentiments : La conscience est déplacée du soi vers l'autre, il y a davantage de fusion. La sympathie s'accorde donc à « être dans l'émotion » avec autrui (16). Le terme Em-pathie correspond à « ressentir en dedans ». On partage dans ce cas le point de vue d'autrui, pour observer ses pensées et sentiments. La conscience de soi se place dans la situation d'un « autre » pour partager son expérience. Il y a une recherche de compréhension et conscience.

On retrouve ces définitions chez Laurent Wispé « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui ». Sa définition de la sympathie est similaire à celle du Larousse où on peut retrouver 3 définitions de la sympathie :

- Penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne
- Participation à la joie, à la peine d'autrui ou plus précisément l'expression verbale et non verbale de tristesse ou désarroi (3).
- Bienveillance, disposition favorable envers quelque chose

La présence d'une définition de la sympathie dans un dictionnaire courant explique mieux pourquoi la définition de la sympathie est ancrée chez chacun. Le mot empathie étant plus récent dans la mesure où il n'existait pas dans le Littré 1969, il est très souvent défini par comparaison avec la sympathie.

Pour certains auteurs dans ces deux termes, on recherche le bien être de l'autre mais la sympathie est axée sur un mode de motivation égoïste (il est difficile de faire

autrement) alors que l'empathie suscite une motivation altruiste (aide même lorsqu'il est possible de se dérober facilement à la situation pénible de l'autre)(7). Mais pour Hojat la différence avec l'empathie est la part de dimension affective supplémentaire qu'elle rattache à la sympathie et non à l'empathie.

Le processus d'identification entre sympathie et empathie diffère donc au niveau de la conscience de soi et de l'autre. L'empathie est alors plus une appréhension immédiate de l'affectivité d'autrui dont le but est la compréhension d'autrui alors que la sympathie comme une participation immédiate, intuitive aux souffrances ou plaisirs d'autrui visant à la création de liens affectifs. La sympathie conduit donc en plus à ressentir une émotion pour l'autre.

1.3.2. Compassion

La différence entre empathie et compassion semble elle aussi subtile. Pour certains auteurs, l'empathie se rapprocherait de l'expérience bouddhiste de la compassion (7). Selon le moine bouddhiste Matthieu Ricard, la compassion est définie comme le désir de mettre fin aux souffrances d'autrui et à leurs causes. La compassion n'est rien d'autre que l'amour donné à ceux qui souffrent (17).

Compassion et empathie sont deux termes très souvent associés dans les écrits ou les discours alors qu'ils désignent des états psychiques différents (18). La compassion est le fait de souffrir avec quelqu'un alors que l'empathie c'est le fait d'entrer en résonance avec un sujet en face nous. Et comme le souligne L Velluet, 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 comprendre (18).

Ce serait donc la participation active des souffrances d'un autre individu (16, 19) et non le désir de mettre fin aux souffrances comme le dit Matthieu Ricard. Il ne semble pas y avoir d'objectif d'amélioration du bien être de l'autre. En outre le sentiment de pitié peut mettre l'accent sur un sentiment de supériorité (20).

Le tableau 2 élaboré par Diane Dechièvre en 2006 reprend les différences entre l'empathie, la sympathie et la compassion. Ce tableau définit les 3 concepts de manière théorique voir utopique, ce qui a néanmoins l'intérêt de bien les distinguer. Dans la réalité aucune de ces 3 notions ne peut être respectée de manière absolue.

	Objectif	Manière	Implication émotionnelle	Conséquences probables
Empathie	La compréhension de l'interlocuteur. Qu'il s'agisse de choses positives comme de choses négatives.	Se mettre à la place de l'autre tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre (pas de projection).	Idéalement : aucune. Neutralité.	L'optimisation de la communication, par la prise en considération de ce qui est exprimé par l'autre. La qualité de l'accueil de l'autre
Sympathie	Le bien-être de son interlocuteur. Sa séduction pour un retour de sentiment positif. Créer des sentiments positifs.	Sourires, compliments, invitation à faire « avec », à partager. Créer un climat de confiance, et un esprit d'équipe avec son interlocuteur.	Emotions positives chez l'interlocuteur éveillé par celui qui est sympathique.	Création de sentiments d'amour ou d'amitié réciproque. Un meilleur esprit d'équipe. Risques d'hypocrisie et de manipulation
Compassion	La consolation de la souffrance de son interlocuteur. Vivre des sentiments négatifs.	Se confondre avec l'interlocuteur pour vivre les mêmes émotions négatives que lui.	Emotions négatives véhiculées par celui qui souffre et vécues comme telles par celui qui compatit.	Un lien confidentiel très fort. Risques ultérieurs de dépendance psychologique et d'abus de faiblesse

Tableau 2 : Récapitulatif des différences entre empathie, sympathie et compassion (Dechièvre 2006)

1.3.3. Autres mots liés à l'empathie :

Plusieurs autres termes sont également proches du concept de l'empathie sans pour autant être confondus.

Identification

L'identification est le processus d'assimilation de caractéristiques d'autres personnes. Il s'agit donc de la perte de distinction entre soi-même et autrui. L'identification survient souvent lorsque certaines caractéristiques du patient (âge, sexe, vie familiale, pathologie...) font écho à celles du soignant : elle est alors douloureuse pour le soignant et diminue ses capacités professionnelles (21).

Pour Tisseron, l'identification est le premier degré de l'empathie (empathie directe) qui en comporte trois : pour lui c'est la capacité de changer de point de vue sans s'y perdre (22). Le second degré est la reconnaissance (empathie réciproque) et le troisième degré est la relation intersubjective (empathie « extimisante »).

Il existe certaines caractéristiques permettant de faire la différence entre empathie et identification selon leur degré d'intensité (2) : le souci de l'autre (part altruiste), la conscience que les émotions ressenties sont celles de l'autre, que l'autre a des états internes différents des siens, la conscience de la situation de l'autre, le degré d'activité cognitive, le QI du soignant, le caractère intentionnel de l'attitude empathique et l'intensité plus faible des émotions empathiques (23).

La réponse empathique se fait sur le mode d'une similitude partielle, d'une réaction non identique à celle d'autrui grâce à l'inhibition partielle des processus émotionnels.

Le contre transfert positif

C'est la réaction émotionnelle du médecin provoquée par la rencontre avec le patient qui trouve son origine dans l'histoire du clinicien. Le contre-transfert peut influencer le jugement du médecin et l'empêcher de soigner de la manière la plus appropriée.

Contagion émotionnelle

La contagion élémentaire serait présente chez le nouveau né ressentant les émotions de ses parents et autrui autour de soi. Les processus d'inhibition qui vont permettre de se distinguer de l'autre ne sont pas encore mis en place (3).

Même si à l'âge adulte nous faisons la différence entre soi et autrui, la contagion émotionnelle reste présente a minima. L'exemple le plus frappant est celui du fou rire : lorsque quelqu'un autour de nous se met à éclater de rire, même si nous ne connaissons pas cette personne, instinctivement nous finissons par sourire et parfois rire aux éclats sans en savoir la raison.

Collusion

La collusion est la rencontre d'un état/ événement/ mécanisme/ processus/ émotion avec un autre état/ événement/ mécanisme/ processus/ émotion de façon inconsciente pouvant provoquer (ou non) un effet néfaste. Les 2 état/ événement/ mécanisme/ processus/ émotion peuvent être très différents et provenir d'une ou plusieurs personnes.

Le phénomène de la « collusion » peut alors être une régression qui est inconsciente un retour à un problème personnel du médecin non résolu, partagé par le patient et le médecin (24). Le risque est alors d'être tenter de vouloir résoudre ce problème par le biais du patient en proposant nos solutions (21).

Allocentrisme

L'allocentrisme est la tendance exacerbée à centrer son intérêt, son attention ou ses activités sur autrui plutôt que sur soi-même. Cela peut devenir problématique lorsqu'une relation de dépendance affective ou sociale se crée, et que l'individu se dévoue quasi-systématiquement à autrui ou à un groupe.

1.4. L'EMPATHIE EST-ELLE INNEE OU ACQUISE ?

La question peut être formulée différemment : peut-on apprendre, étudier, développer l'empathie lors des études médicales? Si l'empathie est innée alors essayer de se former pour la développer semble voué à l'échec ce qui n'est pas le cas si elle peut s'acquérir.

Dans la littérature on peut retrouver que l'empathie, faisant partie de la communication interpersonnelle, implique deux réseaux neuronaux différents et parallèles qui sont à l'origine du processus empathique. Une des formes du processus empathique est de pouvoir partager la représentation de l'état mental d'un autre (SR : representation state), alors que la deuxième est associée avec l'affectation d'un état mental explicite (MSA : mental state affection). Le processus SR est viscéral et automatique contribuant à se mettre sur la même longueur d'onde et permettant la contagion émotionnelle. Le processus MSA contribue à fournir des formes de point de vue de la compréhension empathique (25).

Des neurones miroirs ont été mis en évidence dans les années 90 par l'équipe italienne de Giacomo Rizzolatti (26) révolutionnant la conception de l'empathie. Ces neurones miroirs nous permettent de vivre physiquement l'émotion de l'autre et donc de mieux la ressentir. On appelle cela la résonance émotionnelle. Si des réseaux neuronaux sont impliqués alors l'empathie est au moins en partie innée.

En effet si ces réseaux neuronaux sont perturbés chez une personne du fait d'une pathologie, alors elle est probablement moins empathique que celle dont les réseaux neuronaux sont intacts. Cette hypothèse peut être indirectement démontrée par l'expérience suivante : une diminution de l'activité cérébrale dans la scissure et le gyrus du lobe supérieur temporal gauche est constatée chez des patients ayant des troubles de la personnalité borderline (BPD) alors que cette personnalité les rend peu aptes à comprendre les états mentaux des autres et à être sur la même longueur d'onde émotionnelle qu'une autre personne (27). De la même façon, il a été démontré par IRM que les aires cérébrales relatives à l'empathie (cortex singulaire antérieur, insula) étaient plus ou moins activées selon les personnes (28).

Sur des IRM on peut aussi constater une atrophie limbique lors d'abandon chez les enfants, atrophie qui est régressive lorsque l'enfant intègre une famille qui s'occupe

de lui. C'est ce qu'explique Boris Cyrulnik, neuropsychiatre ayant introduit le concept de résilience dans le monde francophone. Le cerveau est donc modulable en fonction de l'environnement et du vécu, mais sur des bases existantes.

Pour Vannotti la relation est déterminée par un ensemble de facteurs (29), des facteurs phylogénétiques dépendants de programmes biologiques, des apprentissages précoces, et de l'attachement qui se crée entre les sujets. Elle est aussi liée à l'articulation à chaque fois en jeu entre aspects cognitifs et aspects émotionnels, entre langage verbal et corporel.

Or, toujours pour Vannotti, empathie et relation sont liées. Si les programmes biologiques sont innés, il n'en est pas de même pour les apprentissages précoces, l'attachement et les aspects cognitifs. Des études montrent, en outre, que l'apprentissage de l'empathie permet de la maintenir voire de l'augmenter (30). Si l'apprendre permet de l'augmenter cela implique donc qu'elle est au moins en partie acquérable.

En conclusion, l'empathie repose sur une disposition innée et une capacité consciente c'est à dire la faculté de se mettre à la place d'autrui (5).

1.5. Conclusion

L'empathie est un concept qui existe depuis moins de deux siècles, évoluant sans cesse. Il est utilisé principalement depuis vingt ans. Par exemple, dans le domaine de la santé sur les 15131 publications associées à la recherche « empathy » dans PubMed, 12088 ont été publiées au cours des vingt dernières années.

L'empathie existe dans la vie de tous les jours, mais elle a fait l'objet d'étude plus particulièrement dans le domaine médical où elle est rebaptisée « empathie clinique », c'est à dire développée par un personnel de santé vis à vis de ses patients... Quatre dimensions principales définissent l'empathie : l'empathie cognitive, la plus mise en avant dans le champ médical, part de l'empathie qui serait acquérable, l'empathie émotionnelle dont l'inclusion dans l'empathie fait débat, l'empathie comportementale et la motivation empathique, plus innée, qui nous pousserait à être en empathie avec autrui.

Ces quatre dimensions sont-elles identifiables dans la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale ? La différence entre l'empathie dans la vie de tous les jours et l'empathie clinique existe-t-elle pour ces internes ?

2. L'IMPORTANCE DE L'EMPATHIE EN MEDECINE

C. Rogers est le premier à intégrer l'empathie au niveau professionnel en l'assimilant à l'un des points clés d'une relation thérapeutique (31,32). Et pourtant certaines études indiquent que l'empathie diminue pendant les études de médecine (33).

2.1. LES ATTENTES DU PATIENT

Lorsque l'on pose la question aux patients à propos de ce qu'ils attendent de leur médecin, une part très importante revient à « l'écoute », la « communication », le « contact oculaire », mais aussi un « partenariat » avec leur médecin, du « temps » et des « prises de rendez-vous faciles » (34).

Pour Balint, il faut reconnaître le fait que le premier désir du patient est d'être compris (35). Une majorité de patients souhaitent donc tout simplement une relation « humaine » avec le médecin (36). Une attitude empathique (dimension comportementale), telle que le contact oculaire, permet au patient d'avoir l'impression d'être compris par son médecin non seulement du point de vue purement médical mais aussi du point de vue de son état psychologique, ce qui le satisfait. En effet, le manque d'empathie ne permet pas de prendre en charge le patient dans sa globalité et le résultat des traitements et/ou de la prise en charge peuvent alors s'en ressentir.

2.2. UN ELEMENT DES COMPETENCES MEDICALES ?

Selon le Collège National des Généralistes Enseignants, la compétence est un « savoir agir » complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données (37).

La notion de compétence est en permanente évolution. Elle reposait jusqu'alors sur la confiance en l'université (garante des savoirs), sur la longueur des études et sur la confiance aux différents pouvoirs institutionnels (38).

La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire – Loi 2009 (39) définit clairement le « rôle pivot du médecin généraliste en terme de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins : orientation du patient dans le système de soins et le secteur médicosocial, coordination des soins, respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, prévention et dépistage ».

De cette loi, le CNGE a alors créé la marguerite des compétences en médecine générale afin d'aider à guider les étudiants du D.E.S de médecine générale. La notion de « professionnalisme », qui est « un ensemble de valeurs et de comportements propres à une profession » (40), est retrouvée dans cette figure (figure 1). Au cœur de cette marguerite se trouve la relation médecin-patient, la communication et l'approche centrée sur le patient. L'exigence des compétences médicales s'accompagne d'une exigence des compétences relationnelles et des valeurs morales (41).

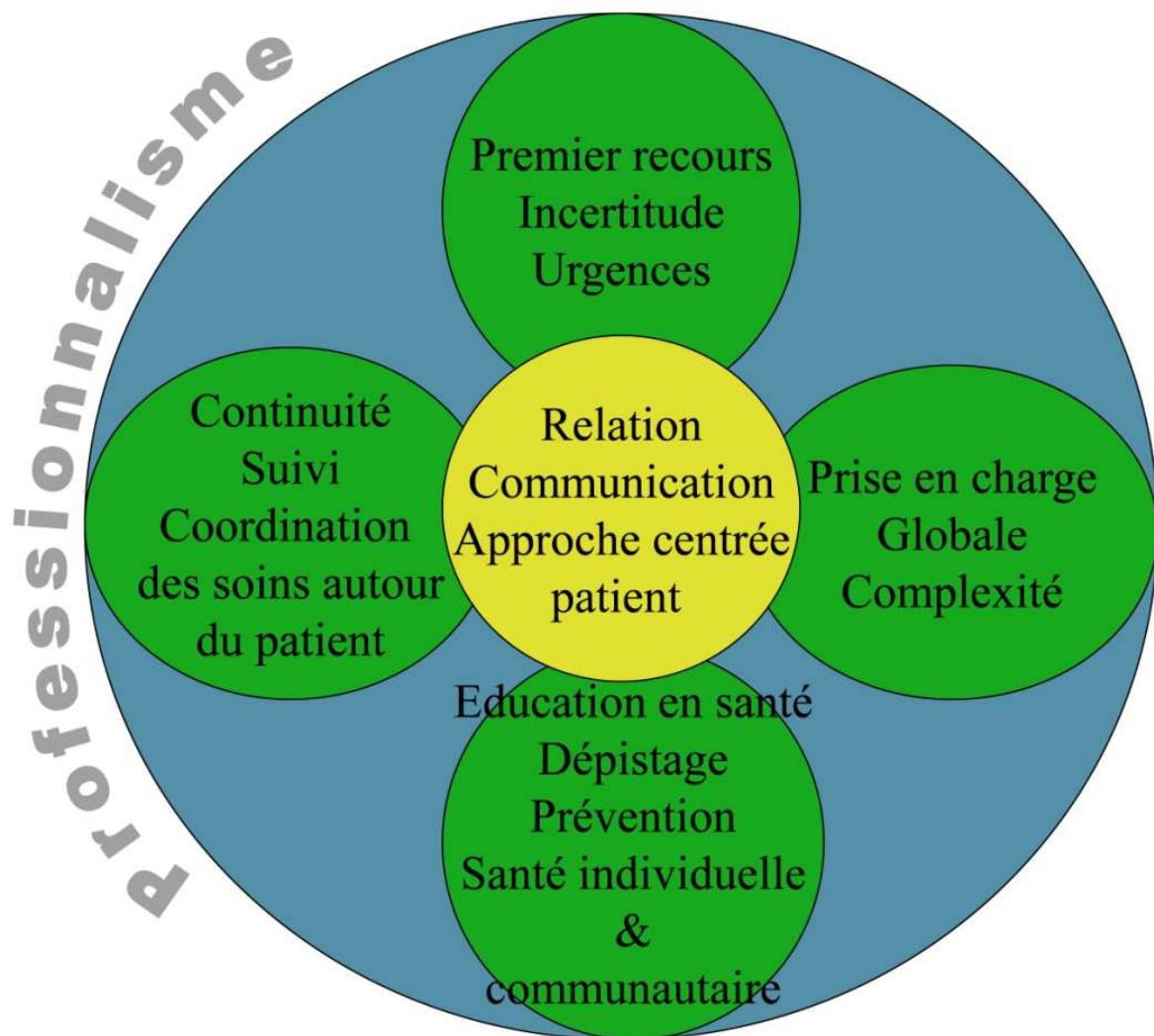


Figure 1 : La marguerite des compétences en médecine générale (CNGE)

2.3. UNE MEILLEURE RELATION MEDECIN-PATIENT

2.3.1. Qu'est-ce que la relation médecin-patient ?

Cette relation est parfois appelée le « colloque singulier », relation binaire entre le médecin et son patient. Il existe différents types de relation dont les deux suivantes font parties (42). La première est la relation paternaliste, c'est à dire une confiance totale du patient en son médecin, qui détient le savoir et prend les décisions en respectant la règle de la bienfaisance. Ce modèle correspond plus à des spécialités telles que la réanimation. La deuxième est la relation autonomiste où le patient conserve pleinement sa liberté et son autodétermination et où le médecin a plus un rôle consultatif. Ce modèle plus américain il y a quelques années est de plus en plus actuel en Europe. Les lois Kouchner de mars 2002 ont donné un rôle plus important aux patients et ont renforcé leur autonomie face au médecin. En effet « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Ce colloque singulier, autrefois binaire, laisse progressivement une place à une relation à plusieurs comme le rappelle le Professeur J. Roland dans un discours d'ouverture d'un colloque portant sur l'éthique de l'information médicale. En effet le patient se construit un imaginaire quant à une éventuelle pathologie, son état par le biais de nouvelles ressources comme Internet (43). La relation médecin-patient a donc évolué au cours des dernières décennies continuant à être transformée (44). Autrefois le médecin donnait une thérapeutique selon une relation plus paternaliste alors que maintenant il donne une proposition de thérapeutique et engage avec son patient, parfois la famille, la personne de confiance, une négociation. Le patient a le droit d'être clairement et totalement informé (45) et peut avoir le droit d'accepter ou refuser les traitements/examens proposés (46).

C'est pourquoi il est important d'avoir une bonne relation « médecin-patient » afin de créer une relation de confiance permettant au médecin de greffer son message sur l'imaginaire construit par le patient.

2.3.2. L'importance de l'empathie clinique

L'empathie clinique est définie, comme nous l'avons vu plus haut, comme l'empathie développée par les soignants, les médecins n'en sont qu'un exemple, vis à vis de leurs patients. Cette empathie clinique est l'un des outils de la relation médecin-patient.

C. Rogers, psychologue humaniste (1902-1987), est l'un des pionniers sur le thème de la relation médecin-patient avec ses travaux sur l'Approche Centrée sur le Patient (ACP). Pour lui, trois conditions résument les qualités dont le thérapeute (47), qui est alors le médecin généraliste dans ce cas, doit faire preuve. La première qualité est l'empathie c'est-à-dire une écoute attentive et active, qui permet au thérapeute de comprendre les émotions du patient et surtout de communiquer en retour cette compréhension. La deuxième qualité est d'avoir le regard positif inconditionnel, c'est à dire l'absence de jugement du patient, de ses faits et gestes et de ses émotions. Et enfin, la dernière qualité est la congruence (ou l'authenticité du thérapeute) c'est à dire le fait de rester soi-même avec son passé et ses propres émotions plutôt que de porter un masque professionnel.

Toujours d'après ses travaux, deux conditions sont nécessaires et suffisantes permettant une modification thérapeutique de la personnalité du patient. La première est l'existence, chez le thérapeute, d'une compréhension empathique du système de références propre au patient et la volonté de lui faire partager cette compréhension (« pénétrer dans l'univers intime du client comme s'il s'agissait du sien, mais sans jamais perdre de vue le « comme si » – élément essentiel de la thérapie »). La deuxième étant l'importance de la perception, même minime, par le patient de la compréhension empathique et de la considération positive inconditionnelle que lui porte le thérapeute.

Pour Carl Rogers « l'état d'empathie, ou la qualité d'être empathique » est alors défini comme « consistant 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 perdre de vue le « comme si » » (48). Des études actuelles confirment les travaux de Rogers sur l'importance de l'empathie et de la

relation thérapeutique : « L'empathie est la composante essentielle de la relation d'aide développée par C. Rogers. [...] Elle est considérée avec l'écoute comme l'un des éléments clés de la relation thérapeutique » (31).

En conclusion on peut dire que l'empathie fait partie intégrante de la relation médecin-patient avec un rôle central et que cette relation est une responsabilité professionnelle. Pour Mawxell, « les médecins de soins primaires doivent faire l'effort d'être en empathie avec leurs patients en la considérant comme une responsabilité professionnelle » (49).

2.4. BENEFICES DE L'EMPATHIE DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

L'empathie est donc un facteur de bonne communication entre le médecin et son patient permettant une meilleure relation entre eux. Cette relation médecin-patient est pour Balint un outil thérapeutique primordial qu'il nomme le remède médecin : « 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 » (35).

L'empathie permet en outre d'influencer la perception de sa propre santé (pour le patient) (50), d'augmenter l'efficacité des soins en diminuant les tests diagnostiques et les avis des spécialistes, de permettre une meilleure anamnèse (51), d'augmenter la satisfaction du patient (52) et d'augmenter la compliance aux traitements en particulier les traitements pour les maladies chroniques (53). Elle participe également à une amélioration de paramètres cliniques objectifs (54) et des paramètres biologiques (glycémie, HbA1c, LDL cholestérol (55)) ainsi qu'une diminution des litiges (56) entre patients et médecins ce qui est favorable aux médecins à notre époque où les procès sont en augmentation.

2.5. Conclusion

L'empathie se retrouve donc au cœur de la relation médecin-patient qui est un élément de compétence participant au professionnalisme du médecin. Cette relation humaine recherchée par les patients est en cours d'évolution passant d'un colloque à deux à un colloque à plusieurs et permet de multiples bénéfices dans la prise en charge pour le patient lui-même mais aussi pour le médecin.

3. LA PLACE DE L'EMPATHIE PENDANT LES ETUDES MEDICALES

Des études ont montré l'importance de l'apprentissage de l'empathie lors des études de médecine : l'étudiant ayant eu une formation spécifique serait plus à même d'aider le patient au sujet d'un problème médical (57). D'autres études, au contraire, ont montré que l'enseignement de l'empathie en classe n'aurait pas d'effet sur le niveau d'empathie des élèves (58). Nous allons voir comment l'empathie est abordée dans quelques pays.

3.1. En France

L'empathie est évoquée dès le premier module, premier objectif de l'Examen Classant National de fin du deuxième cycle des études médicales. Il s'agit de la relation médecin-malade, l'objectif étant « d'établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs » (59). Pendant le troisième cycle, l'empathie est aussi mise en avant comme l'une des compétences que doit acquérir un interne en médecine générale : « communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage : développer une écoute active et empathique, adapter la réponse aux caractéristiques du patient, expliquer clairement une décision ou une prescription, annoncer une maladie grave, tenir compte de ses émotions et de celles du patient » (60).

3.2. A l'étranger

3.2.1. En Angleterre

En Angleterre les étudiants ont un examen appelé le PACES (Practical Assessment of Clinical Examination Skills) introduit en 2001 puis revu en 2009. Cet examen permet d'« évaluer le noyau des compétences cliniques avec pertinence ». L'étudiant est noté sur un examen oral permettant entre autre de noter la compétence de la communication. Cette dernière est évaluée à 8 reprises sur 3 « postes », qui sont des simulations de situation cliniques, (=station) différents 2,4 et 5 (figure 2) « cela inclut l'habilité de recueillir des informations du patient depuis l'anamnèse conduite de façon structurée et systématique (appris dès la 3^{ème} année de médecine) à celle réalisée de façon précise,

ciblée lors des 2 rencontres au poste 5 ». Cela inclut également l'habilité de transmettre des informations de façon efficace au patient et/ou sa famille de façon détaillée aux postes 4 et 5 (61). Cela se rapproche des ECOS (Examens Cliniques Objectifs Structurés) sur lesquelles s'appuient certaines facultés françaises au cours des études médicales.

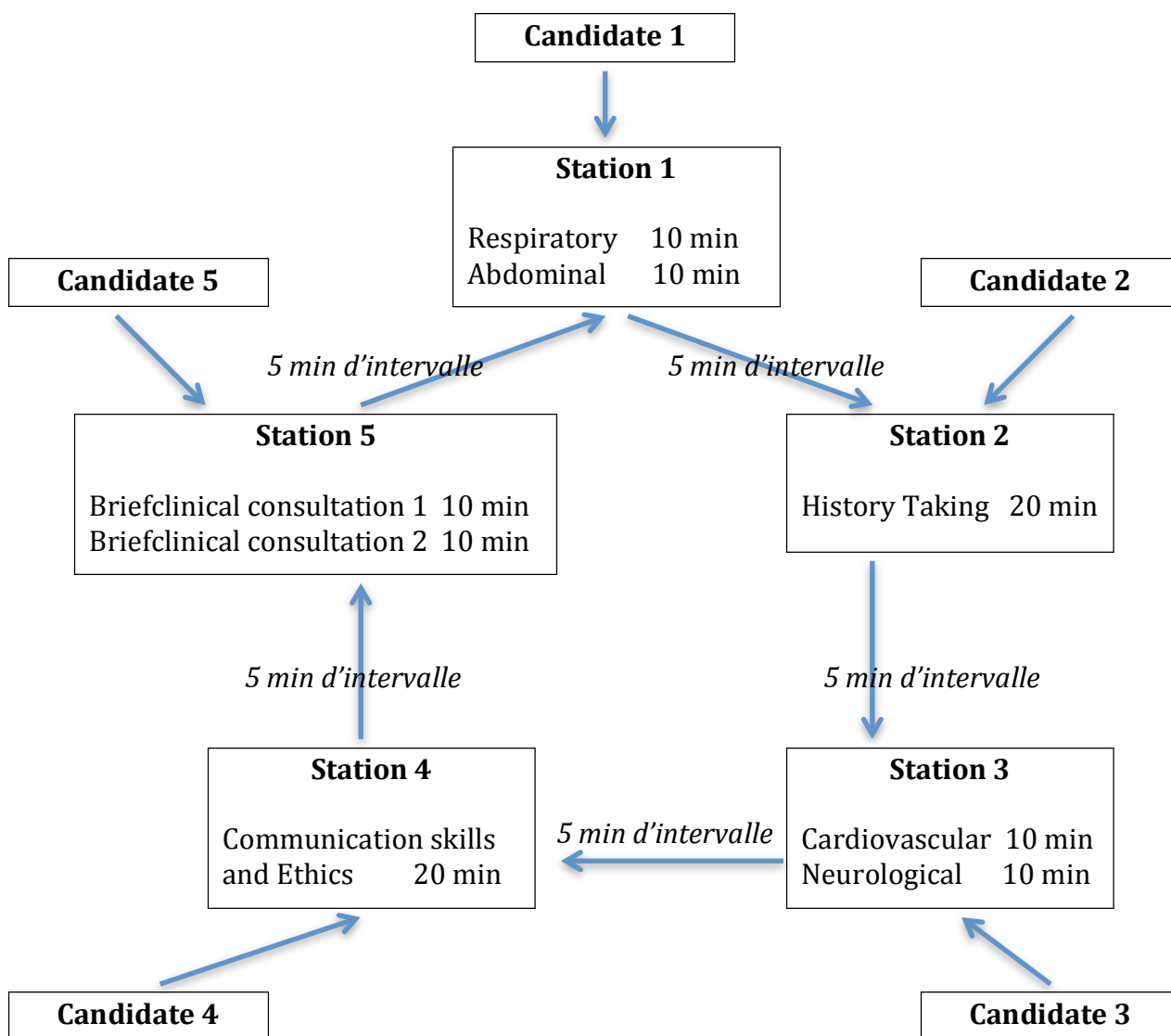


Figure 2 : Le PACES Carrousel en Angleterre (Mars 2011)

3.2.2. Au Canada

Dans le cahier du programme des internes en médecine générale de juillet 2013, dans la section VI, la communication entre dans les trajectoires de développement des compétences. Même si le mot empathie n'est pas utilisé, l'importance de « la relation médecin-patient (qui) constitue l'essence du rôle du médecin de famille : communicateur » est mise en avant. « L'interne fait l'apprentissage d'une communication professionnelle de qualité pour une alliance thérapeutique efficace et respectueuse des valeurs et de l'autonomie du patient » (62). Le développement de la compétence communication suit une trajectoire définie par des objectifs qui évoluent au cours de la formation.

3.2.3. Aux USA

En 1999, l'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) a identifié les six compétences que doit acquérir un interne. La première est celle portant sur les soins du patient : l'interne doit être capable de donner des soins **empathiques**, appropriés et d'être efficace pour les traitements des problèmes de santé. Les autres sont la connaissance médicale, l'apprentissage par la pratique et l'amélioration de cette pratique, la compétence dans leur **communication** (patients, familles et collègues), le **professionnalisme** et la connaissance du système de soin.

L'une des compétences est donc la communication. L'empathie est mise en avant dans la compétence portant sur le soin du patient. L'empathie devient donc une capacité qu'il est indispensable d'acquérir. En 2012 dans le nouveau système d'accréditation, l'importance de l'empathie est mise encore plus en avant : plus on démontre de l'empathie et on sait l'utiliser plus on est « expert » (63).

3.3. Formation à L'Empathie

Certaines études ont montré que l'empathie diminuait pendant les études de médecine (64) et chez les internes entre le début de leur internat et la fin de leur internat (33). D'autres études ont montré que « même si la diminution de l'empathie n'est pas cliniquement importante pour tous, la tendance vers la diminution suggère que l'empathie peut être facilement modulable pendant les études médicales » (65). E. Marin conclue sa thèse (2) en appuyant sur le fait que « les deux aspects les plus importants de cette formation à l'empathie sont l'apprentissage par le vécu et la mise en réflexion de la pratique. »

Différentes modalités de formations à l'empathie existent. En voici quelques exemples : l'utilisation du théâtre permettrait de façon efficace d'enseigner des techniques d'empathie clinique. En effet l'idée est de faire appel à des professeurs qualifiés dans l'art de la communication, soit les professeurs des écoles de théâtre qui donneraient quelques heures de cours (66). Des cours de littérature, poésie, théâtre pourraient de même aider les étudiants et les internes, à mieux percevoir le point de vue du patient en comprenant plus précisément le contexte socioculturel auquel ce dernier appartient (67). Des jeux de rôle ou de simulation sont parfois proposés par des universités (68) comme des techniques de vidéo (69). L'évaluation du partage des expériences en petit groupe tels que les groupes Balint sont mis en avant dans d'autres facultés (70).

Un autre point soulevé est le changement du lieu d'apprentissage : des auteurs critiquent le fait que l'apprentissage de la médecine se fasse surtout dans le milieu hospitalier, avec des maîtres de stages hospitaliers qui ne traitent que des maladies en phase aiguë dont la prise en charge est très différente des maladies rencontrées en cabinet. Le passage du patient y est très rapide alors pour créer une relation avec le patient, il est important que la relation soit construite dans la durée. Il semblerait donc plus opportun que l'apprentissage de la médecine se fasse davantage dans des cabinets de médecine générale (71).

3.4. Conclusion

De façon unanime, en France comme en Angleterre, au Canada et aux USA, l'empathie est primordiale. C'est pourquoi elle est étudiée pendant l'internat et même avant, pendant l'externat. Cependant l'apprentissage est différent dans ces différents pays et en France, il diffère parfois même entre les universités. La représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale pourrait-elle donner des indications qui permettraient d'orienter son apprentissage vers un type de formation plus qu'un autre ?

4. LES RISQUES et LES BIAIS de L'EMPATHIE

Nous avons vu précédemment l'importance de l'empathie et ses bénéfices dans la prise en charge des patients. Mais n'existe-t-il pas des risques et des biais dus à cette empathie ?

4.1. LES RISQUES

4.1.1. Burn-out, stress moral

Pour T. Tournebise, « l'empathie produit une sorte d'état fusionnel, générant illusion, confusion et affectivité ». Il est en effet reconnu que les médecins éprouvent du stress et du chagrin vis à vis des souffrances de leurs patients. Les émotions peuvent alors compromettre le bien-être personnel du clinicien, le conduire au burn out, au stress moral, voir aux mauvaises décisions médicales. Toutes ces émotions négatives et ce stress ont un effet négatif sur la prise en charge du patient (72). Landau va jusqu'à penser que l'empathie n'est pas utile voire dangereuse et qu'il faut l'éviter en médecine (73).

4.1.2. Inefficacité relationnelle

Il est important de reconnaître que les points de vue de deux personnes peuvent être différents, qu'il n'y a pas une réalité commune. La croyance en une réalité commune peut empêcher la communication. Comme le souligne Thierry Tournebise « cette illusion de pensée commune nous éloigne de nos interlocuteurs et nous plonge dans l'inefficacité relationnelle ».

4.1.3. Mauvais jugement médical

L'empathie chez les médecins peut conduire à un mauvais jugement médical. Les médecins empathiques ont un plus grand risque de faire une évaluation imprécise parce qu'ils laissent leurs émotions prendre le pas sur le côté scientifique de leur travail (74).

4.1.4. Sensation d'être meilleur cliniquement

Les étudiants ont la sensation d'être meilleurs cliniquement quand ils ont plus d'empathie. Ceux ayant des scores d'empathie plus élevés ont des notes plus élevées lors des examens oraux alors que les notes des examens écrits ne sont pas corrélées au niveau d'empathie. Ceci est expliqué que par le fait que comprendre les sentiments et les expériences du patient influence les relations interpersonnelles (75). Le danger est alors d'oublier de se remettre en question.

4.2. LES BIAIS DE L'EMPATHIE

Nos sentiments d'empathie ne sont pas distribués de manière égale entre les personnes que nous côtoyons. Gibert et al évoquent 3 principaux biais pour expliquer pourquoi nous éprouvons plus d'empathie pour une personne que pour une autre..

4.2.1. Les biais racial et social : similarité avec nous-même.

La résonance empathique est diminuée par le contexte social et les « a priori » que nous avons d'une population cible (76,77). Cette résonance empathique a de même été retrouvée comme facteur influençant le traitement contre la douleur en fonction de la race (78). Cela signifie que la race des patients, de même que le contexte social, influent sur la prise en charge. Le médecin se sent plus proche de ceux auxquels il ressemble.

En conclusion, nous pouvons dire que nous éprouvons plus d'empathie pour les gens qui nous ressemblent.

4.2.2. Un biais de proximité

L'empathie est plus ressentie pour les gens qui sont proches physiquement. La composante gestuelle entre en compte et explique alors pourquoi la proximité physique est importante.

4.2.3. Un biais relationnel

Nous éprouvons plus d'empathie pour les personnes qui nous sont chères, auxquelles nous portons de l'affection comme nos amis et nos familles. Pour Hojat cela est alors de la sympathie et non plus de l'empathie (9).

4.3. Conclusion

Il est important de connaître l'existence de ces risques et de ces biais afin de les limiter au maximum. En effet reconnaître ces risques et ces biais permet de travailler dessus et alors d'utiliser l'empathie comme un outil efficace.

L'ETUDE

1. MATERIELS et METHODE

1.1. TYPE DE RECHERCHE

Il s'agit d'une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés. L'objectif est de recueillir des éléments qualitatifs non chiffrables. Ces éléments ont été recueillis par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés menés auprès d'un échantillon réduit d'internes en médecine générale. Cette étude cherche à comprendre la représentation des internes en médecine générale ainsi que les facteurs positifs ou négatifs ayant un impact sur l'empathie et les possibles liens entre empathie et burn out.

1.2. PARTICIPANTS : Définition de la population

Nous avons réalisé les entretiens dans une population dont la principale caractéristique est qu'elle devait contenir autant d'hommes que de femmes

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en médecine générale en île de France quels que soient la faculté, l'âge, le sexe, les stages, les semestres, l'année d'internat, les diplômes universitaires (DU ou DESC) complémentaires ou la vie familiale.

Les critères d'exclusion étaient d'être externes, d'avoir fini l'internat d'être militaires ou d'autres spécialités.

1.3. L'ENTRETIEN

L'entretien a été construit sur la base du livre l'enquête et ses méthodes d'Alain BLANCHET psychologue à Paris 8, & Anne GOTMAN, sociologue et directrice de recherche au CNRS-Cerlis (79).

1.3.1. CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN (ANNEXE 1)

1.3.1.1. La conception

Trois internes en médecine générale ainsi qu'un docteur en psychologie à Paris 5, Franck Zenasni, ont créé cet entretien afin d'avoir une présentation commune pour les trois internes qui allaient réaliser les entretiens. Cela permettait en effet de les standardiser afin d'en faciliter l'exploitation.

1.3.1.2. La finalisation

L'entretien était un entretien semi-structuré sur l'étude de l'empathie et du burn-out chez les internes en médecine générale. Il était réalisé sur trois thèmes principaux : la conception de l'empathie chez les internes en médecine générale, les facteurs de l'empathie ainsi que son évolution pendant l'internat et l'empathie et le burn-out (Cf ANNEXE 2).

1.3.2. UTILISATION DE L'ENTRETIEN

1.3.2.1. Lieu

Avant de réaliser les entretiens les différents lieux où pouvaient se dérouler ces entretiens ont été déterminés et fixés. Bien évidemment, pour commencer, les lieux devaient être des endroits calmes et isolés, où personne ne risquait de rentrer afin de que l'interviewé puisse poursuivre une idée éventuellement commencée sans être interrompu. Afin que cela soit le moins contraignant pour les différents internes interviewés, nous avons décidé de nous plier à leur exigence.

La disposition des chaises a également été pensée. Le face à face a été évité et les chaises, les positions des 2 internes interviewé/interviewant, devaient être de sorte que chacun se sentent à l'aise.

1.3.2.2. Durée

Etant donné le contenu de l'entretien, les entretiens avaient été évalués à une durée entre 30 min et 1 heure. Nous devions nous assurer que la personne avait du temps devant elle sans être pressée afin de ne pas raccourcir volontairement ou non l'entretien. Par conséquent nous avons demandé aux internes interviewés de ne pas prévoir de choses après l'entretien et de prévoir entre 1h et 1h30 soit 30 minutes à 1heure d'entretien et 30 minutes de marge pour débriefer ensuite.

1.3.2.3. Enregistrement

Les participants devaient savoir sur quoi portait la recherche et nous devions avoir un consentement éclairé oral de chacun. Avant de commencer l'entretien, les différents internes ont été prévenus de l'enregistrement de cet entretien. L'enregistrement a été fait dès l'accueil et s'est terminé quelques minutes après la fin de l'interview.

1.3.2.4. Re-transcription

Une fois les entretiens terminés ils ont été retranscrits. L'analyse qualitative prévue reposant sur l'assistance d'un logiciel, certaines règles de retranscription ont dû être respectées. Ainsi les hésitations des interviewés identifiables par « euh » n'ont pas été reportées car elles ne seraient pas analysées. De même il fallait bien relire afin de limiter au maximum les fautes d'orthographe, de grammaire et les coquilles, le logiciel ne les analysant pas. Quant aux abréviations médicales, employées par les interviewés, par exemple « chir » ou « cancéro », elles ont été complétées afin que le logiciel puissent les prendre en compte mais en les signalant dans le texte en changeant la couleur par exemple. Nous devions retranscrire les entretiens tels quels donc il était tout à fait possible de mettre « je sais pas » au lieu de « je ne sais pas » puisque le texte était oral. Les chiffres pouvaient être indiqués en chiffre.

A partir de cela il a été créé deux fichiers. Le premier fichier avec les questions en gras et les réponses sans mise en forme : ce fichier a servi pour les lectures. Le deuxième

fichier a servi à l'analyse par le logiciel TROPES, c'était un fichier sans aucune mise en forme et ne contenant que les réponses de l'interviewé sous format de texte brut.

1.4. ANALYSE DES RESULTATS

1.4.1. A PARTIR DU LOGICIEL « TROPES »

1.4.1.1. Présentation du logiciel

Ce logiciel est un logiciel d'analyse sémantique, c'est à dire une analyse utilisant le sens des mots du texte par opposition aux analyses lexicales ou grammaticales qui décomposent le message à l'aide d'un lexique ou d'une grammaire. L'avantage de ce logiciel par rapport à d'autres logiciels d'analyse de contenu est qu'il fait des regroupements a priori. Par exemple les termes « médecin » et « médecine » peuvent aller dans la même classe. C'est pour cela qu'il est possible d'avoir des références un peu différentes dans chaque classe au lieu d'avoir juste un décompte des mots.

Le champ d'application de ce logiciel est très diversifié : il couvre plusieurs domaines comme celui de la *psychologie clinique, sociale et cognitive* et permet de faire l'analyse d'un entretien, ce qui est le cas dans cette étude. Les autres domaines sont celui de la *sociologie* où il permet de faire une analyse qualitative, de traiter le contenu de questions ouvertes des sondages d'opinion, celui de *l'intelligence économique* pour la veille concurrentielle ou la détection des signaux faibles, celui du *marketing* pour des études stratégiques, de notoriété ou des analyses de la gestion de la relation clients, mais aussi celui *des Sciences de l'information* pour générer ou vérifier la pertinence des ontologies et thesaurus, des *Sciences politiques* pour les analyses de discours et d'articles de presse, le *domaine linguistique* pour analyser des textes, élaborer ou tester des méthodes de classifications et enfin le *domaine informatique* définissant des listes de mots-clés exploitables dans des bases de données ...

1.4.1.2. Utilisation du logiciel

Ce logiciel a été utilisé de 3 façons différentes.

Première utilisation : permettre de créer des questions rentrant dans le questionnaire « intern'life »

Une fois tous les entretiens retranscrits, ils ont été mis sous forme de texte brut, un fichier sans aucune mise en forme contenant uniquement les réponses des interviewés mises les unes à la suite des autres.

La recherche de propositions remarquables, constituent une sorte de résumé des entretiens soulignant les parties le plus souvent répétées, a été réalisée. Ces propositions remarquables sont construites sur la base des fréquences de termes, des connecteurs, des modélisations etc...

A partir de ces propositions remarquables nous souhaitons introduire des questions plus précises sur l'empathie et le lien avec le burn-out dans le questionnaire « intern'life » créé pour la suite de l'étude sur le « Stress de l'internat en médecine générale, stratégies d'ajustement, burn-out, symptomatologie anxio-dépressive, addictions, conduites alimentaires et évolution de l'empathie : une étude longitudinale (six temps, du début à la fin de l'internat) en psychologie de la santé. »

Deuxième utilisation : un regard théorique « theory-driven »

On part ici de la théorie, c'est à dire les quatre dimensions de l'empathie définies par Morse, et on l'applique aux données, ici les propositions remarquables.

Les entretiens bruts ont été repris mais en ne sélectionnant, lors de cette utilisation, que la partie sur la représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale. Les propositions remarquables ainsi relevées par cette nouvelle utilisation du logiciel ont ensuite été exploitées par rapport aux 4 dimensions de l'empathie. Elles ont été classées selon une des 4 dimensions ou non classées car non exploitables, comme par exemple « si l'exemple était bien choisi » qui ne pouvait être classé dans aucune des quatre catégories. Ce classement a d'abord été réalisé par une

personne puis par quatre personnes indépendantes au sujet de recherche puis par deux personnes participant à la recherche.

Troisième utilisation : un regard empirique

Pour approfondir notre recherche un nouveau travail a été entrepris : celui de réaliser un nouveau scénario à partir des mots les plus fréquemment utilisés dans les discours. L'objectif étant ici de rechercher une théorie à partir des données.

Création du nouveau scénario :

Ce nouveau scénario a été construit à partir du texte brut des premières parties de l'entretien mises bout à bout. Il a tout d'abord fallu définir sur quel niveau de classification le scénario devait être construit et pour cette partie nous avons choisi de ne garder que les classes sémantiques dont la fréquence était supérieure ou égale à 3.

Puis l'essentiel du travail a été de réaliser des grandes classes sémantiques à partir des 268 classes sémantiques relevées par le logiciel. Le premier grand groupe a été celui de la poubelle sémantique où tous les mots non utilisables et qui auraient dû être supprimés lors de la transcription ont été placés, rejoints progressivement par tous les termes qui ne semblaient pas pertinents de faire rentrer dans l'une des sous-classes créées. Ces sous-classes ont ensuite été faites en plusieurs temps : la première sous-classe créée a été par exemple le « patient » où ont été regroupés « âge, alcoolique, cas, demoiselle, madame, monsieur, patient, sujet, vieillard », une autre sous-classe a ensuite été créée celle de la « famille » comprenant « enfant, époux, famille, femme, fille, fils, mère et sœur ». De cette manière, 7 sous-classes 'Famille, Groupe, Humain, Patient, Personnalité, Personnel de santé et Proche' ont été créées et intégrées dans une grande classe appelée « Gens ». De la même façon une grande classe « Empathie » a été créée avec des sous-classes comprenant 'l'aptitude', 'la communication' et 'le comportement' sous-entendu comportant tous les mots tels que "approche, distance, réaction". La quatrième sous-classe est la « relation » empathique comportant (les relations d') amitié, (relation de) confiance etc et la dernière sous-classe a été celle des « sentiments » comprenant les termes tels que "la joie, le chagrin, la tristesse etc" La troisième grande classe est « l'environnement » qui comprenait en sous-classe le « centre-hospitalier » mais aussi la « maison », le « chez-moi ». Les termes

« augmentation », « baisse », « changement », « différence » ont quant à eux été intégrés dans une quatrième grande classe de l' « évolution de l'empathie ». Le champ de la médecine a été prédominant créant à lui seul une « grande classe » intégrant en sous-classe « les études », « les pathologies », la « prise en charge », « les soins médicaux » (gestes diagnostiques et devenir) séparés des « traitements ». La dernière grande classe a été « vie » qui comprenait comme sous-classe la « mort », la « vie », le « vécu ». Nous avons décidé de ne pas séparer « Vie » (en ajoutant « maîtrise », « solution ») et « Mort » (en ajoutant « mal », « erreur », « risque », « danger » ...).

Résultats de cette création (cf ANNEXE 3) :

En résumé le nouveau scénario retrouve donc huit grandes classes dont nous ne détaillons ci-dessous que les trois principales.

- Empathie la deuxième plus grande classe retrouvant plusieurs sous classes:
 - Aptitude
 - Communication
 - Comportement
 - Sentiment
 - Relation
- Entretien avec le patient
- Environnement
- Evolution de l'empathie
- Gens
 - Famille
 - Personnel de santé
 - Patients
 - Proches
- Médecine la plus grande classe :
 - Consultation
 - Corps
 - Erreur
 - Etude
 - Maîtrise

- Médecine générale
 - Pathologies
 - Prise en charge
 - Psychanalyse
 - Responsabilité
 - Soins médicaux
 - Traitement
- La vie

1.5. TRAVAUX COMPLEMENTAIRES :

1.5.1. Exploitation directe

Les entretiens ont ensuite été lus dans leur intégralité sans utilisation de logiciel afin de faire d'autres recherches.

- Recherche d'une notion claire
- Recherche des différences entre les empathies

1.5.2. Différence hommes/femme

Le logiciel a de nouveau été exploité de la même façon que pour le regard théorique et pour le regard empirique en différenciant les 12 sujets hommes des 12 sujets femmes afin de pouvoir comparer les résultats.

2. RESULTATS

2.1. POPULATION RECRUTEE

L'âge moyen de la population était de 27,3 ans. Douze hommes et douze femmes ont été interviewés soit quatre hommes et quatre femmes pour chaque intervieweurs. En ce qui concernait la vie familiale de ces internes, 6 étaient célibataires, 12 en couple, 6 mariés dont 3 avec au moins un enfant. Parmi les 24 internes, 2 internes étaient en DESC de gériatrie et 2 en DESC d'urgences (voir Tableau 3).

Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Homme	12 (50)
Femmes	12 (50)
Année d'internat en MG	
T1	8 (33)
T2	3 (13)
T3	12 (50)
T4	1 (4)
Age	
25	1 (4)
26	7 (29)
27	5 (22)
28	7 (29)
29	2 (8)
30	2 (8)
Moyenne âge	27,33
Vie familiale	
Célibataire	6 (25)
En couple	12 (50)
Marié	3 (12,5)
Marié avec un enfant	3 (12,5)

Tableau 3 : Données démographiques des internes en médecine générale interviewés

2.2. LES ENTRETIENS :

Sur les 24 entretiens : 10 entretiens ont eu lieu à domicile chez les internes interviewés, 9 entretiens dans une salle de stage dont un pendant une garde, 2 entretiens ont été réalisés chez les internes interviewants, 1 entretien a été réalisé sur le site de Cochin, 1 entretien dans un café Parisien et le dernier entretien lors d'une promenade avec le fils d'un des internes. Donc lors de plus de la moitié des entretiens il y a eu des interruptions qui parfois ne semblent pas avoir perturbé le fil de la pensée de l'interne mais cependant rien ne permet de l'affirmer.

Le temps moyen des entretiens a été d'environ 35 minutes variant entre 25 minutes et 55 minutes donc concordant avec ce que nous avions prévu.

2.3. RESULTATS à PARTIR DU LOGICIEL :

2.3.1. Première exploitation du logiciel :

Sur les 806 propositions remarquables qui sont ressorties de cette première analyse, une grande majorité était inexploitable. En effet le champ des entretiens entier était trop vaste. Cela ne nous a pas permis d'identifier des thèmes précis qui auraient pu servir de base à des questions. Afin de réduire le nombre de propositions, nous avons fait tourner une nouvelle fois le logiciel en le limitant aux 806 propositions. 69 propositions ont été identifiées mais tout aussi inexploitables (Cf ANNEXE II) n'ayant pas d'intérêt par rapport à notre problématique. Nous ne pouvions donc rien introduire de pertinent dans le questionnaire « intern'life » et c'est pourquoi nous sommes sortis du cadre de l'étude principale afin de poursuivre l'exploitation des entretiens en faisant des recherches parallèles, tout en continuant à suivre les résultats de l'étude principale.

2.3.2. Un regard théorique ou « théorie-driven »

Les propositions ont ensuite été classées.

Pour le groupe

Parmi les 259 propositions remarquables retrouvées, 99 propositions soit 38% étaient exploitables et 160 (62%) ont été classées dans la catégorie sans intérêt « Moi c'est là que je » « mais sinon tant que les jours se succèdent ». Parmi elles 68 propositions (69%) ont eu une seule classification et 31 propositions (31%) ont été classées dans 2 ou plus catégories comme par exemple « L'empathie je trouve que tu es impliqué plus » classée à la fois en empathie cognitive (prendre en compte) et en empathie émotionnelle (car plus impliqué sur le versant émotionnel). 99 propositions exploitables ont été retrouvés parmi lesquelles 21 propositions (21%) mises dans la catégorie empathie morale, 23 propositions (23%) dans la catégorie empathie émotionnelle, 62 propositions (63%) dans l'empathie cognitive et 30 propositions (30%) dans l'empathie comportementale.

Propositions remarquables	259 (100%)
Inexploitables	160 (62%)
Exploitables	99 (38%)
Exploitables	99 (100%)
Une seule classification	68 (69%)
Plusieurs classifications	31 (31%)
Empathie morale	21(21%)
Empathie émotionnelle	23 (23%)
Empathie cognitive	62 (63%)
Empathie comportementale	30 (30%)

Tableau 4: Classement final des 259 propositions remarquables

Par individu

Par contre, lorsqu'on examine le classement des propositions émises par chaque individu, on constate que seules 5 personnes sur les 24, soit environ 21%, ont décrit l'empathie selon les 4 dimensions à la fois.

Nombre de dimensions évoquées	Nombres d'internes (%)
1	3 (12,5%)
2	6 (25%)
3	10 (42%)
4	5 (21%)

Tableau 5: Pourcentage d'internes selon le nombre de dimensions évoquées

2.3.3. Un regard empirique ou « data-driven »

Le logiciel TROPES a donc relevé 268 classes sémantiques qui ont été classées en grandes classes puis en sous-classes. Les trois grandes classes les plus représentées sont l'empathie, la médecine et les gens. Près de 30% du vocabulaire est dans le domaine médical et 26% sur l'empathie dont 17% sur le comportement, 5% sur les sentiments et 3% sur la relation. L'entretien avec le patient représente 7% et l'environnement 2%. Un tiers du vocabulaire, soit 33% concerne autrui, que ce soit la famille, le personnel, des proches du patient mais surtout le patient pour 16%. La figure 4 nous montre cette répartition de la sémantique utilisée par les internes.

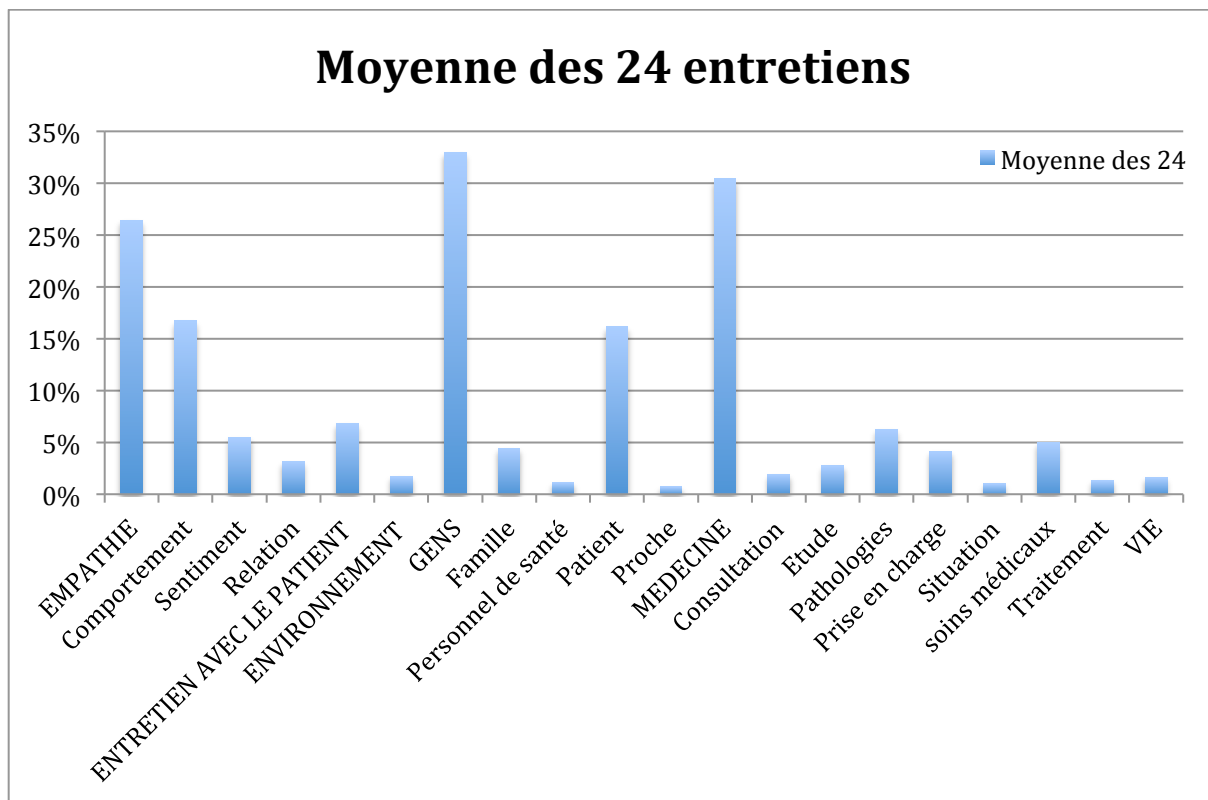


Figure 3 : Répartition de la sémantique utilisée de façon globale

2.4. AUTRES RESULTATS RETROUVES :

2.4.1. Une définition évidente ?

Pour trois personnes (12,5%), dont 2 hommes et une 1 femme, la définition a été difficile à donner avec moins de spontanéité que pour les autres. « Je saurais pas te donner une bonne définition en fait de l'empathie » (Sujet 1) ou encore « Alors ce n'est pas la bonne définition mais je pense que (...) » (sujet 15). Mais de manière générale, la notion et la définition de l'empathie, même si elle varie d'une personne à l'autre ce que nous verrons plus loin, semblent être claires dans les esprits de la plupart de étudiants (21/24)(87,5%). La majorité des étudiants pensent donc savoir ce qu'est l'empathie.

A noter que des notions de doute ont tout de même été retrouvées par le logiciel TROPES, une incertitude concernant ce sujet.

2.4.2. Des différences entre empathie « dans la vie de tous les jours » et « clinique »

Les questions étaient « *Selon toi, qu'est-ce que l'empathie en général, dans la vie de tous les jours ?* » et « *Selon toi, en fonction de tes expériences personnelles, qu'est-ce que l'empathie dans l'activité professionnelle du médecin. Est-ce une empathie spécifique à cette activité ?* » Les réponses ont ensuite été étudiées les unes après les autres tout d'abord en deux groupes selon l'existence ou non de différences. Pour 7 personnes nous n'avons pas constaté de différence entre les deux empathies « En tant que médecin pareil » (sujet 3). Par contre des différences existaient pour 14 personnes. La différence la plus exprimée par les internes en médecine générale (7 internes) est la distance avec le patient dans l'empathie clinique « distance à avoir » (sujet 6), « garder une certaine distance » (sujet 24), « avoir une certaine limite émotionnelle » (sujet 19). Une autre différence importante relevée par trois internes est l'existence d'un travail sur soi dans l'empathie clinique. Une interne souligne l'existence de la souffrance physique présente dans l'empathie clinique. Pour un interne, il y a une différence mais il n'est pas capable de la verbaliser. Enfin, pour 4 internes, l'empathie ne serait qu'en médecine sinon ça se rapprocherait plus de la sympathie, voire de la compassion pour une interne. Pour les trois derniers internes, il n'y a pas eu de description d'empathie dans la vie de tous les jours ne permettant pas de savoir s'il y a pour eux une différence ou non.

Sujet	Nombre d'internes mentionnant le sujet (homme/femme)
Des différences	14 (6/8)
Distance avec le patient	7 (3/4)
Travail sur soi dans l'empathie clinique	3 (2/1)
Souffrance physique	1 (0/1)
Différence non définie	1 (1/0)
Sentiments non empathiques dans la vie	
de tous les jours :	5 (1/4)
Sympathie	4 (1/3)
Compassion	1 (0/1)

Tableau 6 : Les différences entre empathie clinique et empathie dans la vie de tous les jours

2.4.3. Le sexe fait-il varier la représentation ?

Sur le plan théorique :

Chez les femmes parmi les propositions remarquables exploitables, 18% d'entre elles relèvent de la motivation empathique, 12% de l'empathie émotionnelle, 39% de l'empathie cognitive, et 30% de l'empathie comportementale.

Chez les hommes 18% des propositions remarquables exploitables relèvent de la motivation empathique, 19% sont de l'empathie émotionnelle, 39% sont de l'empathie cognitive et 24% sont de l'empathie comportementale.

Ainsi, en comparant le regard théorique chez les hommes et chez les femmes il n'y a pas de différence ($p \approx 0,93$).

Sexe	Motivation empathique		Empathie	
		Empathieémotionnelle	cognitive	Empathiecomportementale
F	15 (18%)	10 (12%)	32 (39%)	25 (30%)
M	12 (18%)	13 (19%)	26 (39%)	16 (24%)
Total	27 (18%)	23 (15%)	58 (39%)	41 (28%)

Tableau 7 : Comparaison de la représentation de l'empathie homme/femme pour le regard théorique

Sur le plan empirique :

Parmi les termes employés par les hommes 25% d'entre eux appartiennent à la grande catégorie empathie, 8% à celle sur l'entretien avec le patient, 2% à celle sur l'environnement, 33% à celle sur les gens, 31% à celle du champ de la médecine et enfin 1% à celle de la vie.

Chez les femmes on retrouve 27% des mots employés dans la catégorie empathie, 6% dans la catégorie entretien avec le patient, 1% dans celle de l'environnement, 33% dans celle des gens, 30% dans celle de la médecine et enfin 2% dans celle de la vie.

Lorsque l'on compare les deux champs sémantiques il n'y a pas de différence ($p \approx 1$).

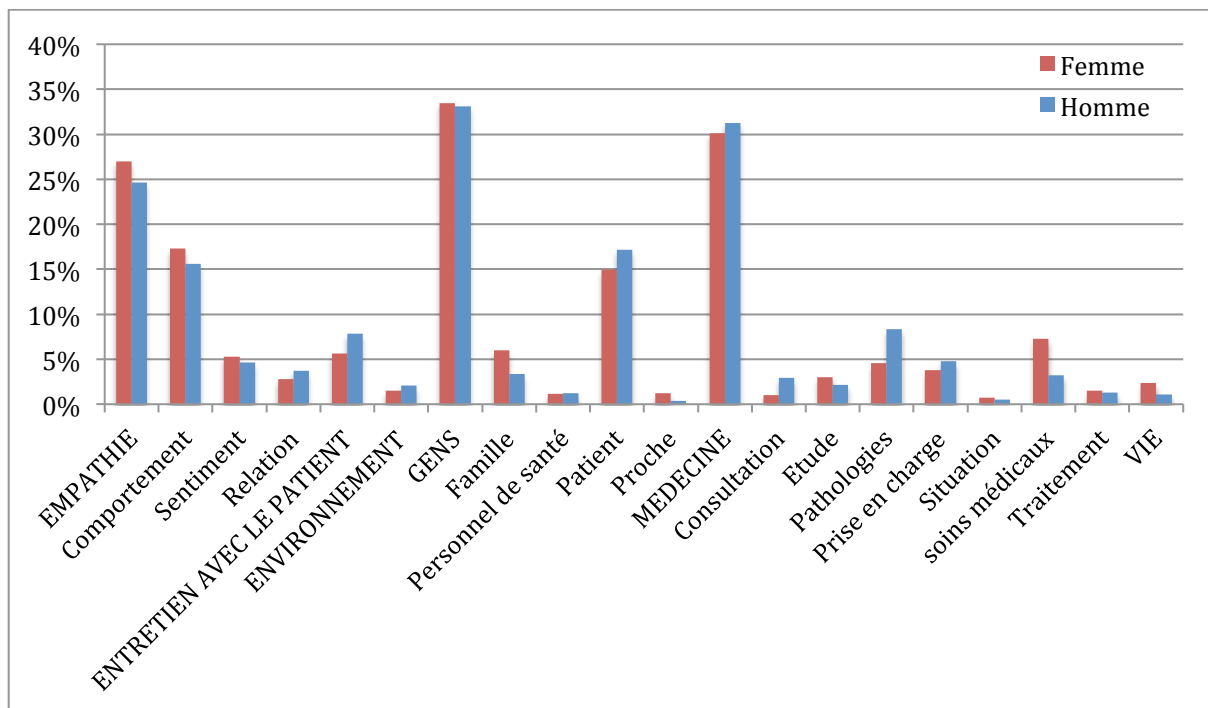


Figure 4 : Répartition de la sémantique utilisée en fonction du sexe

DISCUSSION

Notre hypothèse principale était que la représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale est essentiellement cognitive, c'est à dire qu'elle consiste à adopter le point de vue d'autrui pour analyser et comprendre leurs expériences.

1. A PROPOS DE LA METHODE et DE SES BIAIS

1.1. L'ECHANTILLON :

Dans notre étude il y a des **biais de sélection** dus à la méthode choisie pour sélectionner les participants à l'étude. Tout d'abord nous avons volontairement choisi de faire 24 entretiens dont la moitié réalisée avec des hommes et l'autre moitié des femmes car la conception de l'empathie peut être différente selon le genre. Si nous avions repris la proportion réelle des étudiants en médecine nous aurions eu deux tiers d'entretiens féminins étant donnée la féminisation des études médicales (80). Les internes en troisième année d'internat ont été les plus nombreux à être interviewés mais globalement il y a une bonne représentativité de chaque année de l'internat puisque 8 internes étaient en T1, 3 internes en T2, 12 internes en T3 et une interne en T4.

Un biais important est **le biais de volontariat**: les caractéristiques des personnes qui sont volontaires peuvent être différentes de celles de la population générale. Toutes les personnes ayant participé à ces entretiens étaient en effet des personnes qui portaient ne serait-ce qu'un minimum d'intérêt à l'empathie et au burn-out. Or si ces personnes s'intéressaient à ce sujet, elles étaient vraisemblablement plus renseignées que la population générale sur ce qu'est l'empathie, ayant peut-être par ailleurs déjà entrepris quelques recherches.

Un dernier **biais** est celui **d'auto-sélection**. Le recrutement a été volontaire et non aléatoire. Les intervieweurs connaissaient en grande majorité les interviewés. Les intervieweurs sont intéressés par le sujet de l'empathie et on peut se demander si, inconsciemment, ils n'ont pas choisi des personnes plus aptes à répondre « oui » pour

être interviewé, donc des internes plus disponibles, comprenant la difficulté de trouver des volontaires et, en quelque sorte, plus empathiques vis à vis de leurs collègues?

1.2. LES ENTRETIENS :

Selon une étude (81), il est possible d'atteindre avec 20 entretiens, 90% des informations que l'on aurait eu avec 30 entretiens et avec 30 entretiens 90% des informations totales qu'il est possible de collecter ce qui est appelé la saturation de données. Mais selon une étude plus récente cette saturation de données est atteinte au bout de 12 entretiens (82). Le fait de rechercher la saturation de données après chaque entretien peut faire perdre du temps aux chercheurs. Le nombre d'entretiens a donc été défini préalablement au nombre de 24. A partir de ces entretiens nous avons ensuite regardé si nous étions arrivés à saturation de données. Effectivement aux termes de ces entretiens il semblerait que nous soyons arrivés à **saturation des données** puisque les réponses données finissent par être les mêmes.

Le lieu des entretiens n'a pas été un endroit fixe. Pour disposer d'un lieu fixe il aurait fallu surmonter une complication : trouver un lieu calme, isolé telle qu'une salle de la faculté qui aurait pu être alors fermée aux horaires où nous pouvions réaliser les entretiens. En outre le temps étant une contrainte, la probabilité de recruter des internes aurait été plus faible si nous avions décidé d'un lieu fixe pour tous les entretiens et demandé aux internes de se déplacer dans ce lieu. En nous pliant à leur exigence et nous déplaçant, cela était plus facile pour eux de répondre présents à notre demande.

Un **biais** important est celui **de déclaration**. En effet il est possible que certaines réponses soient données parce qu'elles sont socialement correctes. C'est le concept d'infaillibilité d'Edwards (1957) : ne pas risquer un jugement négatif par les siens qui sont ici les intervieweurs. Lors de certains entretiens il est arrivé d'entendre « je ne sais pas si ce que je dis est bien » ou encore « faut dire un truc assez correct » laissant effectivement supposer que l'interviewé avait peur, consciemment ou même inconsciemment, d'être jugé par l'intervieweur. Ce biais a essayé d'être limité en pensant au préalable à la position des chaises. L'interne ne devait pas se sentir observé: le face à

face a donc été évité afin qu'il n'ait pas l'impression de se sentir comme un patient pourrait se sentir derrière le bureau d'un médecin. Les chaises, les positions des 2 internes interviewé/interviewant, devaient être de sorte que chacun se sentent à l'aise de discuter sur un sujet précis -l'empathie et le burn-out - sans se sentir obligé et se forcer à donner des réponses qui sembleraient satisfaire l'interne d'en face plus que ce que lui-même pensait. De même nous devons bien faire attention en outre de ne pas préciser nos hypothèses, de ne pas être trop directif, afin d'éviter que le discours de l'interviewé ne se contente de confirmer les hypothèses qu'il aurait perçues. Afin de faciliter l'amorçage de la conversation, les premières questions étaient banales : sur l'âge, le semestre où ils en étaient, les différents stages où ils étaient passés, etc... Il fallait que l'entretien soit interactif tout en laissant la majorité du temps de parole à l'interne interviewé.

Enfin ces entretiens étaient semi-dirigés afin de centrer le discours sur des thèmes préalablement définis nous permettant de pouvoir étudier l'ensemble des questions et de comparer les résultats. La limite de ce type d'entretien est que cela a pu couper le fil ou la dynamique du discours. Afin de permettre un maximum de fluidité dans le discours, de faire des relances si nécessaire, d'ajuster les questions ou l'ordre des questions si besoin, nous nous sommes imprégnés des différentes questions et des thèmes de l'entretien. Il aurait fallu cependant réaliser un entretien blanc pour tester le guide d'entretien mais devant la difficulté de recruter des internes ayant du temps devant eux nous n'avons pas réalisé d'entretiens blancs.

1.3. LE CLASSEMENT :

Pour analyser les entretiens nous nous sommes donc aidés d'un logiciel informatique. Le logiciel nous a permis d'avoir deux regards complémentaires sur les entretiens : un regard théorique ou « theory-driven » qui part de la théorie pour l'appliquer aux données et un regard empirique ou « data-driven » qui extrait une théorie à partir des données.

Une des limites de ce logiciel est qu'il ne prend pas en compte les coquilles ou les fautes d'orthographe ne relevant donc pas un mot pouvant avoir son importance du fait d'une éventuelle faute.

Des biais liés au classement sont retrouvés dont le plus important est le **biais de subjectivité** qui dans cette étude est majeur. En effet le classement des propositions remarquables selon les quatre dimensions de Morse a d'abord été réalisé par une seule personne selon ses propres représentations des dimensions. Afin de limiter ce biais de subjectivité, il a ensuite été demandé à trois autres personnes, une autre interne en médecine générale, une étudiante en psychologie et un ingénieur au LATI, de classer les propositions selon eux. On constate des différences de classement trop importantes et à partir de cela il est difficile de travailler. C'est pourquoi il a donc été demandé finalement à un deuxième chercheur au LATI participant à cette étude, donc ayant une représentation des dimensions de l'empathie selon Morse a priori plus juste, de classer ces propositions remarquables. Puis ces propositions ont été comparées à celles réalisées par la première personne. Il y a ensuite eu une discussion pour toutes les propositions classées différemment et une dimension, voire plusieurs, a été choisie.

2. LA REPRESENTATION

Une chose est sûre : pour 100% des internes ayant participé à ces entretiens l'empathie est primordiale dans l'exercice de la médecine « Je ne conçois pas la médecine sans empathie » (sujet 10) et plus particulièrement la médecine générale « qu'on ne peut pas être un bon médecin de ville si on n'a pas cette qualité là - l'empathie- (...) car il faut suivre des patients au long cours » (sujet 5). Sans empathie la médecine ou le fait d'être médecin perd alors son intérêt « je pense que sinon (sans empathie), il faut vraiment changer de métier » (sujet 13). Il n'y a donc pas de différence quant à l'importance de l'empathie entre les hommes et les femmes.

2.1. Une représentation essentiellement cognitive

Les résultats confirment l'hypothèse principale: la représentation de l'empathie est essentiellement cognitive puisque 62% des propositions remarquables étaient en lien avec la cognition. La part comportementale représente 30% des propositions remarquables ce qui montre l'importance, pour les internes en médecine générale, de communiquer au patient la compréhension du point de vue de ce dernier par les gestes, en d'autres termes de l'écoute non explicite. L'empathie émotionnelle représente 23% des propositions remarquables donc on ne peut pas dire que cette composante soit exclue de la définition de l'empathie comme l'exprime Hojat dans ses travaux (13). L'empathie émotionnelle existe bien pour ces internes mais de façon moindre par rapport à l'empathie cognitive. Enfin l'empathie morale, 21% des propositions remarquables, est aussi présente dans la représentation globale des internes en médecine générale. Même si l'empathie cognitive est l'empathie la plus mise en avant on ne peut pas dire qu'une forme d'empathie soit exclue par rapport à une autre. Cela confirme l'existence des quatre notions de l'empathie de Morse lors de la représentation globale de l'empathie pour les internes en médecine générale (3).

Cependant de manière individuelle, seulement 21% de la population a exprimé les quatre dimensions de Morse. Cela implique que la notion d'empathie varie d'une personne à l'autre. On retrouve cette variation dans la littérature et c'est pourquoi, pour certains auteurs, l'empathie émotionnelle ne fait pas partie de l'empathie alors que pour

d'autres elle en fait partie. Ainsi les résultats de la Jefferson Scale de Hojat afin de mesurer l'empathie peuvent être faussés pour une personne ayant une part d'empathie émotionnelle importante car pour Hojat l'empathie émotionnelle est exclue de l'empathie.

2.2. Une notion claire

La notion d'empathie est censée avoir été étudiée lors du deuxième cycle des études médicales et par conséquent une définition spontanée était attendue pour 100% des internes, qu'elle soit bonne, courte, longue, erronée. Ceci n'a pas été le cas puisque 3 sur les 24 (12,5%) internes interviewés ont eu du mal à donner une définition spontanée. Que signifie, pour eux cette, difficulté à donner une définition de l'empathie ? Est-ce dû au fait que l'empathie n'est pas suffisamment étudiée sur le plan théorique ? Est-ce la peur des internes de répondre de façon « non socialement correctement » qui les fait hésiter à donner une définition ?

D'un autre côté seulement 3 internes sur les 24 ont eu du mal ou peur de donner une définition erronée de l'empathie alors que pour tous les autres, l'empathie semble être une notion claire dans leur esprit. La grande majorité des internes répondent de façon spontanée. Ceci semble orienter vers le fait que l'empathie semble être bien abordée pendant le second cycle des études médicales. Cela est appuyé par le fait que pour tous l'empathie est importante dans la relation médecin-patient. Mais attention il est important de souligner qu'une notion claire ne signifie pas forcément juste ou identique.

2.3. Différences entre empathie « dans la vie de tous les jours » et « empathie clinique »

Pour trois internes il n'a pas été possible de voir s'il y avait une différence entre l'empathie clinique et celle dans la vie de tous les jours. En effet seule la définition de « l'empathie clinique » a été donnée.

Pour cinq internes (21 %) il n'y a pas de différence entre l'empathie de « tous les jours » et celle « clinique ». Cependant le classement est subjectif. Par exemple « L'empathie (dans la vie de tous les jours) à peu près la même chose » (Sujet 11) a été classé dans « pas de différence » alors qu'elle ne dit pas strictement « pas de différence » mais « à peu près » puis elle poursuit sa définition par la définition donnée précédemment pour l'empathie clinique. De même il a été classé dans la même catégorie « pas de différence » « En tant que médecin pareil » (Sujet 3) alors que c'est suivi par « pour le patient ». La différence n'étant pas alors dans la définition, mais pour qui l'empathie était « utilisée ». Il est évident que dans la vie de tous les jours l'empathie est pour un(e) ami(e) ou un membre de la famille et non un(e) patient(e). Dans la littérature, l'empathie clinique est décrite comme celle développée par le soignant vis à vis de son patient. Il n'est donc pas étonnant de retrouver que l'empathie clinique concerne le soignant vis à vis du patient.

Pour tous les autres, 16 internes (66,66%) dont 7 hommes et 9 femmes soit les deux tiers il y a une différence entre les 2 empathies.

La différence la plus mentionnée par les internes est la **notion de distance** avec le patient (9 internes dont 4 hommes et 5 femmes). Il faut « garder une certaine distance » (Sujet 17). Pour Carls Rogers « percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne sans jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si" ... sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie, mais d'identification » (6). Le « comme si » est donc cette notion de distance relevée par les internes. Toute la difficulté est donc de trouver la « bonne distance » comme le souligne le Pr Consoli (83). Un excès d'empathie peut en effet conduire au burn-out et au déclenchement d'une dépression (84).

Pour 5 internes (1 homme et 4 femmes) l'empathie dans la vie de tous les jours n'implique plus des sentiments « empathiques » mais plutôt des sentiments de sympathie pour 4 internes « normale car gens qu'on apprécie » « plus de place aux émotions », voire de la compassion pour la cinquième interne. Mais quelque part, si

l'empathie dans la vie de tous les jours laisse plus de place aux émotions cela signifie que d'une part les émotions font partie de l'empathie mais d'autre part qu'il y a une frontière dans ses émotions entre empathie et sympathie. Cela implique donc d'une manière différente la notion de distance vue précédemment. Cela introduit aussi une nouvelle notion de **travail sur soi** puisque l'empathie est « normale car ce sont des gens qu'on apprécie » (Sujet 9) cela signifie aussi qu'il faut prendre plus sur soi pour les patients donc dans l'empathie clinique.

On retrouve cette notion chez quatre internes, dont trois hommes, marquant la différence entre les deux empathies comme un « **travail sur soi** » (Sujet 18) dans l'empathie clinique permettant alors une « empathie construite » (Sujet 22). Il y a donc un effort à fournir, une implication personnelle plus importante « on s'implique plus » (sujet 15) Quelle est cette implication ? N'est-ce pas la compréhension cognitive ? Ou le travail d'écoute active ? S'il y a un travail à faire sur soi, ne peut-on pas alors acquérir des connaissances nous permettant de réaliser ce travail ? Quelles sont alors ces connaissances ?

Pour un interne, il y a une différence car « il faut quelque chose derrière » dans l'empathie clinique mais qu'a-t-il voulu souligner ? Est-ce aussi une implication personnelle plus importante ?

Pour une autre interne la différence est due au fait que l'empathie clinique est « plus liée à **la souffrance physique** ». Même si elle est la seule à avoir souligné cela il est important de le noter. En effet même si pour d'autres internes la différence entre les deux empathies n'est pas dans la souffrance physique de prime abord pour un certain nombre d'entre eux ils pensent avoir plus d'empathie dans les cas graves comme les cancers que pour un rhume ou une entorse. Donc la compréhension de la douleur physique semble quand même avoir un rôle important dans l'empathie pour les internes.

En conclusion on peut dire que pour les internes en médecine générale, les deux grandes notions caractérisant l'empathie clinique comparée à celle de la vie de tous les

jours sont la distance vis à vis du patient et le travail sur soi et, dans une moindre mesure, peut-être aussi la souffrance physique du patient.

2.4. Le sexe fait-il varier la représentation ?

Si l'empathie est plus présente chez les femmes dans le domaine médical (85,9), la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale semble être la même pour les hommes et les femmes. Les quatre composantes de l'empathie selon Morse sont retrouvées sans différence significative entre les deux sexes.

L'empathie cognitive prend la place la plus importante quel que soit le sexe. Cela n'est pas étonnant car la première définition donnée à l'empathie est « la capacité à comprendre » ce qui met l'empathie cognitive sur le premier plan.

La deuxième notion est l'action empathique quel que soit le sexe de l'interne. On peut expliquer cela par l'importance pour les internes en médecine générale de l'écoute du patient avec le temps donné, l'importance de l'environnement, l'attitude à avoir face à son patient.

L'empathie émotionnelle n'est que troisième probablement du fait de la distance émotionnelle avec le patient faisant rentrer le champ émotionnel contrairement à ce que pense Hojat mais de façon limitée.

Enfin il est intéressant de voir que la motivation empathique est en marge de cette représentation car sans motivation empathique pourquoi user de l'empathie ?

De la même façon selon le scénario fait sur mesure, il n'existe pas de différence en fonction du sexe dans la représentation de l'empathie. Le schéma de la représentation de l'empathie selon les internes en médecine générale est donc identique pour les hommes et pour les femmes.

3. SCHEMA DE LA REPRESENTATION DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE

Il est clair que l'empathie clinique et la communication sont imbriquées l'une dans l'autre. En effet l'empathie permet une bonne communication et une bonne communication passe par l'empathie. Le résultat de ces deux composantes est une bonne relation médecin-patient c'est à dire une relation de confiance mutuelle autant pour le patient vis à vis de son médecin mais aussi pour le médecin vis à vis de son patient. Cette relation est basée sur « un contact avec tout simplement des discussions par forcément axées sur leurs maladies » (sujet 22). Le but étant qu'« il faut créer une relation de confiance » (sujet 19) ce qui « permet de recueillir des informations » (sujet 22).

Au travers des différents entretiens un schéma global représentatif de l'empathie pour les internes en médecine générale a été construit avec trois bulles (Empathie clinique, Communication et Sentiments/Emotions) s'entrecroisant.

3.1. Communication

La première bulle est la bulle de la communication. La communication est un « échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » (petit Larousse). Communiquer avec autrui, le patient mais aussi sa famille, ses proches, le personnel hospitalier passe par un entretien : « l'entretien en tout cas et ça c'est important pour moi » (sujet 22). L'**entretien** avec le patient est conduit lors d'une **consultation** soit en binôme médecin-patient soit à plusieurs. Lors de cette consultation le médecin peut très bien **recevoir des informations** comme le mode de vie, les antécédents, le ou les symptômes pour le(s)quel(s) vient le patient etc ... En échange il peut **donner des informations** au patient sur le traitement de telles pathologies retrouvées par l'interrogatoire. Il est alors tout à fait possible de recevoir des informations sans les traiter comme il est possible de donner des informations brutes et non adaptées aux patients. Les questions sont alors les suivantes : comment adapter ces informations ? Comment réaliser un partage d'informations c'est à dire des explications claires, loyales, appropriées (45) des propositions de traitement/soins médicaux plus qu'une distribution d'informations ? Pour cela il faut comprendre ce qu'attend exactement le patient donc savoir écouter et partager ensuite les informations adéquates et c'est à ce moment qu'entre en jeu l'empathie clinique.

Dans la première bulle communication l'entretien avec le patient est mis en avant en passant par une consultation. De cette consultation des informations sont reçues et données en retour. En allant plus loin, grâce à une écoute attentive, verbale et non verbale qui seront détaillées plus loin, un partage des informations adéquates peut être réalisé.

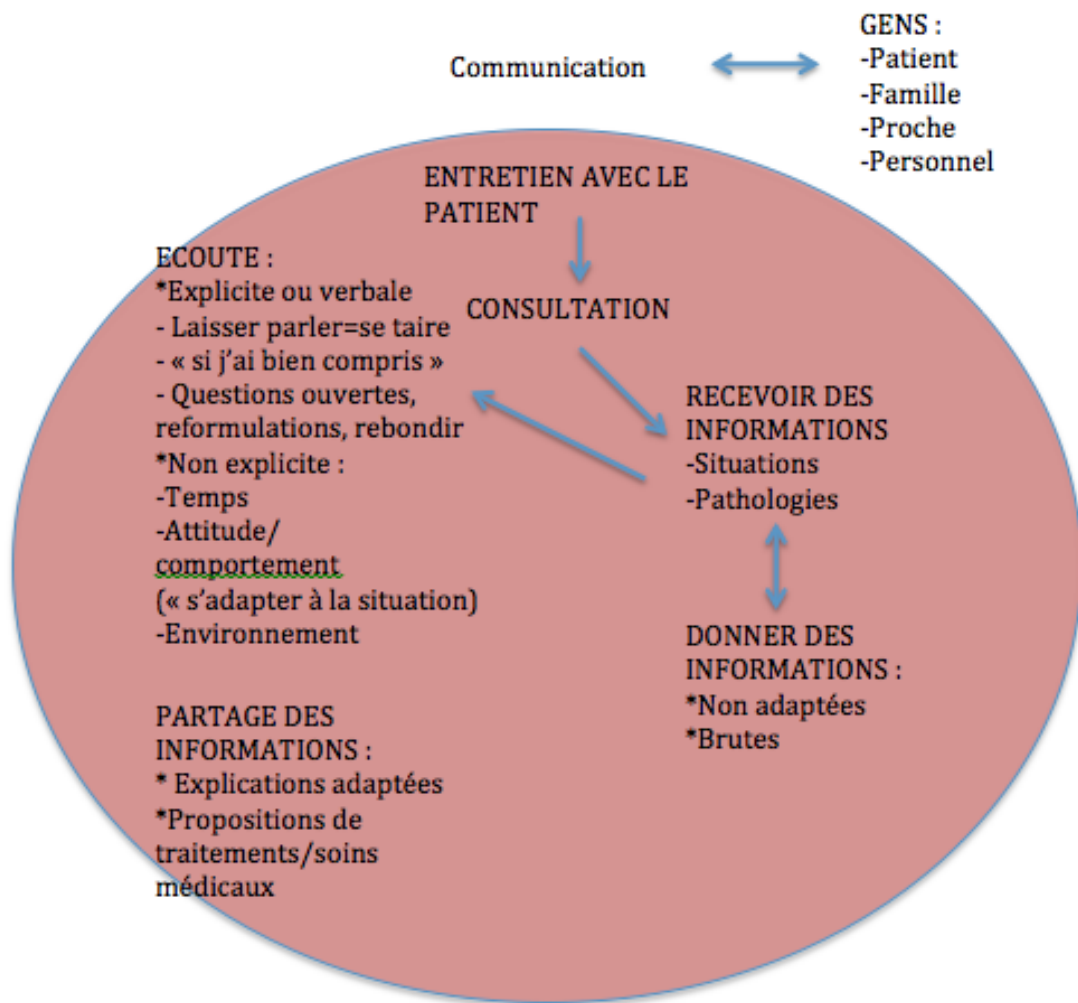


Figure 5 : Bulle représentant la communication

3.2. Empathie clinique

La deuxième bulle est celle de l'empathie clinique. Il semble donc pour les internes en médecine générale que l'empathie clinique soit avant tout un **travail sur soi**. Pour les internes ce terme recouvre plusieurs aspects : les efforts pour comprendre l'autre « faire l'effort d'essayer de comprendre ce qu'il a » (sujet 11), l'apprentissage de l'empathie : « je pense que c'est fondamental d'être empathique en médecine (on nous en parle que très tard d'ailleurs dans les études) mais il faut savoir construire cette empathie » (sujet 6). Par contre, le travail introspectif d'écoute et d'analyse de soi-même pour repérer d'éventuels contre-transfert ou identification n'est pas explicitement évoqué mais il en fait certainement partie, de manière moins consciente sans doute car il est indispensable à une bonne compréhension de l'autre et à la prise de distance vue plus loin.

Pour faire ce travail sur soi il est important d'avoir une **motivation empathique** le permettant, l'éthique de l'interne, pour débiter le processus : « moi je sais j'ai tendance à être plutôt très empathique » (sujet 6) « c'est ces situations là on n'a pas envie de s'y mettre –à la place du patient- » (sujet 6). Le travail sur soi est réalisé car éthiquement les internes savent qu'ils doivent le faire.

Ce travail sur soi permettrait alors une **écoute attentive**. Avant d'apprendre à parler à un malade, il faut apprendre à l'écouter comme le souligne le Professeur Pierre Ambroise-Thomas. Cette écoute attentive doit être verbale « dire à un patient - je comprends que ça n'est pas marrant, je comprends votre stress, vous êtes dans une situation stressante- ce n'est pas une perte de temps » (sujet 24) ou non verbale par du temps donné, une attitude et un environnement adapté au patient ou à son entourage « c'est vrai que c'est pas facile, il a son intimité juste devant au milieu du couloir » (sujet 11).

Grâce à l'écoute, au travail sur soi, cela permet alors à l'interne de **comprendre le patient** en face de lui « si on ne comprend rien aux personnes qu'on soigne, je pense qu'on ne peut pas s'en occuper vraiment » (sujet 21). Il est important de comprendre tout d'abord que les normes de chaque individu sont différentes « moi, je n'ai vu qu'avec mes normes à moi. Donc pour ça, je me dis que je n'ai pas été empathique » (sujet 5). De même « cerner sa personnalité –celle du patient- permet d'adapter l'interrogatoire » (sujet 20) donc d'obtenir de meilleures informations.

Grâce à cette compréhension du patient, le **partage des informations** est lui aussi de meilleure qualité « adapter mon discours à la détresse du patient » (sujet 8). Il est donc important de comprendre la douleur physique mais aussi émotionnelle et psychologique d'autrui. Afin de comprendre cette douleur émotionnelle, malgré nous, il y a alors une certaine **implication émotionnelle** se basant sur notre vécu, nos compréhensions « parfois on peut être pris de court par des sentiments » (sujet 6), « l'empathie je trouve tu es impliqué plus –d'un point de vue émotionnel- » (sujet 11). Il n'y a pas de cognition sans émotions, ni d'émotions sans cognition comme le souligne Damasio (2004).

Cependant il est primordial pour le bien-être des praticiens d'avoir une **distance émotionnelle** avec le patient, il y a « une distance à avoir » (sujet 6). En effet sans cette distance émotionnelle l'empathie entre en symbiose avec une troisième bulle, celle des sentiments et des émotions c'est-à-dire dans les champs de la sympathie voire de la compassion, le médecin ressentant alors une émotion pour son patient voir une participation aux souffrances de son patient. Ce trop plein d'émotions peut être délétère pour l'interne.

Dans la deuxième bulle de l'empathie clinique nous retrouvons donc la motivation empathie permettant un travail sur soi permettant lui-même une écoute, une compréhension de l'autre conduisant alors à un partage des informations qui seront claires, loyales, appropriées. Le médecin propose ainsi des traitements, des soins médicaux que le patient peut refuser.

Empathie clinique

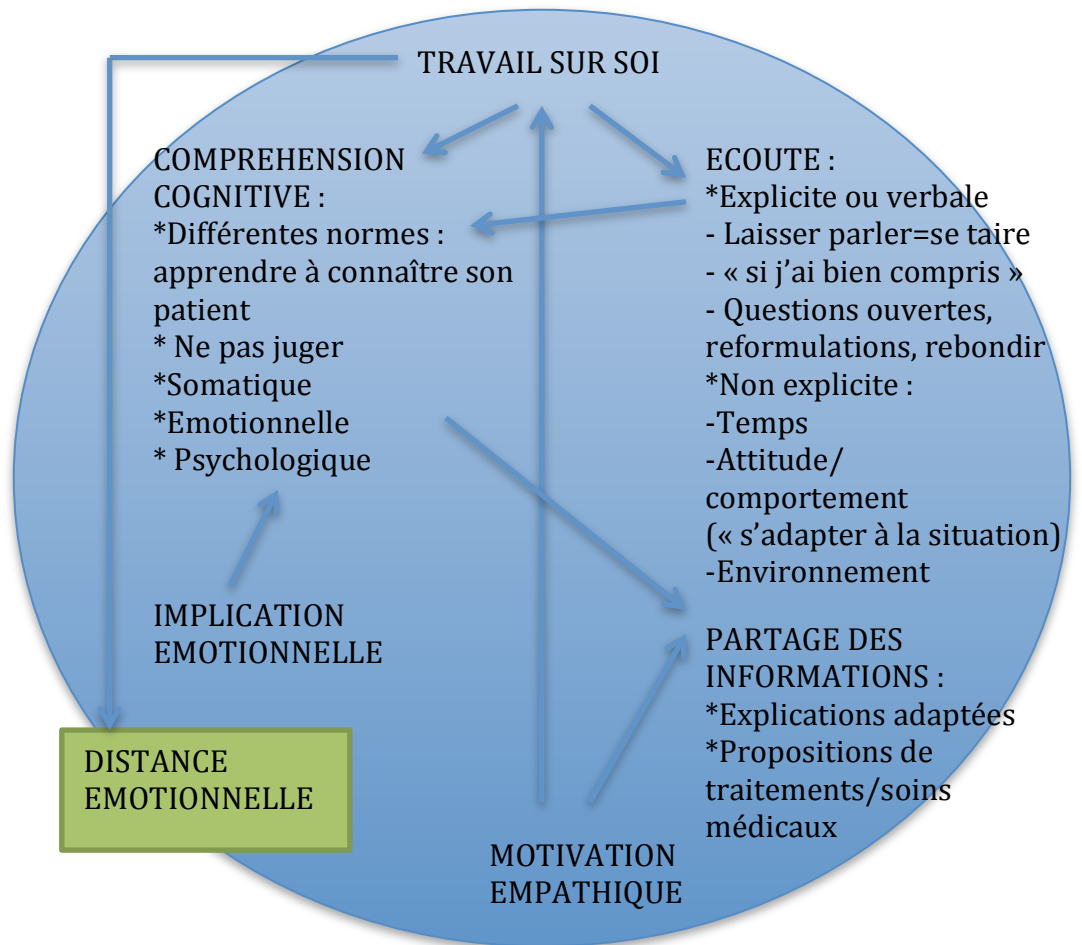


Figure 6 : Bulle représentant l'empathie clinique

3.3. Sentiments/émotions

La troisième bulle était celle des sentiments et des émotions. Elle croise à minima la bulle de l'empathie clinique avec une implication émotionnelle que les internes ont malgré eux. L'importance de la réponse émotionnelle est retrouvée (ou empathie émotionnelle) pour augmenter l'efficacité de la pratique médicale (86). Elle permet de mieux comprendre par association d'idées et de comprendre plus vite grâce à des signes non verbaux. En outre l'authenticité du médecin a un impact sur le fait que le patient comprend qu'il est compris. Il faut cependant conserver une distance émotionnelle permettant de ne pas rentrer dans la sympathie ou la compassion. La distance émotionnelle est plus faible dans l'empathie « dans la vie de tous les jours » que dans l'empathie « clinique » : la bulle de l'empathie « dans la vie de tous les jours » empièterait plus largement sur celle des émotions. « Les gens que mon médecin généraliste connaît depuis 30 ans je pense qu'il y a une relation patient-ami » (sujet 9) la distance émotionnelle s'étant réduite au cours du temps, la relation « empathique » est devenue plus « sympathique ». Balint définit cette relation médecin-patient unique par le terme « compagnie d'investissement mutuelle » (35). Il est très difficile de décrire cette relation en terme psychologique. Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ni d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ses éléments soient présents dans la relation.

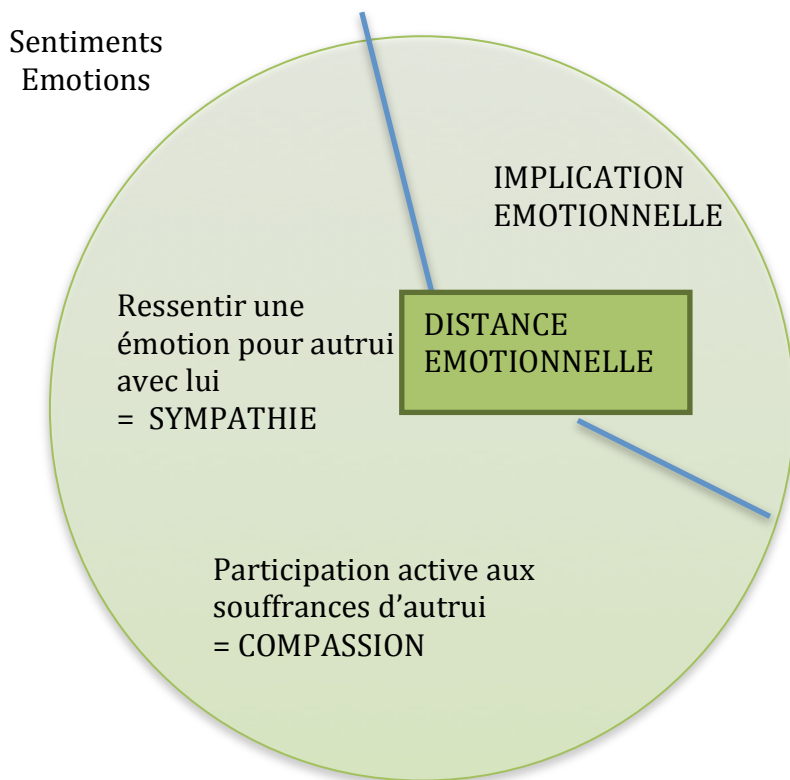


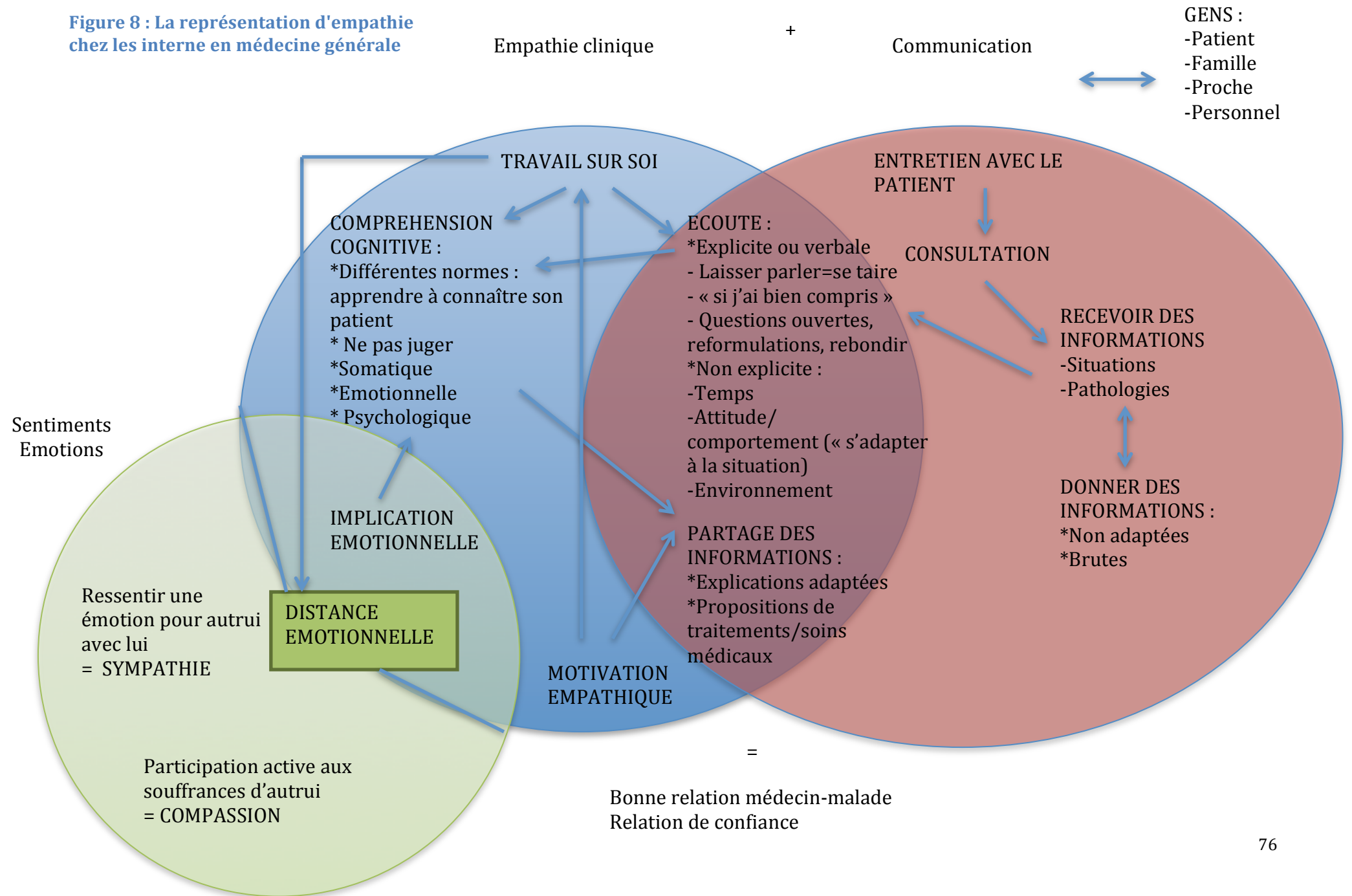
Figure 7 : Bulle représentant les sentiments/émotions

3.4. Relation de confiance

La relation de confiance est la clé d'une bonne relation médecin-patient. Cette clé est activée par la combinaison de **l'écoute active** et d'un partage des **informations adaptées** passant à la fois par les voies de la communication et de l'empathie clinique. C'est donc l'intersection des deux bulles de l'empathie et de la communication.

« Pour les médecins généralistes je pense qu'il faut être empathique dans sa profession » (sujet 7). La relation empathique est basée sur l'écoute et le partage des informations. Pour le patient il est important d'avoir l'impression que son vécu est compris et légitime, d'où l'importance de la légitimation du vécu du patient par cette écoute et ce partage des informations (87). L'empathie fait partie du rôle d'un médecin généraliste. En effet l'empathie permet d'avoir un dialogue en évitant la technicité brute mais en évitant aussi la psychologie excessive (88). Ce même médecin généraliste a donc un rôle global bio-psycho-social (89) retrouvé dans la représentation de l'empathie. Rappelons que le médecin traitant est à la fois consultant, conseiller, thérapeute, éducateur, partenaire de contrats, conciliateur, orienteur, acteur de santé publique... d'où l'importance d'une bonne relation avec ses patients.

Figure 8 : La représentation d'empathie chez les interne en médecine générale



3.5. Similitude avec la littérature ?

Il y a donc 6 notions de l'empathie clinique pour les internes en médecine générale.

La première notion est la **motivation empathique** ou le souci de bien faire pour les patients. En effet sans cette motivation empathique l'empathie clinique n'existe plus car le travail sur soi ne peut plus avoir lieu de même que l'envie de partager les informations aux patients. La motivation empathique est donc l'élément déclencheur de l'empathie clinique.

La deuxième notion est **le travail sur soi**. Ce travail sur soi permet alors d'aller vers les 3 notions suivantes c'est-à-dire l'écoute adaptée du patient, la compréhension de cette écoute mais aussi de mettre en place une barrière émotionnelle sans laquelle les internes sortent de l'empathie. Comme nous l'avons souligné plus haut, les internes en médecine générale n'approfondissent pas cette notion de travail sur soi et nous ne pourrions que supputer le fait qu'il s'agisse entre autres d'un travail sur le transfert et le contre-transfert afin de repérer ses projections, représentations, sentiments.

La troisième notion est **l'écoute** : dans cette notion la *dimension de l'empathie comportementale* de Morse, qui est de rendre compte au patient de la préoccupation et de la compréhension empathique, est retrouvée. L'écoute est donc explicite/verbale ou non explicite/non verbale grâce au temps pris pour le patient, l'attitude du médecin et l'environnement. Dans le temps pris pour le patient, il y a une part de *motivation empathique* avec le souci empathique du fait de la réceptivité, de la disponibilité, de l'attention pour autrui. De façon générale les médecins trouvent qu'ils manquent de temps pour une prise en charge de qualité (90). Le temps fait donc partie intégrante de la représentation de l'empathie. L'environnement semble aussi avoir un rôle important permettant une meilleure écoute. Une association empathie/type de cabinet a été retrouvée chez certains auteurs (91) (mesurant la satisfaction des patients. Lors d'un travail de thèse récent, il n'a pas été retrouvé d'association significative entre l'empathie et l'environnement de travail (seul/en groupe, secteur d'activité, rural/urbain, secrétariat ou non, sur rendez-vous ou non) (85). Cependant dans ce travail de thèse le fait que d'autres personnes soient présentes lors de la consultation comme par exemple un ou deux enfants, n'a pas été pris en compte, ni le fait que le téléphone ait pu interrompre la consultation alors que tout ceci participe aussi à l'environnement.

La quatrième notion est la **compréhension** : on retrouve bien évidemment la *notion d'empathie cognitive* c'est-à-dire adopter la perspective d'autrui en n'oubliant pas les normes propres à chacun. On peut cependant aussi retrouver une part de la *notion d'empathie émotionnelle* qui est l'expérimentation subjective du ressenti d'autrui.

Puis on retrouve le **partage des informations** : informations adaptées et propositions de soins plutôt qu'obligation de soins. Dans cette notion du partage des informations, on retrouve la loi du 04 mars 2002 dans laquelle aucun acte médical ne peut être fait sans le consentement libre et éclairé du patient. Il est donc très intéressant de retrouver cette notion chez les internes en formation. En effet cela semble bien indiqué dans leur cursus scolaire des études médicales, où les internes apprennent à expliquer au patient sa situation médicale de façon adaptée.

Enfin la dernière notion est la **distance émotionnelle** qui est alors la différence majeure par rapport à « l'empathie dans la vie de tous les jours ». Cette notion de distance a déjà été développée.

Des similitudes sont retrouvées entre la vision de l'empathie selon les internes en médecine générale et les quatre dimensions de MORSE avec cependant quelques différences. La dimension d'empathie cognitive, « adapter la perspective d'autrui », est incluse dans la notion de « compréhension » avec également dans une certaine mesure mais moindre, une part de la dimension d'empathie émotionnelle « expérimentation subjective du ressenti d'autrui » où pour les internes le fait d'expérimenter le ressenti de l'autre est un acte volontaire. L'autre part de la dimension émotionnelle est celle de l'implication émotionnelle qui elle ne se commande pas. La dimension d'empathie comportementale englobe l'écoute active. Il semble que l'écoute soit plutôt une grande notion pour les internes. La part permettant au patient un chemin de reconnaissance et de compréhension est retrouvée dans le partage des informations adaptées. La notion d'empathie comportementale a donc deux composantes : préoccupation avec l'écoute et compréhension du patient avec des informations adaptées. La notion de motivation à l'empathie ou empathie morale ou l'élan empathique est aussi retrouvée chez les internes en médecine générale. Mais ils n'en n'ont pas parlé de façon explicite : une hypothèse est que pour eux il est évident qu'ils ont choisi ce métier pour aider (en donnant le bon traitement, en guérissant).

A partir de cette étude sur la représentation globale des internes en médecine générales il serait intéressant de créer un questionnaire et d'imaginer plusieurs grandes catégories de représentation. Par exemple la catégorie A serait les internes pour qui l'empathie est plutôt liée à l'écoute, la catégorie B plutôt lié à la compréhension etc... En parallèle les patients rempliraient un questionnaire qui mesurerait l'empathie des internes selon les patients en s'appuyant sur le questionnaire CARE. Dans un troisième temps seraient alors mis en relation les deux questionnaires pour voir si les patients trouvent de façon générale un interne plus empathique s'il est dans la catégorie A, B ou autre. Dans l'hypothèse où une corrélation serait décelée, on pourrait, en début d'internat, évaluer la représentation qu'on les internes de l'empathie ce qui pourrait, pourrait aider à orienter l'interne vers un cours plutôt qu'un autre pour augmenter son empathie.

Enfin y a-t-il réellement une diminution d'empathie ? Des études ont montré que l'empathie diminuait lors de l'externat (92) et de l'internat (33,64) alors qu'une autre étude a montré que l'empathie cognitive ne diminuait cependant pas pendant les études (93). Nous avons vu que la représentation de l'empathie variait individuellement. La représentation de l'empathie varie donc très probablement pour un même individu au cours de l'internat. Il serait donc intéressant de mesurer l'empathie et parallèlement de voir quelle représentation de l'empathie ont ces individus lors de cette évaluation. En effet, c'est peut-être la représentation de l'empathie qui varie plutôt que l'empathie elle-même. D'ailleurs, certaines échelles utilisées dans ces études mesureraient davantage la représentation de l'empathie que le fait d'être empathique (94) comme la Colliver Scale. Dans certaines échelles de mesure de l'empathie, comme la Jefferson Scale, l'attitude empathique est décrite (95) mais quel est le comportement empathique réel ? L'empathie théorique ne reflète-t-elle pas davantage le comportement empathique que l'empathie réelle ? De la même façon, ces échelles peuvent être critiquables car ce qui est intéressant est le ressenti du patient or d'après une étude, suite à une formation sur l'empathie, la mesure de l'empathie réalisée par la Jefferson Scale ne varie pas alors que l'empathie ressentie par le patient augmente. Ce qui tend à montrer que finalement cette échelle mesure plus la représentation de l'empathie que l'empathie elle-même (96).

4. L'APPRENTISSAGE DE L'EMPATHIE :

De façon générale, le sens de la communication est rarement inné. Il s'acquiert, se perfectionne à travers un parcours semé d'obstacles qu'un apprentissage sérieux doit permettre de surmonter (97). Le manque de communication peut amener jusqu'au refus de soin (98) ou conduire au nomadisme médicale (97).

L'empathie et communication seraient donc fortement liées l'une à l'autre. Pour améliorer l'empathie il faudrait donc commencer par améliorer la communication avec des apprentissages sur l'écoute, apprendre à dire « je vous écoute » par exemple et avec des postures adéquates faire comprendre au patient qu'on l'écoute, ne pas se tourner vers l'écran d'ordinateur mais regarder le patient en face. Il est important de se souvenir que le langage verbal est explicite et conscient tandis que le langage corporel est implicite et non conscient (99). En médecine générale, l'enseignement de la pratique de la communication prend tout son sens (100,101). Savoir répondre avec empathie et être capable de communiquer cette empathie aux patients est donc primordiale et il est possible d'apprendre à déchiffrer les expressions des sentiments (96).

Il est important lors des cours sur l'empathie de faire comprendre aux étudiants en médecine, aux internes que les normes de chacun sont différentes, qu'il ne faut pas se baser sur ses propres normes et apprendre à jongler sur différentes normes selon le sexe, l'âge, la religion, la culture etc... et accepter le fait qu'il y ait différentes normes. La littérature et la philosophie peuvent aider à créer des modes de penser la relation intersubjective qui demeurent adéquats aux derniers progrès des sciences cognitives et sociales (29). Un autre point important est d'apprendre à comprendre les douleurs physiques et psychologiques ressenties par le patient en fonction de l'expression de son visage, donc apprendre les expressions, apprendre à reconnaître les besoins psychologiques des patients ce qui n'est pas enseigné, ce qui limite alors l'empathie (Halpern). Enfin il est important d'apprendre à partager des informations, à donner des informations avec tact et mesure sans tuer l'espoir (102) ce qui est évidemment plus facile si la représentation de ce que l'information donnée va produire chez le patient est comprise. Le médecin peut et doit donc apprendre à moduler sa manière d'écouter, de répondre, d'intervenir (103).

« Pour être un bon médecin il faut être empathique c'est fondamental. Après chacun le vit un peu à sa manière » (sujet 3). Il ne semble pas y avoir de consensus quant à l'apprentissage de l'empathie mais n'est-ce pas justement parce que nous sommes tous différents et que la représentation de l'empathie varie légèrement selon chaque individu, avec une part plus importante pour l'écoute pour certains, ou pour la compréhension cognitive pour d'autres par exemple ? Ne faudrait-il pas alors avoir différents apprentissages en fonction de notre propre représentation de l'empathie ? Une formation qui serait alors plus « à la carte » en fonction des besoins objectifs, suite à des tests psychologiques, et subjectifs, le ressenti, des internes ? Revenons aux quelques exemples de techniques vues précédemment : pour les étudiants ayant des problèmes de communication, on pourrait envisager des cours de théâtre, des jeux de rôle ou de simulation, mais aussi des techniques de vidéo. La communication étant rarement innée, faut-il que tous participent de manière identique à ces cours ? Pour les étudiants reconnaissant avoir du mal à se mettre à la place d'autrui, à comprendre les normes des patients, des cours de littérature, de philosophie et même de religions pourraient alors les aider. La France est un pays laïque or la laïcité c'est la connaissance et le respect des différentes religions, y compris la « religion » athée ou agnostique, qui peuvent avoir un impact sur la prise en compte de la maladie du patient (événement de vie, hasard, fatalité, punition ou même malédiction).

Enfin l'évaluation du partage des expériences en petit groupe pourrait favoriser le développement de la compréhension des patients car chaque médecin fonctionne avec à la base des normes différentes. Il semble d'ailleurs que plus le niveau socioprofessionnel dont est issu le médecin est bas, plus celui-ci présente un score élevé de prise de perspective (85). On peut alors se demander si faire des stages en médecine générale dans des milieux défavorisés ne permettrait pas d'apprendre à comprendre et accepter les différentes normes. Le modèle des relations médecin-patient chez les seniors rencontrés lors du cursus semble avoir une influence importante sur l'éducation de l'empathie (104). La communication étant importante ne faudrait-il pas alors évaluer les aptitudes de communication des enseignants ?

CONCLUSION

Tous les internes s'accordent sur l'importance de l'empathie clinique mais il ne saurait être question de minimiser l'importance de la compétence technique. Jean Bernard l'a rappelé avec beaucoup de fermeté: « le grand malheur pour un malade c'est d'être soigné par un médecin ignorant... La conscience sans la science est inutile, la sensibilité, même sincère, qui cache l'incompétence est dangereuse ». Mais l'affirmation inverse « des dangers de la science sans conscience » est tout aussi vraie.

La représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale est essentiellement cognitive. La notion d'empathie semble claire pour la majorité des internes ce qui s'explique par le fait que l'empathie est étudiée au deuxième cycle. De façon globale les 4 dimensions de l'empathie définies par Morse sont retrouvées même si de façon individuelle la représentation de l'empathie varie d'un interne à l'autre. La différence principale entre l'empathie clinique et l'empathie dans la vie de tous les jours est le travail sur soi réalisé par les internes permettant meilleure écoute et compréhension du patient et la mise en place d'une barrière émotionnelle. Le genre, homme/femme, ne fait quant à lui pas varier cette représentation.

Il faudrait maintenant trouver un lien entre la meilleure méthode pour développer l'empathie en fonction de la représentation personnelle. De la même façon il serait intéressant de voir le lien entre la représentation de l'empathie d'un interne et l'empathie ressentie par le patient.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN

La conception

La base du questionnaire comprenait à la fois des questions théoriques suite à une analyse de la littérature et une base empirique d'observations faites par les internes réalisant le questionnaire. Les questions portant sur le même aspect ont été regroupées. Puis les groupes de questions ont été ordonnés et classés dans un certain ordre logique afin de suivre le discours supposé de l'interviewé.

Le but était de déterminer principalement la définition et la description de l'empathie clinique, des facteurs prédictifs et de ses potentielles conséquences positives ou négatives pour les patients et les internes eux-mêmes.

La finalisation

En ce qui concerne la partie sur la représentation de l'empathie, les internes interviewés devaient pour commencer décrire l'empathie dans l'exercice professionnel de la médecine en différenciant l'empathie "dans la vie de tous les jours" et l'empathie "dans l'activité professionnelle du médecin" en déterminant si oui ou non pour eux il y avait une empathie spécifique à l'activité professionnelle. Ils devaient ensuite donner un exemple de situation clinique où ils estimaient avoir été empathiques. Nous devions repérer dans leur discours si ils avaient pris en compte le discours du patient, pris en compte ses émotions, essayé de se mettre à la place du patient ou essayé de se protéger, de se mettre à distance. Si l'interne spontanément ne répondait pas à ces questions nous devions alors les lui poser.

ANNEXE 2 : L'ENTRETIEN

Document: Entretien semi structuré pour l'étude de l'empathie et du Burnout chez les internes en médecine générale

Le but de cet entretien est de déterminer, principalement, la définition et la description de l'empathie clinique, des facteurs prédicteurs, et de ses potentielles conséquences positives et négatives pour les patients et pour les internes eux-mêmes

L'objectif est d'orienter de la manière la plus neutre, le discours de l'interne en fonction des thèmes et de l'importance de ceux-ci. **Au départ de l'entretien, il faudra faire en sorte de « repositionner » l'interne dans son activité clinique de manière à faciliter l'accès à ces souvenirs.**

« Nous allons d'abord commencer l'entretien par des questions concernant votre perception/définition de l'empathie dans l'exercice professionnel de la médecine. Ensuite, nous aborderons la question de l'intérêt que vous accordez à l'empathie et de ses atouts pour votre pratique future en médecine générale. Nous poursuivrons sur le thème de votre pratique de l'empathie pendant l'internat, période finale d'acquisition de l'autonomie. Nous continuerons ensuite avec des questions sur votre perception des raisons du manque d'empathie de certains médecins ou des freins. Enfin, la dernière section de l'entretien abordera votre satisfaction en matière de formation à l'empathie. »

1. Votre stage actuel : Description, type d'interaction avec les patients

2. Votre description de l'empathie dans l'exercice professionnel de la médecine

- a. *Selon toi, qu'est ce que l'empathie en général, dans la vie de tous les jours ?*
- b. *Selon toi, en fonction de tes expériences personnelles, qu'est ce que l'empathie dans l'activité professionnelle du médecin. Est-ce une empathie spécifique à cette activité ?*
- c. *Pense à une situation clinique récente au cours de laquelle tu as été empathique. Peux-tu me décrire cette situation, l'interaction qu'il y a eu et de quelle manière tu as été empathique ?*
 - i. *As-tu pris en compte le discours du patient ?*
 - ii. *As-tu pris en compte ses émotions ?*
 - iii. *As-tu essayé de te mettre à sa place ?*
 - iv. *As-tu essayé de te protéger ou de te mettre à distance ?*

3. L'empathie dans l'activité clinique

- a. *D'une manière générale penses-tu que les médecins doivent être empathiques dans leur interaction avec les patients. Pourquoi ? (quelle que soit la réponse de l'interne).*
- b. *Est-ce selon vous contradictoire ou, au contraire, conciliable pour un médecin de rechercher l'efficacité technique autant que la qualité relationnelle ?*
- c. *L'empathie peut-elle permettre d'améliorer le soin des patients. Pourquoi ?*
 - i. *Meilleure observance ?*
 - ii. *Meilleur partage de l'information ?*
 - iii. *Recherche diagnostic ?*
 - iv. *Aide au choix thérapeutique ?*
 - v. *Soutien social et émotionnel ?*
- d. *Penses-tu que l'empathie clinique peut être développée, apprise ou penses-tu au contraire qu'elle est, figée cristallisée ? Pourquoi ?*

4. Les facteurs favorables ou défavorables à l'empathie clinique

- a. *Ton empathie dépend-t-elle de ton humeur (positive, négative) et d'états émotionnels spécifiques (stress, anxiété, joie,...) Si oui de quelle(s) manière(s) ?*
- b. *Ton empathie clinique dépend-t-elle de moments de vie particuliers (soucis personnels, fatigue au travail, retour de congé ...). Si oui de quelle(s) manière(s) ?*
- c. *Ton empathie clinique dépend-t-elle de moments de ta journée (arrivée au travail, repas, fin de garde ? ...). Si oui de quelle(s) manière(s) ?*
- d. *Ton empathie clinique dépend-t-elle du climat dans lequel tu travailles (ambiance du service, des équipes...). Si oui de quelle(s) manière(s) ?*
- e. *Ton empathie clinique dépend-t-elle du type de maladie que présente le patient. Si oui de quelle manière ?*
- f. *Ton empathie clinique dépend-t-elle de la personnalité du patient (patient exigeant, revendicateur, désintéressée,...). Si oui de quelle manière ?*
- g. *Ton empathie clinique est-elle liée à ta personnalité (extraversion, introversiion, optimisme, ...) ? Si oui de quelle manière ?*

5. L'impact de l'empathie sur ta santé

- a. *Penses-tu que l'empathie peut être dangereuse pour ton équilibre personnel (puise trop d'énergie, demande trop de temps, met en péril ton*

fonctionnement social...) ou au contraire comme salutogène ? Si oui pourquoi ?

- b. On définit le burnout comme un état d'épuisement professionnel associable à une perte de motivation et à une tendance à la dépersonnalisation. Il existe 3 hypothèses concernant les liens entre empathie clinique et burnout. Peux-tu me dire sur la base de ton expérience clinique celle (s) que tu estimes « vraie(s) » et pourquoi ?*
- i. Le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation de la part du soignant*
 - ii. L'empathie favorise le burnout parce qu'elle crée une fatigue compassionnelle (vivre les émotions des patients)*
 - iii. L'empathie diminue le burnout car elle favorise la satisfaction du patient mais aussi du soignant et favorise ainsi la perception d'un accomplissement personnel.*

6. Développement de l'empathie pendant l'internat

- a. As-tu constaté des changements de ton « empathie clinique » ou de tes postures empathiques au fur et à mesure de tes études de médecine. Si oui quand et comment ?*
- i. As-tu remarqué une diminution ou au contraire une augmentation d'empathie (un changement de ton niveau d'empathie) lors de ton passage de l'externat à l'internat ? Quelles en sont les origines selon toi ?*
- b. Si l'empathie doit s'apprendre, penses-tu que l'internat est un moment propice pour développer son aptitude à l'empathie en vue de son exercice futur en autonomie ?*
- i. Si tu considères que l'internat est un temps de formation, par la pratique au diagnostic, aux gestes techniques, au traitement... Penses-tu que c'est aussi un temps de formation à l'empathie ?*
 - ii. Si tu penses que l'internat n'est pas le temps adéquat pour la formation à l'empathie : à quel moment au cours de tes études faudrait-il t'y préparer ? (est ce chaque année ?)*
 - iii. Si tu penses que le cursus de médecine n'est pas le moment adéquat pour la formation à l'empathie : à quel moment au cours de ta carrière faudrait-il t'y préparer ?*

- c. *As-tu suivi pendant l'externat des cours sur le thème du comportement et des relations médecin patient ? (certaines UE proposent des jeux de rôle visant à modifier notre comportement et notre discours face à un patient)
Si oui, te sers-tu bien de cette capacité dans ta pratique ?*
- d. *Connais-tu une (ou plusieurs) méthode(s) pour te former à l'empathie ? Si oui : laquelle ? (méthode Balint, groupe d'échange de pratiques...)*

ANNEXE 3 : LES PROPOSITIONS REMARQUABLES INEXPLOITABLES

1. Alors oui euh j'essaye
2. et euh du coup c'est vrai que j'aime bien établir une **relation** personnelle enfin humaine avec le patient.
3. et euh de ouais de **pouvoir** s'impliquer dans une certaine limite émotionnellement dans la relation avec le patient.
4. Mais voilà d'y mettre de l'**intérêt** pas purement technique euh
5. leucémie ou les **choses** comme ça et où il faut l'accompagner euh lui expliquer la situation
6. donc faire les **annonces** de diagnostic donc ça en tant qu'externe
7. Voilà faut réussir à faire l'**annonce** du diagnostic sans abattre la personne
8. Moi c'est là que je
9. Même si je n'avais pas grand-**chose** à faire du point de vue technique euh c'est vrai
10. Ouais ouais je pense à une **personne** en gériatrie aigüe qui s'est aggravée assez vite et
11. qui disait non je ne veux pas
12. parce qu'ils n'étaient pas bien
13. si il n'y a pas le **choix** pour la convaincre
14. si on n'essaye pas de comprendre émotionnellement
15. ou euh si on ne fait pas ça on a aucune **chance** de trouver un accord avec.
16. j'ai fait ce **métier**-là parce que
17. parce qu'on se dit je ne m'implique peut-être pas assez ou euh émotionnellement
18. mais je pense j'avais la **chance** d'avoir du recul de base ce qui
19. pour le **cliché** de l'information libre et éclairée si on veut donner une information éclairée par rapport à la personne on ne peut pas le faire sans empathie parce que voilà rien
20. que le **terme** éclairé ça veut dire qu'il faut s'adapter au patient, ses attentes, ses représentations,
21. même si nous on sait que du **point de vue** technique c'est mieux genre en gynéco plus on fait d'actes meilleurs on est mais en chirurgie pareil mais
22. alors là il n'y a pas de **conséquence** clinique directe,
23. Je pense que ça peut permettre une meilleure observance si on...
24. si on est capable de trouver les **arguments** qui touchent la personne
25. et ça on ne peut pas tout dire à **tout le monde**.
26. on les vire soit clairement on prend pas en **charge** on se débrouille
27. Euh donc je pense clairement que l'empathie fait beaucoup en **médecine générale**.
28. et la **spécificité** de la médecine générale c'est
29. qui la plus **part** du temps font généralement bien c'est le carré de White ou non
30. si on n'a pas d'empathie on ne pourra pas comprendre la démarche du patient ou euh le motif de **consultation**
31. qui n'est pas le même que le vrai **motif** de consultation ou des choses comme ça.
32. si on n'essaye pas de se mettre à la place du patient et
33. et on sera plus sensible à tel **type** de pathologie et euh
34. si je sors de **garde**. ça met arrivé de bosser en sortie de garde bah
35. Euh avoir le **temps** de faire de la bonne médecine euh parce qu'en soins de suite
36. parce que ça accroche et d'autre j'ai pas le **temps** de la créer.
37. Donc ouais le **temps** de la consultation de pas trop le raccourcir
38. enfin en **médecine générale** on est limité par le temps on a 15 min

39. déjà le **premier mais** même après pas passer trop vite
40. parce que sinon on a pas le **temps** de créer cette relation,
41. qui font que j'ai plus d'**empathie** euh certaines maladies psychiatriques, maladies graves ou des choses comme ça moi ça
42. sinon l'**état** de forme clairement c'est très fluctuant et euh
43. qu'est-ce qu'il y a qui modifie mon **empathie** Oui oui clairement ouais mon état de forme,
44. qui n'est pas bien ou n'importe quoi il y a un **truc** choquant avant ouais on va être sonné
45. et on n'a pas forcément d'empathie pour la **personne** d'après on va faire que du technique.
46. Mais euh finalement quand j'y repense parce qu'à **Boulogne**
47. j'ai une empathie mais je
48. donc c'est peut-être pas aussi creusé mais euh sinon j'essaye de ne pas faire trop de **différence**,
49. ou pas trouvable mais ouais si on en a pas
50. si on en a pas on fait
51. donc oui oui oui oui il faut en avoir
52. si on n'y met pas un **minimum** d'empathie
53. Oui euh clairement parce qu'au début des **études** de médecine en plus on fait du superficiel
54. qu'on s'implique plus mais moi les premiers **stages** je ne
55. tant que ça parce que les **patients** on les connaissait superficiellement
56. Euh parce que si nous on en a pas personne n'en aura.
57. qui sont très bien c'est pas ça mais qui passent qu'une fois par **semaine**...
58. Alors ça par contre il y a eu des **fluctuations**
59. parce que le premier **semestre** c'était particulier euh Je
60. que les **urgences** donc il n'y avait
61. donc avec la **fatigue** plus le rythme ben euh plus les moments où on avait affilées 48h d
62. et ou euh des Micmacs pas tellement mien ou en enchainait beaucoup de **trucs** euh honnêtement en urgence pédiatrie à part certains cas euh soit lourd soit tout bêtement des pathologies que
63. euh et puis parce la **fatigue** fais
64. j'ai fait 48h de **garde** je
65. Donc ce **stage** là j'ai pas eu l'impression d'avoir du tout le temps ni la force de mettre de l'empathie
66. qui prenait des vacances donc euh **genre** le dernier au mois de mai
67. et oui là techniquement la **fatigue** plus l'impression de ne pas faire un boulot qui
68. pas l'**occasion** de revoir les chefs
69. ou eu le **fait** de faire des trucs à la chaine,
70. ou ne pas avoir le **temps** d'expliquer à la famille ce qui se passe des trucs comme ça, ça ouais
71. Ouais moi l'empathie je l'ai appris,
72. j'avais le **temps** ben en hospitalisation ou aux urgences quand
73. même s'ils ne sont pas forcément **malades**
74. Je pense que pendant l'**externat** on garde l'empathie classique de la vie de tous les jours avec les gens
75. parce qu'on va les voire pas comme le **médecin**
76. comme un **étudiant** et que pendant l'internat on se sert,

77. Si on trouve un **moyen** de le faire
78. parce qu'on est peut-être pas complètement préparé à comment il faut gérer tout émotionnellement euh comment est-ce
79. pour soi et pour le patient et euh enfin ouais pour l'instant c'est très anarchique comme **formation** l'empathie.
80. Si on trouve un **moyen**,
81. mais si on trouve un **moyen** de former un peu ça euh pendant l'internat, pendant l'externat ça
82. mais pendant l'**internat** ça pourrait être formateur
83. parce qu'il y a toutes les **spécialités**
84. donc s'il n'y a
85. donc dans l'**idéal** ce serait bien dans parler pendant l'externat pour préparer les gens. Par contre,
86. Ah ouais Alors moi j'ai eu **relation** médecin-malade
87. Juste des **cours** bêtes et méchant de relation médecin-malades mais c'était dans mes souvenirs c'était porté pas vraiment sur l'empathie.
88. C'était plus le **cliché** de la relation médecin-malades, des théories psychiatrique des choses comme ça quoi.
89. quand même des **urgences** donc pas mal de mais y a pas mal de choses intéressantes, de drépanocytose.
90. Les **locaux** sont pas top.
91. mais on va déménager au **mois** de juin dans des nouveaux locaux tous beaux tous neufs
92. mais du coup on ne l'a pas **fait** voilà voilà à cause des locaux ben voilà.
93. ils nous facilitent la **vie**,
94. quand tu passes dans le **couloir** tu
95. C'est essayé de se mettre à la **place** des gens,
96. et il faut se dire que c'est **hyper** important de faire l'effort d'essayer de comprendre
97. et s'il vient souvent c'est pas pour rien non plus il y a un **problème**
98. L'**empathie** je trouve que tu es impliqué plus,
99. Oui plus que la **sympathie**, la sympathie c'est voilà quoi alors que l'empathie
100. Alors ce que je ne faisais pas au début ce que je
101. C'est exactement ce que j'étais en train de discuter avec une **amie** qui est en médecine mais pas en clinique en santé publique ben ce que
102. mais nous on faisait pleins d'**examens**
103. et comme c'est beaucoup d'**examens** biologiques il avait l'impression
104. Oui Alors lui pour le coup c'était pas très grave alors pour cet **exemple** là ce que je
105. Ils nous avaient proposé même une **prise en charge** psychologique au sein de l'équipe,
106. et j'ai vu toujours la même **chef** à Orsay qui s'asseyait et
107. Si s'il faut on sent bien la différence c'est **quelque chose**
108. ça permet de ce **fait** une meilleure prise en charge.
109. Enfin je vais prendre mon **exemple** parce que je
110. blabla et voilà le **fait** de voir des chefs qui vont des efforts ben
111. alors que pour lui ça peut être un gros **problème**.
112. **Niveau** du médecin son relationnel avec le reste de l'équipe, ses problèmes, son niveau de stress, sa fatigue au bout de je sais pas combien d'heures dans la semaine ça joue.
113. tu peux pas faire du bon **travail**, une bonne prise en charge dans le couloir.
114. il faut rester professionnel d'une part pour la **prise en charge** et d'autre part pour soi.
115. Hum oui Alors je peux en dire deux

116. Et déjà assez d'**accord** avec la première le burn-out diminue l'empathie
117. parce que de la manière générale on va avoir à moins s'investir,
118. parce qu'elle crée une **fatigue** compassionnelle un petit peu mais
119. . Parce qu'est-ce qu'on peut dire ce qui nous fait aimer le **métier** quoi.
120. Oui Oui même si souvent en **temps** qu'interne on est over-booké,
121. Il faudrait le faire ouais mais mais...
122. je sais pas on pense pas à le faire.
123. Parce que j'étais très peu à l'**hôpital**,
124. parce que j'avais mes **cours** très techniques l'après-midi, plus ou moins les conférences
le soir,
125. Pendant l'**internat** c'est le meilleur moment
126. et Tout le **moment** le plus adapté est l'internat.
127. quand même utile et il faut essayer de il faudrait que les facs devraient développer pas
forcement à type d'options mais plus une prise en charge.
128. donc essayer de trouver une **alternative**,
129. donc faire l'**effort** tout seul, pas forcément avec un chef.
130. Je n'en ai suivi jamais personnellement donc
131. donc oui je pense que c'est une **bonne chose**.
132. le **VIH**, les hépatites donc ils suivent des patients VIH, Hépatite b, Hépatite c.
133. que justement la **relation** de confiance avec le patient est très importante et
134. je pense aussi que dans les **relations** d'amitié c'est important
135. en tout cas concernant mon **amitié** c'est quand quelque chose
136. qu'avec les **patients** parce qu'il faut
137. quand même qu'il y ai une certaine distance avec tes **patients** alors qu'avec les amis
138. C'est à dire que voilà je sais pas comment bien expliquer
139. mais il faut pas que ça prenne le pas sur la **vie** non professionnel.
140. les **gens** que mon médecin généraliste connaît depuis 30 ans je pense qu'il y a une
relation patient-ami
141. que pour avoir une **écoute** voir une oreille attentive pour ses amis il faut que ça passe
par l'empathie.
142. Alors je pense que la **sympathie** ça prend,
143. Par exemple les **situations** où il y a un patient qui,
144. on propose un **projet** thérapeutique à un patient
145. 80 **ans**, déjà évolué
146. Ouais parce que elle adhérerait tout à fait au **projet** de soins palliatifs.
147. ou la **famille** du patient et le corps médical était en accord
148. qu'une **amie** avait une maladie assez grave et bah ça
149. Elle m'a dit l'autre **jour** que ça avait été comme un déclic et
150. je n'arriverais pas à les faire arrêter de boire
151. m'oblige à pas rentrer trop dedans s'ils veulent pas ils veulent pas quoi.
152. pour qu'il y ait une **bonne** efficacité thérapeutique s'il n'y a pas de confiance,
153. Parce que si un patient, là j'ai eu récemment un **exemple** d'un monsieur avec un
problème d'information.
154. L'**année** dernière il aurait dû être pris en charge par un urologue pour un cancer de
prostate
155. et on s'est rendu compte-là cette **année**
156. que personne n'avait vu les **résultats** de ses biopsies qui sont cancéreuses donc le
patient
157. tu es interne dans un **service**
158. donc il faut être efficace

159. donc si tu n'as pris pas le **temps** de poser la question va c'est sûr que quand
160. qu'il faut prendre en compte Oui oui C'est sûr
161. Et ce qu'on fait souvent on les adresse à des spécialistes
162. que si la **question** financière est un obstacle aux soins c'est tellement bête que voilà
163. **Bin** oui la pathologie Je pense que je l'ai vu plus dans le service en pneumologie.
164. Parce que en **service** de pneumologie à St germain c'est un service de pneumologie
générale
165. Bah au début de mon internat j'avais du mal à couper entre le **moment** de l'hôpital et
les moments à
166. Celles-ci sont **contraires** on est d'accord un peu Le burn-out diminue l'empathie ça
167. parce que quand on est pas bien on a du mal à aller vers les autres.
168. je pense c'est vrai aussi parce que quand
169. Moi je sais très
170. qui veut pas arrêter de boire il faut pas que ça te torture l'esprit parce que
probablement la prochaine fois
171. et du coup c'est en ça que je pense que je me suis un peu endureit.
172. Que le **sujet** de la consultation ce n'était pas la plaque rouge
173. CLAIRE ENTRETIEN 4 La Alors le premier **semestre** j'étais en médecine interne à
l'hôpital de Juvisy.
174. Mais moi je trouve qu'on a un rapport,
175. parce qu'en plus elles restent longtemps dans ce **genre** de service.
176. ou alors tout simplement parce que j'ai l'**impression** de mieux comprendre
177. Voilà, la **possibilité** de se mettre à sa place,
178. Je sais pas.
179. Sympathique, cela peut-être un **trait de caractère** simplement, pas forcément, il n'y a
pas forcément l'envie de se mettre à la place de la personne.
180. Oui, je pense qu'on peut essayer de se mettre à la **place** de quelqu'un sans être tendre,
181. Pour moi c'est vraiment...
182. Oui je, au maximum j'essaie.
183. Moi ça m'ai fait **quelque chose** aussi parce que
184. et je me convainc moi même qu'on va tout faire pour faire
185. que cela ne remet pas en **question** la progression et que
186. je suis pas un **minimum** empathique,
187. j'aime beaucoup discuter avec les **gens**
188. et plus on discute avec les **gens** plus au final on tombe sur des choses
189. La **question** au départ c'était ?
190. c'est parce que j'ai fait un **stage** que
191. de mon **départ** de ce stage-là c'est
192. quand on est en **burn-out**, en dépression,
193. Alors, c'est bizarre mais peut-être que le **manque** de temps, tout simplement quand...
194. je ne sais pas peut-être.
195. Je me suis...
196. qui faisaient que j'étais toute seule et du coup je
197. me mettais moi en **échec** et du coup
198. Donc pour eux, c'est pas de toute leur **pathologie**
199. Donc pour moi la **pathologie** fait pas forcément que je...
200. quoique j'ai dû perdre mon **père** il n'y a pas si longtemps que ça...
201. me donnent envie de m'investir
202. mais, non pas forcément je pense que ce soit...
203. je suis pas d'**accord** avec le 3ème cas. Pour moi par rapport à l'histoire que je

204. Mais pourquoi pas le **genre** de groupe balint éventuellement, plusieurs étudiants en face d'un patient qui veut bien leur raconter l'histoire
205. est-ce que vous avez des **choses** en commun avec ce patient oui voilà quoi vos ressentiments par rapport à ce patient-là.
206. j'ai pas eu ce **genre** de choses non plus.
207. C'est compliqué parce que je suis pas du tout douée dans ce **genre** d'exercice.
208. Donc écoute ce sera juste sur le dernier **stage** ou sur tous les stages ?
209. C'est à dire que mon premier **stage** c'était justement en suite de soins gériatriques, avec beaucoup de sujets âgés et
210. j'ai retrouvé beaucoup la **population** gériatrique ou des gens
211. Ou d'autres **gens** qui viennent juste pour un vaccin, pour une entorse ou juste pour un traumatisme simple du bras, où là, bien évidemment,
212. De quel **genre** de patient on a,
213. je pense qu'il faut s'adapter un peu à la **situation** et au patient aussi et, voilà.
214. pas que **physique**, somatique mais également psychologique provoquée par la maladie en question, elle,
215. être à l'**écoute** déjà de l'autre personne,
216. et pourquoi la **personne** régit de cette façon-là à la situation
217. Donc autant en dehors du **contexte** médical, c'est avec des amis
218. c'est vrai qu'on les connaît aussi d'une autre **façon**
219. si on peut dire comme ça, à devenir trop sympathique envers les **patients**,
220. Par contre on a régulièrement des **patients**, notamment en gériatrie comme
221. parce que on n'est pas ami avec un **patient** et
222. Je pense même que pour le **patient** ça peut être important d'avoir encore ce recule, cette sensation de respect aussi.
223. donc là ça m'arrivait régulièrement de
224. me dire, bon **ben** pour cette personne-là,
225. ou 25 **minutes** pour parler un peu avec eux,
226. parce que la **famille** aussi quand ils passaient c'était parfois le soir tard,
227. je pense que je me suis montré un peu empathique envers ces patients-là,
228. J'ai plus envie aussi de la faire.
229. de simplement la reconforter par le **fait** d'avoir été là,
230. Par contre c'est vrai qu'il y a eu quelques **cas** peut-être, surtout pendant mon stage en gériatrie, où en effet,
231. auxquels je pensais encore parfois le **soir** ou le week-end.
232. Oui, même le **fait** de penser à ce que j'ai pu vivre avec telle ou telle personne au cours de la semaine dans...
233. me dérangeait pas.
234. C'est pas **quelque chose** où je
235. Alors de nouveau dans la **séparation** pathologie grave ou pas,
236. ce n'est pas comme ça que je conçois personnellement la **chose**.
237. je, je pense que c'est important de se montrer empathique parce que globalement,
238. l'observance parce que le **patient** aura plus envie à la limite de faire plaisir à ce médecin
239. mais je pense que probablement il y a de plus de plus de **gens**
240. non j'ai personne,
241. Moi je pense...
242. j'étais avec des **médecins** en consultation ou que
243. et aller plus vite **etc.** et puis d'autres gens, de façon innée,
244. alors c'est vraiment pas le bon **mot** à utiliser,

245. la **façon** dont le patient peut se montrer peut tout à fait impacter sur l'empathie,
 246. Après bon **facteurs** personnels aussi du côté du médecin, le fait d'être éventuellement stressé,
 247. qui attendent et du coup, on veut faire de plus en plus vite les **consultations**.
 248. qui ont eu la même **situation**, la même maladie ou éventuellement un décès
 249. d'ailleurs on le voit.
 250. quand on a enchainé 20 **heures** d'affilée,
 251. Le **fait** pareil d'avoir des problèmes personnels,
 252. à mon **avis** ça aura plutôt une répercussion néfaste
 253. parce que on passera trop de **temps**
 254. et trop d'empathie à mon **avis** sera pas bénéfique, si probablement pour les patients d'une façon générale, ni pour sa propre, son propre exercice.
 255. je pense que ce sera certainement bénéfique et moi-même
 256. parce que on entend pratiquement que des échos de la part des **patients** des spécialistes qui voient les patients rapidement,
 257. Donc moi je dois juste dire avec lesquelles je...
 258. L'**empathie** je ne pense pas justement l'empathie bien dosée et pas excessive,
 259. en effet voilà parce que on est plus content avec le **travail**
 260. les vraies **causes** d'un burn-out viennent d'une simple surcharge de travail dans laquelle
 261. D'**accord**. Donc est-ce que toi, pour toi
 262. t'as constaté un peu des **changements** de ton empathie clinique au cours de toutes tes années externat, internat, des stages.
 263. Oui au cours de l'**externat** je pense que j'étais empathique...
 264. Après en tant qu'interne le **fait**
 265. fait que on réadapte un peu les choses et je voilà,
 266. L'**entorse** de cheville qui vient à 3 heures du matin aux urgences
 267. Je pense qu'en tant qu'externe, premier **stage** de traumatologie d'urgence en tant qu'externe,
 268. Et après, après par contre c'était vraiment après mon premier **stage** d'interne,
 269. C'est à dire j'ai pas l'**impression** qu'avec chaque semestre ou chaque année
 270. je diminue d'empathie et je
 271. des **sujets** âgés et j'ai trouvé pas moi personnellement une différence dans mon attitude par rapport à mon premier stage d'interne qui était en gériatrie.
 272. parce que on'est submergé,
 273. Mais, mais je pense que tous les jours,
 274. mais en hospitalier on n'est pas en **consultation** avec les médecins normalement
 275. ou sur les **urgences** ou en salle et le jour de la visite, c'est pas forcément le moment où il faut voir toute la salle,
 276. moi je justement je pense que des **cours** théoriques,
 277. Je sais pas,
 278. et je sais pas sur quels **critères** on pourrait mesurer l'efficacité de ce type d'enseignement versus un autre.
 279. Mais moi certainement je l'essaierais,
 280. quand même une **bonne** idée parce que ça ne peut pas nuire Voilà, pendant l'externat, pendant l'externat.
 281. parce que en plus on le fait après
 282. Si on faisait des **groupes** comme ça à un externe
 283. Tandis qu'après quand on sera en **groupe**,
 284. On peut même apprendre certaines techniques de ses **collègues**, de ses confrères.

285. Ou un de ses **confrères**, de nos confrères va nous dire,
 286. qu'il dise bon ben t'as vu là je lui ai dit ça et ça etc. ou le **chef** ou l'un des médecins.
 287. Après éventuellement, le **fait** des groupes de formation, des cours même si je pense
 que le bénéfice sera peut-être pas énorme
 288. parce que on peut vraiment du coup adapter les **choses** très tôt.
 289. moi j'ai pas **fait** de stages chez le praticien en tant qu'externe parce que
 290. CLAIRE ENTRETIEN 6 V Je suis en deuxième **semestre** de médecine générale mais
 en quatrième semestre d'internat parce que
 291. j'avais fait une autre filière avant, **anesthésie-réa**.
 292. Donc j'ai fait un **an** d'anesthésie,
 293. six **mois** de réa et c'est mon premier stage de médecine, en gériatrie, donc.
 294. des **liens** se font et
 295. qui le **courant** passe bien, après,
 296. parce que, **ben** Je parle facilement aux gens. Je ne suis intimidé pas trop.
 297. moi je sais que j'ai été toujours assez sensible, assez émotif,
 298. moi c'est ça la **définition** de l'empathie.
 299. parce que c'est un **travail** où on voit beaucoup de souffrance
 300. Là, je me mettais à leur **place** et je
 301. j'ai l'**impression** d'être noyé tellement par la masse de travail qu'au niveau émotionnel,
 302. que ce n'était pas vraiment de la **souffrance** dans ces moments-là,
 303. me touchent, les **douleurs** en fin de vie.
 304. pas **pouvoir** se laisser aller à ce niveau-là,
 305. m'a jamais touché au point que
 306. Je ne mets pas de **mécanisme**
 307. parce que pour soigner **quelqu'un** dans sa globalité
 308. je pense que l'**empathie** dans l'empathie dans la relation de soin,
 309. Si l'**observance** est favorisée par le fait
 310. qu'on fait, par le **type** de patients, par les rencontres
 311. je pense que ne naît pas avec de l'**empathie** enfin
 312. je juge être grave alors après peut-être que je
 313. il ne faut pas croire que je suis enfin ce que moi
 314. parce que j'arrive mieux
 315. il y a des **manifestations** de souffrance et d'inquiétude
 316. Ah ça La **fatigue**, au long court, ça joue petit à petit
 317. parce que progressivement ça va éroder des **capacités** et une sensibilité que
 318. mais voilà, la **fatigue**, au long court ça va l'éroder un petit peu parce que
 319. autant la **fatigue** plus beaucoup d'autres choses à penser ça va jouer parce que du
 coup,
 320. ou de **mal** faire e que
 321. Parce que c'est, comment dire Moi je considère que c'est **quelque chose** d'important
 de réussir à se mettre à la place de quelqu'un.
 322. enfin peut-être que les patients et les **familles** pour lesquelles j'ai eu de l'empathie sont
 des gens gentils donc à chaque fois que
 323. parce que les **gens** s'en rendaient compte et
 324. je trouve que le **burn-out** diminue l'empathie en raison d'une tendance à la
 dépersonnalisation de la part du soignant,
 325. parce que le burn-out n'est pas forcément que d'**origine** professionnelle,
 326. donc on en vient peut-être à la troisième **hypothèse** l'empathie diminue le burn-out.
 Ça oui, pour moi la troisième, l'empathie
 327. mais peut-être des petits **moments** de déprime sans que ça soit un vrai gros burn-out,

328. parce que je l'ai fait **l'été** donc
 329. donc au bout de quelques **mois**, c'était moi qui
 330. quand je suis revenu en **réa** après le concours et que d'un seul coup,
 331. ma **sensibilité** a tendance à ressurgir un petit peu donc dans ce sens-là, oui,
 332. ou pas quand on commence les **études** de médecine,
 333. parce que le **fait** je pense qu'il y a toujours des gens dans ce genre de groupe
 334. mais bon après, il y a des **moments** où
 335. mais je pense que ça peut aider quand même, oui.
 336. Parce que je pense que ça se joue dès **l'internat** le fait que la technique et l'espèce de blindage
 337. Il y avait sur **l'annonce** d'une maladie grave, des choses comme ça ou là,
 338. C'est un **stage** de gériatrie aigue, le type d'interactions avec les patients...
 339. , Oui, on a le **temps** oui,
 340. oui on a le **temps** parce que dans un service de médecine,
 341. Donc tu en sais un peu plus sur les **patients**.
 342. Donc dans **l'interaction** il y a pas de...
 343. Attend alors il faut que je te donne bonne définition de l'empathie dans la **vie** de tous les jours.
 344. Dans la **vie** de tous les jours, ben ça peut être pour des amis ou de la famille.
 345. Oui parce que t'as un **côté** sentimental à côté.
 346. si on peut envisager une **médecine** sans empathie.
 347. Donc c'est pour ça pour moi il faut quand même de l'empathie.
 348. je pense que ça dépend à la fois du **patient** et du médecin.
 349. Parce qu'au **moment** de l'externat oui parce qu'on avait pas finalement tellement de contacts avec les patients.
 350. donc on n'avait pas vraiment le **temps** d'avoir une vraie relation avec le patient
 351. si on a le **temps** surtout en stage de médecine en gériatrie.
 352. Aux **urgences** c'est pas pareil,
 353. mais pas au long terme alors qu'au **service** de gériatrie c'est plus le cas. Il est là un peu plus longtemps donc
 354. c'est pas le même **type** d'empathie qu'aux urgences.
 355. du fait que tu prends plusieurs **patients** en charge en même temps,
 356. enfin de **l'entretien** en tout cas et ça c'est quelque chose que moi
 357. **Bin** c'est à dire j'essaye d'être souriant,
 358. mais pour moi l'empathie c'est la **capacité** à ressentir les émotions des autres.
 359. Dans la **vie** de tous les jours ça va être la capacité à partager la joie de quelqu'un,
 360. Alors dans **l'exercice** professionnel pour moi c'est un peu la même chose
 361. C'est à dire Oui si j'arrive à décrocher à certains **moments** mais c'est à dire que dans le quotidien de la semaine
 362. mais sinon tant que les **jours** se succèdent
 363. parce que ça nous donne une bonne **ambiance** dans le travail aussi tout simplement
 364. et c'est à partir du **moment** où on est capable de s'en servir comme d'un outil
 365. Des **facteurs** dans une situation donnés ou des facteurs Je pense que
 366. enfin après les **facteurs** liés aux patients je pense pas que ce soit lié aux patients,
 367. quand on est fatigué on arrive pas à séparer son humeur du **jour**,
 368. sa **vie** personnelle et les moments où on est en consultation,
 369. ou alors on voit le patient dans sa chambre
 370. si on est alors c'est à dire que moi ça
 371. J'ai plus **l'impression** d'amener mes problèmes à l'hôpital dans ma vie personnelle que ma vie personnelle à l'hôpital.

372. Donc c'est un peu les 2 dernières **propositions** pour
 373. . C'est à dire tant qu'on arrive à être empathique on est un peu à l'abri du burn-out
 374. parce qu'on a plus d'**effet** que la cause,
 375. c'est vraiment pour le **contact** avec les gens donc si on
 376. ou si voilà si mon **mode** d'exercice changeait
 377. Oui Dans le sens où je ressens plus à l'intérieur de moi-même la **souffrance** des gens,
 378. leur **état d'esprit** mais en même temps les enjeux ont changé pendant l'externat on est
 purement observateur
 379. alors que maintenant ce qu'on va recueillir comme **information** avec l'empathie
 380. mais après c'est pas parce je les ressens pas sur l'**instant** que
 381. en **stages** pendant l'externat,
 382. c'est à dire de percevoir, d'essayer de percevoir les **choses**
 383. Oui enfin c'était pas vraiment des **cours** voilà c'était des entretiens
 384. parce que c'est encadré ça part pas dans tous les **sens**
 385. Mais en fait tous les **cours** ressemble un peu à ça à paris Ouest c'est
 386. La meilleure **solution** c'est avoir un maître de stage
 387. ou on prenait en charge le patient,
 388. ou même des fois par les **médicaments**, de diminuer leur souffrance Des fois,
 389. mais des fois ils ont **besoin** de changer quelque chose dans leur vie
 390. Ce qui fait qu'en plus de la **barrière** de la langue au sens figuré,
 391. Et finalement, de la **cotisation** de ses 10 enfants, la grand-mère ne voulait pas.
 392. Donc de 10 **enfants** qui étaient prêts à cotiser,
 393. Et à plusieurs reprises, il m'a dit que chez son autre **soeur** chez qui elle était Alors
 pour le coup, la consultation,
 394. il faisait tous les **gestes** de nursing, de soins infirmiers, de prévention d'escarres, de
 soins d'escarres.
 395. parce que il était embêté que ses autres **frères** (enfin ça
 396. parce qu'il se sentait coupable
 397. j'ai insisté un peu mais pas trop parce que bon,
 398. parce qu'il m'est arrivé une fois de faire une **erreur**
 399. mais ma **femme** ayant eu quelques problèmes de santé
 400. bien que personne n'a écouté ni ma **femme**, ni moi jusqu'à ce que
 401. Si on n'a pas une connexion entre **guillemets** de qualité avec le patient,
 402. si on n'arrive pas à se mettre à sa place,
 403. Parce qu'on a beau avoir le beau **diagnostic**, le bon traitement,
 404. ou si un chirurgien qui opère d'une prothèse se retrouve avec un **mec**
 405. ou une **sensibilité** propre au patient concernant sa maladie,
 406. parce que Peut-être pas pour le **diagnostic** en lui-même si on parle de diagnostic à
 proprement parler,
 407. Donc comme je te disais,
 408. Beaucoup Heu, 6, 7 **gardes** par mois. Et les urgences Avant c'était quelque chose
 409. alors on peut chercher une autre cause que la **cause** psycho somatique mais souvent au
 final,
 410. Et que la plupart des **médecins**, on est amené à un moment
 411. ou à un autre à avoir du **retard**.
 412. c'est que tous les jours on a du **retard** pour la consultation, tous les jours les patients,
 413. C'est l'**usure** du médecin et même des fois le rôle du médecin.
 414. Mais pour le **problème** de l'empathie et de se mettre à la place de la souffrance du
 malade,
 415. pour avoir été en **stage** en médecine générale avec quelqu'un avec

416. parce qu'on est désagréable dans ces **cas**-là :
 417. parce qu'il a des **papiers** ou pas de papiers.
 418. Je pense que je ne peux pas me changer Donc
 419. c'est à dire dans le sens où je n'écoute pas assez,
 420. Je pense qu'on peut changer sa **pratique** médicale assez facilement.
 421. parce que ça a à **moitié** rapport avec des connaissances à proprement parler
 422. car elle favorise la **satisfaction** du patient
 423. Parce que quand on sent
 424. parce qu'elle crée une **fatigue** compassionnelle,
 425. qu'on ne peut pas aider **tout le monde**.
 426. sans sentir de **tristesse** ou de fatigue ou de ça,
 427. et c'est la **formation** Et l'autre chose
 428. (Alors c'est sûr qu'on peut s'**auto** former pour ça Mais bon,
 429. Mais, il y a quand même 4 **cours** par an,
 430. Parce que, en plus de ça, de temps en temps, de **façon** épisodique mais bon j'en ai déjà fait une quarantaine,
 431. Et par contre, en **médecine** de ville, là l'accent est beaucoup mis là-dessus.
 432. c'est que toutes les **formations** de l'externat aboutissent sur des questions, des QCM ou des épreuves.
 433. Pour que les **gens** deviennent empathiques,
 434. que les **gens** ne vont pas y aller pendant l'externat Et le problème,
 435. qui ont beaucoup de **connaissances** les formations médicales à proprement parlé (c'est à dire la sémiologie tout ça).
 436. tant qu'ils n'ont pas **fait** une grosse connerie.
 437. mais c'est vrai que quand j'étais passé en tant qu'externe en gériatrie et aussi en soins palliatifs, là
 438. Enfin, formé non mais j'avais été confronté vraiment à l'empathie de certains médecins Et l'empathie entre **guillemets**.
 439. JEANNE ENTRETIEN **AURORE** En fait lors de mon SASSPAS, avec mon maître de stage,
 440. Donc on arrivait avec un symptôme
 441. alors on va éliminer les **signes** de gravité,
 442. me regarde Donc du coup, mon **maître** de stage
 443. tout compte fait, j'ai appris à écouter mes **patients**.
 444. Donc du coup, mon **maître** de stage est assez pointilleux et
 445. A savoir que oui, ils étaient malheureux, oui,
 446. qui voulaient absolument 4 **jours** d'arrêt,
 447. c'était oui 4 **jours** d'arrêt.
 448. Alors pour moi l'empathie, c'est le **côté** un peu twist,
 449. sachant qu'on n'a pas du tout les mêmes valeurs,
 450. parce que je choisis les **personnes** que
 451. quand la **maman** revenait, pour elle ou pour ses enfants,
 452. en fait tout compte fait, c'était bénéfique parce que les autres **consultations**,
 453. une grosse **part** de fatigue au delà du fait que les enfants avaient de la fièvre.
 454. Et ce n'était pas culpabilisant, elle n'était venue pas pour rien.
 455. puisqu'on supervisait tous les **soirs**,
 456. Parce que si y a un **fond** anxieux,
 457. si y a un **fond** de e sais pas quoi je n'en sais rien,
 458. parce que je sais que sinon Au tout **début**,
 459. je sais que je me suis fait avoir aux urgences complètement (mais sûre de sûre, oui,

460. ah mais oui vous avez **raison** ah là là allez hop zou)
 461. donc je n'y connais rien à la **vie** de la bonne femme de 50 ans qui a perdu déjà sa mère
 y a 5 ans,
 462. sa **fil**le a un problème d'adolescente moi, aucune idée, aucune idée.
 463. parce que ce sont des **gens** qui logiquement,
 464. parce que quand on l'envoie chez un **spécialiste**,
 465. Donc le **spécialiste** doit comprendre l'importance
 466. donc si le **spécialiste** le regarde comme une personne X il aura l'impression d'avoir été
 vu 10 minutes par un grand patron qui n'en avait rien à faire de lui
 467. Mais je sais que j'ai encore des **soucis**,
 468. Au tout **début**, à partir du moment où on leur dit qu'on les écoute,
 469. **genre** Augmentin ou de l'Amoxicilline et puis pour les doses je faisais 3 fois par jour.
 470. **ben** parce qu'à l'école ils ne le donnent pas c'était con, ah ouais d'accord, ben la
 prochaine fois,
 471. alors que le **mec** ne le prendra pas.
 472. donc faut avoir passé du **temps**
 473. et alors là Non, je ne pense pas,
 474. mais ça leur **fait** du bien de sortir le Après,
 475. qui dit tu n'as pensé pas comme ça non ça aurait pu.
 476. donc on a l'**impression** de plus se détendre.
 477. parce qu'on pense que ça prend du **temps**. Oh oui complètement parce que
 478. Ou alors moi je n'en peux plus de ces horaires **ben** ouais,
 479. enfin le **principe** de la médecine, c'est que
 480. donc si on se retrouve un **minimum** dedans,
 481. si jamais on est en **mode** à,
 482. Mais c'est sûr qu'à partir de ce que tu as vécu oui.
 483. soit on a de l'**admiration** pour gars de 25 ans sexy,
 484. donc de **sympathie** pour la petite mamie toute seule de 90 ans qui s'est retrouvée dans
 sa merde et sa pisse, Quoi donc,
 485. mais pas tant que ça soit on arrive à la **sympathie**,
 486. parce que de **base** il est revendicateur donc de toute façon,
 487. L'empathie **clinique** aux urgences franchement rien à faire.
 488. donc c'est forcément ce que je ressens et mes **référentiels**.
 489. quand tu rentres le **soir** chez toi et que
 490. Parce que si on a que des **histoires** tristes
 491. Si on est avec **quelqu'un**
 492. pas 10 **heures** par jour, c'est clair.
 493. soit la **solution** du burn-out. Ça c'est clair.
 494. parce que la **définition** du burn-out c'était C'est de l'insatisfaction mais ça
 l'insatisfaction L'insatisfaction professionnelle avec la perte de motivation,
 495. parce que la **personne** a raté le diagnostic.
 496. si elle a **raté** le diagnostic,
 497. enfin dans la **pratique** clinique la communication n'était pas du tout dedans.
 498. Donc c'était **Mr X** à truc muche,
 499. En tant qu'externe, non parce que c'était juste une **expérience** voilà.
 500. elle est en train de **cancer** ou pas cancer quoi. ouais, ok d'accord. Oui,
 501. si on l'est on l'est.
 502. Oui, si il y a des **cours**.
 503. donc on est dans une salle,

504. et on a des **cours** pour discuter avec des ados, les difficultés avec les parents, des âge ou des mauvaises nouvelles.
505. m'avait mis en **situation** avec prescription de contraception chez une ado.
506. Parce que le **principe**, c'est
507. m'étaient arrivés jamais (d'avoir l'**hystérique** et la nénette contraception).
508. C'est comme ça qu'on peut l'avoir parce qu'on n'a jamais le même **regard** en fonction de l'âge
509. Oui, ils restent en moyenne un **mois**. Oui Oui,
510. parce que leur **père** ou leur mère ne peut pas forcément rester à la maison,
511. donc Oui, par exemple il y a une patiente on a discuté beaucoup avec son mari
512. donc pour la **décision**, c'était surtout avec lui
513. **ben** ça va être lié plus à la souffrance physique aussi
514. mais c'est vrai qu'on est tourné pas mal aussi sur la **souffrance** physique pour soulager les douleurs Il y a aussi nos connaissances
515. parce qu'elle ne voyait pas trop les **progrès**. Avant elle marchait,
516. en effet, pour **pouvoir** trouver la bonne solution pour traiter les personnes.
517. ou n'a pris pas le **temps**,
518. On a des **cas** où on ne trouverait pas vraiment le diagnostic,
519. alors que je n'avais encore rien dit du **diagnostic**,
520. mais C'est vrai que des fois, c'est des **situations** comme ça où on est énervé un peu,
521. parce que **ben** par exemple, en gérontologie, il y a des personnes
522. qui sont disposées déjà bien, c'est vrai que ben c'est toujours plus facile La **relation** avec la personne est plus facile aussi
523. Mais le **fait** d'être assez attentionné,
524. par exemple aux **urgences** quand il y a une personne sans domicile fixe,
525. Tu te dis à ça sent mauvais Tu
526. Mais après quand tu passes un peu de **temps** avec la personne ça s'en va,
527. Parce que pour C'est bien de **savoir** bien
528. c'est vrai que du coup, dans mon **stage** actuel, où
529. c'est vrai qu'**en cours** on a eu aussi pas mal de cours de communication Ben où on se mettait en situation patient-médecin
530. et c'est vrai que ça nous rend aussi attentifs au patient.
531. quand on était en **stage** chez le médecin généraliste.
532. donc voilà par rapport à ça, c'est un peu difficile d'interagir avec eux,
533. et d'**auto** évaluation personnelle, de se reprendre.
534. Mais en **terme** expérimental, ce n'est pas les 4
535. J'ai regardé les **Diplômes** Universitaires.
536. c'est compatible avec son **mode** de pensée et son mode de fonctionnement ?
537. quand on parle aux **gens**, en consultation en tous cas donc.
538. en voyant la **jeune fille** qu'elle est bonne observante (c'est une jeune fille
539. parce qu'en fait elle la prend juste après les rapports sexuels.
540. Et donc si il y a **quelque chose**
541. Je pense qu'on ne peut pas être un bon médecin de **ville**
542. si on ne fait que des **choses** urgentes, sauf si voilà.
543. parce qu'on voit des **choses** hyper rares,
544. Mais en **terme** de suivi au long cours, ce n'est pas, non,
545. Oui, c'est sûr Si je suis reposée,
546. donc après le patient tu le vois,
547. que c'était Et que je n'avais pas du tout cette **formation** par rapport à l'empathie et donc je me,

548. qui ont mon **âge** ou l'âge de mon mari. Donc ça,
549. Après, le **fait** que le burn-out diminue l'empathie, oui parce que de toute façon,
550. Donc pour moi, l'**empathie**, elle ne favorise pas le burn-out. C'est la fusion,
551. Un **moyen** de défense contre la fusion et contre la perte de sa personnalité en fait quelque part,
552. Et par rapport au fait que ça favorise la **perception** d'un accomplissement personnel oui
553. j'ai réussi à inscrire ça au sein de la **relation** oui, évidemment
554. Mais plus en **rapport** avec le travail de psychanalyse que je fais à côté que par rapport aux enseignements de la faculté.
555. parce que il y a cette **relation** entre le psychanalyste
556. et le psychanalysé qui existe et que c'est pour moi un **modèle** de relation.
557. Ou par le **côté** relationnel Et dans le côté relationnel, il y a plein de choses.
558. qui sont liés à l'**apprentissage** technique qu'à l'apprentissage de l'empathie parce que,
559. quand on nous en parle,
560. ça n'est pas forcément propice à l'**auto** évaluation, l'auto réflexion sur
561. JEANNE ENTRETIEN DELPHINE D'**accord**. D'accord. Donc déjà, c'est de la gériatrie aigue.
562. c'est une **capacité** à se mettre à la place de l'autre,
563. Donc l'empathie dans le **milieu** médical, c'est pareil c'est la capacité à essayer d'appréhender la réaction de l'autre
564. parce qu'on est différent on a différentes **façons** de penser,
565. **Don** c'est plus difficile d'avoir de l'empathie dans le lieu du travail,
566. et puis ça nous réfère (comme on se met à la place de l'autre) à notre propre vécu donc notre propre **histoire**, nos propres angoisses.
567. Parce que si on se fait, entre **guillemets**, par son empathie,
568. Parce que le **risque**, c'est que (l'empathie,
569. si on ne fait pas **attention** quand Enfin
570. Comment mon empathie peut être liée à ma **personnalité** Ben oui,
571. parce que je pense que ça dépend tout à fait de la **personnalité** des gens aussi.
572. Ça dépend de l'**histoire** L'empathie Oui,
573. Mais ça, ça dépend aussi, tout à fait, de notre **sensibilité**
574. qu'ils sont trois **gamins** dans la salle de consultation et
575. Enfin, il y a clairement des **situations** où on est moins empathique
576. **Ah** oui, après ça dépend complètement de la situation personnelle.
577. ça fait partie de l'**état** un peu général, de notre état général, un peu, d'esprit
578. dont Parce que souvent le patient **demande** des choses mais en fait derrière ça il demande autre chose.
579. soit on fait juste **attention** à la question
580. soit il y a des **non-dits**
581. est-ce qu'il est d'**accord** avec le traitement,
582. mais sa **fidélité** aussi dans la relation médecin malade quand on a une vraie relation basée sur la confiance, l'empathie,
583. que l'**efficacité** Ben c'est aussi important Ouais,
584. Parce que l'**efficacité**, c'est
585. qu'on ne connaît pas les **traitements** adaptés, voilà d'un côté zéro efficacité mais empathie 100,
586. donc qui ont déjà des **traitements** pour le diabète et tout ça leur fait déjà 15 molécules par jour,
587. Et bien ça oui, surtout que ce sont souvent des **personnes**

588. on ne peut pas être un **médecin** efficace quoi.
589. et c'est comme si je ne pouvais plus rien faire quoi.
590. On passe de l'externe à l'interne donc un peu du **stagiaire** au médecin du jour au lendemain,
591. quand même dans des **stages** à des choses plus ou moins faciles C'est sûre,
592. Ben en fait, on a le **module** communication où on apprend
593. **Ben** dans le cursus de la faculté, il y a quelques cours
594. c'est qu'on a du **temps**. On a du temps pour arriver
595. et même par la suite comme en règle générale ils restent assez longtemps c'est des **soins** de suite
596. donc C'est vrai que ça, c'est un gros **avantage**.
597. C'est du **Soins** De suite et Réadaptation.
598. Donc on a vraiment le **temps**. On a vraiment le temps,
599. Non, mais voilà, c'est toujours me dire ce n'est pas que les Pas
600. que ben c'est un peu le même **principe** mais Je ne
601. Mais oui, dans le **principe** c'est ça c'est de dire voilà ressent telle chose et puis Quelque chose qui
602. Ben, me mettre à la **place** pas complètement non plus parce que dans ce cas-là,
603. sans doute, dans la **situation** parce que, ben, ça peut très bien nous arriver Là,
604. Dans cette **situation**-là, c'était plus facile de se mettre à la place du patient que chez un dément.
605. Ou alors c'est vraiment particulier comme **prise en charge**,
606. Ouais, beaucoup de somatisation sans forcément **quelque chose** de somatique derrière mais voilà qui avait toujours quelque chose
607. Ouais, c'est vrai que là, dans cette **situation**-là Bon.
608. comme j'avais remarqué que ça n'apportait aucun **bénéfice**, de toute manière Ni pour l'une, ni pour moi,
609. c'est vrai que je pense qu'on est plus efficace quand on fait **attention** aux attentes du patient,
610. quelles qu'elles soient Donc dans un **sens** oui,
611. du fait de mieux les connaître, on pourra mieux leur expliquer le **traitement**,
612. donc en **réadaptation** Avant de retourner au Cameroun D'ici peu de temps
613. Et s'est posée à nous la **question** on n'a pas ça donc
614. là pour le coup, oui Ça joue un **rôle** dans le choix On ne veut pas faire ça :
615. mais je pense qu'il y a des **situations** où ça ne joue pas non plus des situations d'urgences il y a certains choix thérapeutiques où on n'a pas le choix non plus
616. oui c'est bien Est-ce que ça joue un **rôle** Ben ouais.
617. et de faire autre **chose** que de l'adaptation de traitement ou de la lecture d'examens complémentaires, des choses vraiment techniques,
618. C'est plus ça qui est un **point** positif et à l'inverse un point négatif,
619. donc au final, l'**effet** escompté n'est pas Non.
620. Après, après ça dépend des **lieux** de stage,
621. ou qui n'avaient pas (je sais pas) pour X **raisons**,
622. puisqu'on parlait de notre propre **prise en charge**
623. C'est vrai que je repensais au **service** des urgences,
624. Donc c'est un **stage** de réadaptation cardiaque en soins de suite cardiologique post intervention, post syndrome coronaire aigu,
625. C'est à dire, légitimer ses **sentiments** exemples comprends
626. C'est à dire partager son **sentiment**
627. Le **choix** thérapeutique, c'est tout

628. et que le **studio** est dans un état pas top.

629. Je pense que le **burn-out** diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation de la part du soignant.

630. Est-ce qu'il y a un **lien** entre empathie et burn-out Non.

631. et l'**information** donnée au patient en fait.

632. Parce que c'est vrai qu'aux **urgences**,

633. qu'aux **urgences** c'est le service où c'est encore plus difficile et compliqué de faire preuve d'empathie ou d'autre chose

634. Mais ça revient beaucoup, hein Ça revient beaucoup On a l'**impression**

635. qui arrive parce qu'il a une **hématurie**.

636. parce que c'est un **monsieur**

637. qui ont trait à la **maladie** Plus qu'à leur état,

638. à mettre la **barrière** entre finalement soit le vécu du patient (vécu personnel),

639. Parce que, pour eux, cette **visite** a une connotation de réponse de choses,

640. mais ce n'est pas juste par rapport à cet **exemple** Mais pour

641. à toutes sortes d'**informations** médicales, avant qui étaient réservées plus ou moins au médecin maintenant,

642. d'**accord** Avant les gens disaient je mets ma vie entre vos mains docteur Voilà vous ferez Maintenant,

643. qui sont très réticents aux **choses** etc.

644. si les **gens** ne font pas preuve d'empathie Ou les gens

645. ma **forme** d'empathie c'est toujours autour de la maladie sans que

646. Si tu veux qu'on lui tende la **main**, d'accord Ben si

647. du coup la **barrière** de communication fait Alors barrière sociale Barrière socioéconomique Ça peut jouer,

648. si tu es Le **burn-out**, ça entraîne aussi une démotivation

649. qu'une **envie** c'est de l'expédier le plus vite possible Et, ouais Tout à fait d'accord, ouais Oh Moi,

650. Alors ça dépend si vraiment tu es **super** fragile et

651. que Alors ça dépend si tu es super fragile **super** susceptible et que si

652. qui sont un peu plus graves et qu'on surveille par scope et ensuite les **lits** d'aval de médecine,

653. ou trois **jours** pour poursuivre déjà le bilan

654. mais par contre en **médecine générale** le souci c'est

655. parce qu'elle avait une masse au **sein** et

656. Donc je ne peux pas dire que j'ai pris en compte totalement ses émotions.

657. sa **prise en charge** pour qu'un patient suive bien le traitement.

658. et ces **patients**-là s'ils n'ont pas une relation de confiance avec leur médecin ils ne vont pas suivre correctement leur traitement,

659. dans le sens où on reste proche de nos **questions**, nos questions de cours

660. ou alors est-ce qu'il faut faire venir une infirmière à la **maison**

661. Alors le **soutien** social et émotionnel c'est important mais à mon avis

662. mais à mon **avis** pour un médecin généraliste surtout à l'heure actuelle, à mon avis on n'a pas assez le temps en consultation de faire de la prise en charge sociale et psychologique.

663. et surtout vont venir avec nous voir les **patients**.

664. Car il y a des **jours** où on est fatigué,

665. car on cherche à tous **prix** à établir un diagnostic,

666. parce qu'il y a plein de **monde**,

667. En fin de **garde** les patients ont moins de chance de nous voir je pense.

668. ou pas ou si c'est le **caractère** des gens

669. . Parce que dans les **classes sociales** hautes les gens sont beaucoup plus exigeants que les classes sociales basses.

670. alors je sais pas trop comment me décrire,

671. dans la **définition** de l'empathie, doit prendre en compte les éléments psychologiques du patient

672. parce que le burnout c'est l'**état** où le médecin ne va plus écouter les patients,

673. mais je pense que j'ai développé

674. Parce qu'en tant qu'**externe** on voit les patients.

675. **ETC.** mais on a pas cette responsabilité comme en tant qu'interne on voit les patients

676. c'est pas qu'on fait pas gaffe aux **patients**,

677. car on fait quand même **attention** aux émotions des gens,

678. Actuellement pas du tout, il y a sûrement des **stages** où il y a de l'empathie,

679. Peut-être qu'il y a des **stages** où c'est développé un peu plus

680. mais on a eu quelques **cours** en tant qu'externes où on parlait d'empathie,

681. donc voilà donc peut-être 2 ou 3 **cours** en tout pour l'externat, c'est pas beaucoup.

682. AUDREY ENTRETIEN LAETITIA G Alors, c'est un stage d'urgences.

683. ou 3 par **mois**. On est là toutes les journées ou à l'accueil,

684. C'est **bonjour** monsieur, bonjour madame,

685. Après voilà ça a d'autres **côtés** très attrayants mais moi

686. L'**empathie** c'était comprendre les émotions de l'interlocuteur enfin la personne en face de soi.

687. La **sympathie** c'était partager les émotions,

688. Donc la **réponse** d'avant est pour cette question et du coup,

689. ou en **couple** ou dans la rue quelqu'un en situation aller vers lui

690. Alors si aujourd'hui il y a eu une **patiente** dont on

691. car elle était **infirmière**

692. mais en même temps c'était une **dame** de 90 ans

693. même si l'**âge** n'est pas une raison mais

694. Je me suis mise à sa **place** dans le sens où

695. si c'était pas moi ce serait mon **sénior**.

696. Donc si ça peut être une **forme** de protection.

697. Ou même des **plaintes** bénignes un truc qui est super important c'est la douleur

698. Oui car si le patient se sent écouté il développera plus tout

699. ou un **contexte**, un stress psychologique, un événement familial qui peut avoir une interférence avec ça.

700. alors oui ça peut aider sur des **choix** thérapeutiques ou sur des gestes.

701. Oui ça permet vraiment un **soutien**

702. car c'est la **fin** de journée,

703. Et la **fin** de journée, la fin de garde entre 4 et 6 heures du matin, c'est dur.

704. car mes **chefs** ne voulaient pas les voir.

705. Il y a un **ordre** objectif fonction de la gravité des symptômes

706. et le **temps** d'attente donc on les prend dans l'ordre dans

707. Et quand on leur dit oui on a **besoin** de vous faire un bilan

708. ou au **nord** de Paris ou même à la pitié dans le 13ème arrondissement où il y a de la précarité du fait de l'immigration.

709. mais ça n'a pas non plus pour l'instant trop d'**impact** sur ma vie au quotidien non pour

710. me mine le moral au quotidien, vraiment pas, vraiment pas.

711. Dépersonnalisation c'est pas évident comme **mot** oui clairement le burn-out ça diminue l'empathie.

712. Parce que le **soignant** est irrité lui-même
713. oui il n'est plus vraiment lui-même il est écrasé vraiment par son **mal** être
714. car il y a cette **relation** de confiance
715. et en quelque sorte une **satisfaction** du soignant qui au moins sent que par la relation de confiance
716. Déjà c'est très différent d'un patient à l'autre ou d'une **période** de ta vie à l'autre de ton expérience.
717. du fait de tes **connaissances** qui progressent
718. Oui ça a changé clairement car tu as plus de **connaissances**,
719. et oui ça a changé de **part** l'expérience d'aller en stage tous les jours,
720. par les **nouvelles** expériences cliniques que tu as pu avoir, par les types de pratiques aussi.
721. mais la **spécialité** ça influe beaucoup aussi
722. Pas de **diminution**, une augmentation peut être pas.
723. J'ai fait 2 **stages** de gériatries dont mon stage d'été de D4 aussi en gériatrie
724. car les **personnes âgées** sont beaucoup moins dans la demande,
725. donc les **stages** ça sert aussi à ça pas seulement à interpréter un électrocardiogramme ou des examens.
726. c'est vraiment 50-50 c'est vraiment des **connaissances** pratique et un suivi psychologique.
727. même si ça reste très théorique on a eu des **jeux de rôle** pas mal aussi pendant le module d'éthique en D2
728. Il y a aussi les **groupes** de paires en tant que médecins généralistes,
729. et le **collègue** dit tu aurais dû mettre plus d'écoute ou d'empathie,
730. je sais pas pourquoi ça m'a marquée vraiment antipathie, sympathie, **empathie** très carré.
731. et **sympathie** c'est vraiment comment
732. Donc le **type** de relation qu'on a avec les patients ça dépend d'où on est en fait il y a 3 types de postes en fait il y a le poste à l'unité d'observation où les patients restent souvent plus de 24h il y a le poste en salle de soins pour les patients
733. qui ont **besoin** de soins immédiats, de pose de perfusion, d'examens complémentaires avec un temps d'attente important.
734. Evidemment la **relation** avec les patients dépend du type de poste où l'on est.
735. Donc au **tri** c'est de la consultation rapide,
736. j'oriente mon **interrogatoire** et mon examen de façon très précise.
737. c'est je pense la capacité d'écoute que ce soit de **souffrance** ou de joie, de compréhension des souffrances ou de ces joies.
738. souvent il y a un **impact** émotionnel lors du récit des souffrances ou des joies dans la vie de tous les jours en tous cas,
739. qui est un peu invasif dans ce **genre** de circonstance.
740. parce que on a été tous **témoins** de situations où les patients étaient extrêmement volubiles
741. alors pas toujours, parfois il y a des **situations** où on est bloqué et quoi
742. Oui car les **patients** ont plus tendance à nous confier ce qu'ils ressentent d'une part et parfois des signes cliniques
743. Un **exemple** récent, un patient qui arrivait avec plaintes somatiques multiples,
744. ou que sais-je.
745. enfin on peut déceler quelques résistances à une **forme** de traitement ou plus d'efficacité de certaines techniques ;
746. Non je ne pense pas ça je ne pense pas.

747. Est-ce que ton **empathie** clinique est liée à ta personnalité
748. Est-ce que tu penses que l'**empathie** peut être dangereuse pour ton équilibre personnel (puise trop d'énergie,
749. donc je pense que je ne serais satisfaite pas de moi si
750. Car quand on n'a pas l'**expérience** et qu'on ne connaît pas ses limites,
751. Donc je me suis dit qu'il fallait que je développe les choses autrement et en moins de temps car
752. qui était je pense un premier **burnout** en fait, un premier burnout,
753. ou alors c'est que je n'y ai accordé pas d'**importance** à ce moment-là.
754. Ou alors peut être pendant le **module** sur la douleur et l'accompagnement de fin de vie.
755. ça dépend des **gens**. Non pas du tout,
756. qu'on est à l'**écoute** on peut pas ressentir
757. Moi au fond j'ai pas fait grand-chose mais
758. et c'était quand même de l'empathie, peut-être même que je
759. et avoir adaptée une **réponse** selon des raisonnements basés sur des preuves scientifiques
760. parce que le **patient** va nous faire confiance,
761. Au **soutien** social et émotionnel ou car une grande partie du soutien du patient c'est de l'écouter,
762. et bien sûr si on vient d'apprendre une super **nouvelle** on va être très disponible,
763. Donc ça va prendre plus de **temps**, plus d'énergie,
764. Déjà si c'est **quelqu'un** de niveau social élevé
765. et bien dans sa peau pour **pouvoir** écouter les gens
766. De l'**empathie** raisonnée c'est pas sensé nous mettre en danger,
767. mais un ajustement, une **amélioration**, c'est plus dans le sens de la diminution mais
768. Des fois ça me fait un petit peu **peur** car je
769. Oui mais c'est une **formation** vraiment personnelle.
770. **AUDREY ENTRETIEN VINCENT** Alors, mon stage actuel est un stage de médecine interne avec des patients assez lourds.
771. qui passe beaucoup de **temps** dans les hôpitaux c'est important de pouvoir en discuter avec les gens qui la prennent en charge à l'hôpital pour pouvoir comprendre
772. mais oui je pense que pour un **médecin** c'est primordial c'est un peu le but de cette étude ;
773. parce que les **patients** ont besoin de faire comprendre à leur médecin
774. en ayant compris ça et en se mettant à la place du **patient** puissent adapter au mieux le traitement et les conseils
775. car un **traitement** non pris ne sera pas efficace.
776. on a envie de leur dire non avant même de **savoir** ce qu'ils ont demandés.
777. Donc même si inconsciemment il y a une petite **part** d'émotion
778. en allant en **stage** chez le praticien
779. que les **traitements** ne sont pas suivis s'ils ne sont expliqués pas.
780. Donc oui c'est à développer pendant l'internat alors **en cours**
781. c'était en 2ème **année** de médecine en PCEM2 où il y avait un UE de médecine comportementale c'était pas un UE,
782. qui nous faisait faire des **jeux de rôle** notamment l'annonce des mauvaises nouvelles, des choses comme ça.
783. qui le faisait le disait je m'en souviens bien.
784. ou 3 petits **trucs** l'annonce d'une mauvaise nouvelle toujours terminer sur un point positif c'est des petites choses que

785. c'est plus l'**expérience** de la pratique et l'observation des maitres entre guillemets.*
786. et on rencontre peut être à la **différence** de certains stages d'hôpital, vraiment tous les problèmes.
787. Alors la dernière **consultation** c'était une patient d'une soixantaine d'année,
788. donc oui je pense que je l'ai pris en compte.
789. Euh oui la **fatigue**, les problèmes personnels ça joue sur notre capacité d'écoute et donc pour moi d'empathie.
790. et pareil sur la **compréhension** et donc faire moins bien ressentir au patient
791. qui ont des **maladies** hématologique et donc l'interaction que
792. mais souvent car ils reviennent pour **des cures** de chimio donc on connaît quand même les patients quoi.
793. et écouter les **demandes** du patient.
794. Euh oui, ça dépend fortement de mon **état d'esprit** et de là où je
795. et c'est-ce qui fait la **différence** entre empathie et sympathie,
796. que du coup le **niveau** social ne doit pas influencer là-dessus.
797. que la **personnalité** influe sur l'empathie
798. et ça va avec ma **personnalité** puisque
799. Alors ça c'est compliqué, oui je pense que ça peut influencer.
800. mais en tout cas ça dépend surtout des **moments**,
801. alors les **patients** c'est une moyenne d'âge
802. de comprendre la **plainte** du patient pas résumer le symptôme à un mot mais à un ensemble de perceptions,
803. et maintenant est dans une **souffrance** à l'idée de plus avoir ses médicaments pour dormir
804. et donc ont **quelque chose** en général
805. De même que ça ne va pas seulement dépendre de mon **humeur** ou de ma vie mais aussi de la sympathie que
806. lesquels on ne doit pas avoir d'empathie ca on ne **connait** pas par exemple

ANNEXE 4 : LE NOUVEAU SCENARIO

- Poubelle sémantique
 - Ba
 - Ben
 - Bin
 - Bonne
 - Ca
 - Chance
 - Circonstance
 - Concept
 - Contexte
 - Côté
 - Définition
 - Etc
 - Exemple
 - Fait
 - Forma
 - Gardien
 - Genre
 - Grand-chose
 - Guillemet
 - Heu
 - Hyper
 - Limite
 - Manière
 - Mode
 - Niveau
 - Part
 - Partie
 - Pff
 - Plan
 - Principe
 - Raisonnement
 - Retour
 - Rumeur
 - Sens
 - Temps
 - Année
 - Après-midi
 - Durée
 - ✓ Début
 - ✓ Fin
 - Heure
 - Jour
 - Matin
 - Mois
- Moment
- Période
- Rythme
- Secondes
- Semaine
- Semestre
- Soir
- Week-end
- Terme
- Type
- Vision
 - Chose
 - Point
- Empathie
 - Aptitude
 - Qualité
 - Communication
 - Comportement
 - Approche
 - Attention
 - Base
 - But
 - Calme
 - Choc
 - Devenir
 - Distance
 - ✓ Barrière
 - ✓ Objectivité
 - ✓ Protection
 - Ecoute
 - Effort
 - Empathie
 - ✓ Sentiment
 - ◆ Chagrin
 - ◆ Désespoir
 - ◆ Désir
 - ◆ Emotion
 - ◆ Inquiétude
 - ◆ Joie
 - ◆ Peur
 - ◆ Pitié
 - ◆ Rire
 - ◆ Sensation
 - ◆ Sensibilité
 - ◆ Souffrance
 - ◆ Tendance
 - ◆ Tracas
 - ◆ Tristesse
- Impression
- ✓ Poids
- Place
- Pouvoir
- Réaction
- Réaction
 - Accord
 - Amitiés
 - Attitude
 - Confiance
 - Lien
 - Modèle
 - Recul
- Entretien avec le patient
 - Annonce
 - Conseil
 - Contact
 - Enquête
 - Conversation
 - Information
 - Décision
 - Demande
 - Discours
 - Esprit
 - Entendement
 - Norme
 - Pensée
 - Explication
 - Interaction
 - Mot
 - Nouvelle
 - Opinion
 - Parole
 - Phrase
 - Question
 - Réponse
 - Récit
- Environnement
 - Centre hospitalier
 - Chez-moi
 - Couloir
 - Hébergement
 - Maison
 - Maison de repos
 - Milieu
 - Pièce d'habitation
 - Salle
- Evolution empathie
 - Augmentation

- Baisse
- Changement
- Différence
- Gens
 - Demoiselle
 - Famille
 - Enfant
 - Epoux
 - Femme
 - Fille
 - Fils
 - Mère
 - Sœur
 - Groupe
 - Humain
 - Patient
 - Age
 - Alcoolique
 - Cas
 - Madame, Monsieur, Malade
 - Monsieur
 - Sujet
 - Vieillard
 - Personnalité
 - Personnel de santé
 - Chef
 - Coéquipier
 - Equipe
 - Externe
 - Interne
 - Médecin
 - ✓ Rôle
 - Professionnel
 - Sénior
 - Service
 - Proche
 - Ami
 - Copain
- Médecine
 - Consultation
 - Rendez-vous
 - Sanitaire
 - Tri
 - Corps
 - Bras
 - Langue
 - Physique
 - Poitrine
 - Tête
 - Erreur
 - Mal
 - Risque
 - Etude
 - Connaissance
 - Savoir
 - Cour
 - Diplôme
 - Enseignement
 - Externat
 - Formation
 - Progrès
 - Recherche
 - Stage
 - Théorie
 - Universitaire
 - Université
 - Maîtrise
 - Besoin
 - Médecine générale
 - Pathologie
 - Autonomie
 - Cancer
 - Crise
 - Entorse
 - Escarre
 - Etat
 - Fièvre
 - Fracture
 - Hématurie
 - Maladie
 - Méningite
 - Problème
 - ✓ Solution
 - Situation
 - Symptôme
 - Tumeur
 - Urologie
 - Prise en charge
 - Attente
 - Charge
 - ✓ Danger
 - ✓ Devoir
 - ✓ Fatigue
 - ✓ Masse
 - ✓ Maximum
 - ✓ Travail
- ◆ Exercice
- ◆ Pratique
 - Clinique
 - Diagnostic
 - Garde
 - Moyen
 - Papier
 - Sortie
 - Psychanalyse
 - Responsabilité
 - Soins médicaux
 - Examen
 - Gériatrie
 - Geste
 - Ponction
 - Prise de sang
 - Projet
 - Radiologie
 - Réanimation
 - Spécialité
 - Technique
 - Urgence
 - Traitement
 - Aide
 - Analgésique
 - Arrêt
 - Chirurgie
 - Contraction
 - Hospitalisation
 - Médicaments
 - Pilule
 - Remède
 - Visite
- Vie
 - Mort
 - Vécu

ANNEXE 5 : CLASSEMENT FINAL DES 256 PROPOSITIONS REMARQUABLES

N°	Propositions remarquables	Morale	Emotive	Cognitive	Comportementale	Sans intérêt
1	et euh de ouais de pouvoir s'impliquer dans une certaine limite émotionnellement dans la relation avec le patient.		1			
2	leucémie ou les choses comme ça et ou il faut l'accompagner euh lui expliquer la situation				1	
3	donc faire les annonces de diagnostic donc ça en tant qu'externe				1	
4	Voilà faut réussir à faire l' annonce du diagnostic sans abattre la personne				1	
5	Moi c'est là que je					1
6	Même si je n'avais pas grand- chose à faire du point de vue technique euh c'est vrai					1
7	Ouais ouais je pense à une personne en gériatrie aigüe qui s'est aggravée assez vite et					1
8	qui disait non je ne veux pas					1
9	parce qu'ils n'étaient pas bien					1
10	si on ne se met pas à la place du patient euh			1		
11	si on n'essaye pas de comprendre émotionnellement			1		
12	ou euh si on ne fait pas ça on a aucune chance de trouver un accord avec.			1	1	
13	je sais que je le supporte,		1			1
14	que les chefs le rabâchent un peu					1
15	Ouais moi l'empathie je l'ai appris,					1
16	donc il faut créer une relation de confiance			1	1	
17	parce qu'on va les voire pas comme le médecin	1 INV				1
18	comme un étudiant et que pendant l'internat on se sert,					1
19	on exploite l' empathie clinique	1		1		1
20	et s'il vient souvent c'est pas pour rien non plus il y a un problème			1		1
21	L' empathie à peu près la même chose, d'essayer de s'intéresser aux problèmes des autres surtout s'ils nous en parlent,			1	1	
22	L' empathie je trouve que tu es impliqué plus,		1			1
23	Alors ce que je ne faisais pas au début ce que je					1

24	on ne sait pas forcément qui ils sont.			1		1
25	et comme c'est beaucoup d' examens biologiques il avait l'impression					1
26	j'ai fait la visite avec ma chef on avait l'impression					1
27	Oui Alors lui pour le coup c'était pas très grave alors pour cet exemple là ce que je					1
28	je pense aussi que dans les relations d'amitié c'est important	1				
29	en tout cas concernant mon amitié c'est quand quelque chose					1
30	qu'avec les patients parce qu'il faut					1
31	quand même qu'il y ait une certaine distance avec tes patients alors qu'avec les amis		1	1		
32	C'est-à-dire que voilà je sais pas comment bien expliquer					1
33	mais il faut pas que ça prenne le pas sur la vie non professionnel.		1	1		
34	les gens que mon médecin généraliste connaît depuis 30 ans je pense qu'il y a une relation patient-ami					1
35	que pour avoir une écoute voir une oreille attentive pour ses amis il faut que ça passe par l'empathie.			1	1 INV	
36	Et le fait d'avoir une écoute			1	1	
37	le fait d'être à l'écoute de la personne fait			1	1	
38	Par exemple les situations ou il y a un patient qui,					1
39	on propose un projet thérapeutique à un patient				1	1
40	Ouais parce que elle adhérerait tout à fait au projet de soins palliatifs.					1
41	ou la famille du patient et le corps médical était en accord			1		1
42	si l' exemple était bien choisit.					1
43	parce que je me connais bien					1
44	que par exemple si on prend les alcooliques je					1
45	je n'arriverais pas à les faire arrêter de boire s'ils n'avaient pas envie,			1		1
46	m'oblige à pas rentrer trop dedans s'ils veulent pas ils veulent pas quoi.			1		1
47	et du coup c'est en ça que je pense que je me suis endurci un peu.	1 INV	1	1		
48	Je sais pas.					1
49	Finalement je me dis que c'est peut-être la même chose !					1
50	Non, je sais pas, oui.					1
51	Sympathique, cela peut-être un trait de caractère simplement, pas forcément, il n'y a pas forcément	1				1

	l'envie de se mettre à la place de la personne.					
52	Oui, je pense qu'on peut essayer de se mettre à la place de quelqu'un sans être tendre,			1		
53	En ce moment , il y en a pas mal avec les patients de mon service avec					1
54	parce qu'ils ont vraiment des...					1
55	Oui je, au maximum j'essaie.	1			1	1
56	Moi ça m'ai fait quelque chose aussi parce que		1			1
57	et je me convaincs moi même qu'on va tout faire pour faire					1
58	Et donc je me protège un petit peu comme ça aussi.		1	1		
59	je pense que je me suis endurci un peu.	1	1			
60	donc ça prendrait plusieurs années autant s'y prendre quasiment dès l'externat, finalement.					1
61	Donc écoute ce sera juste sur le dernier stage ou sur tous les stages ?					1
62	C'est-à-dire que mon premier stage c'était justement en suite de soins gériatriques, avec beaucoup de sujets âgés et					1
63	j'avais peut-être une attitude un peu plus empathique,	1			1	
64	qui viennent pour entorses etc. c'est des pathologies où on a peut-être moins moins,					1
65	Ou d'autres gens qui viennent juste pour un vaccin, pour une entorse ou juste pour un traumatisme simple du bras, où là, bien évidemment,					1
66	je pense qu'il faut s'adapter un peu à la situation et au patient aussi et, voilà.			1		
67	Quelqu'un, un enfant peut avoir une maladie très grave, un adolescent, un sujet âgé, peu importe.					1
68	pas que physique , somatique mais également psychologique provoquée par la maladie en question, elle,					1
69	être à l' écoute déjà de l'autre personne,			1		
70	et pourquoi la personne régit de cette façon-là à la situation			1		1
71	c'est vrai qu'on les connaît aussi d'une autre façon			1		1
72	si on peut dire comme ça, à devenir trop sympathique envers les patients ,		1INV	1 INV		
73	donc là ça m'arrivait régulièrement de					1
74	ou 25 minutes pour parler un peu avec eux,				1	
75	je pense que je me suis montré un peu empathique envers ces patients-là,				1	1
76	Par contre c'est vrai qu'il y a eu quelques cas peut-être, surtout pendant mon stage en gériatrie, où en					1

	effet,					
77	Oui, même le fait de penser à ce que j'ai pu vivre avec telle ou telle personne au cours de la semaine dans...		1	1		1
78	C'est pas quelque chose où je					1
79	Oui au cours de l'externat je pense que j'étais empathique...					1
80	Après en tant qu'interne le fait					1
81	fait qu'on réadapte un peu les choses et je voilà,					1
82	je diminue d'empathie et je			1		1
83	Mais, mais je pense que tous les jours,					1
84	moi je sais que j'ai été toujours assez sensible, assez émotif,	1	1			
85	parce que c'est un travail où on voit beaucoup de souffrance					1
86	en réanimation , devant des situations où,					1
87	Là, je me mettais à leur place et je			1		
88	que ce n'était pas vraiment de la souffrance dans ces moments-là,					1
89	donc je me suis beaucoup mis à leur place			1		
90	m'a jamais touché au point que		1			
91	Après, peut-être que dans des années ça reviendra,					1
92	je n'ai jamais peut-être que je					1
93	m'en rendre compte parce que ça ne					1
94	en faisant réfléchir les gens Peut-être			1	1	
95	ça peut favoriser, on peut se dire oui, moi aussi.					1
96	et à développer de l' empathie et une sensibilité parce que mon empathie à	1	1	1		
97	ma sensibilité a tendance à ressurgir un petit peu donc dans ce sens-là, oui,	1	1			
98	me dire je me sens de moins en moins sensible envers mes patients et tout ça.	1 INV	1 INV			
99	Attend alors il faut que je te donne bonne définition de l'empathie dans la vie de tous les jours.					1
100	Dans la vie de tous les jours, ben ça peut être pour des amis ou de la famille.					1
101	Oui parce que t'as un côté sentimental à côté.	1	1			
102	et moi je me demandais					1
103	je me laisse pas emporter.			1		

104	j'ai pleuré pas en tout cas,		1			
105	et en tout cas dans l' externat c'est peut-être moins possible par le fait du temps					1
106	Tu veux dire pas des cours ou par...					1
107	ou je ressens plus à l'intérieur de moi même la souffrance des gens,		1			
108	leur état d'esprit mais en même temps les enjeux ont changé pendant l' externat on est purement observateur					1
109	alors que maintenant ce qu'on va recueillir comme information avec l'empathie					1
110	mais après c'est pas parce je les ressens pas sur l' instant que		1			
111	Enfin de l' empathie mais sans sympathie en fait					1
112	c'est à dire de percevoir, d'essayer de percevoir les choses		1	1		
113	qu'il y a un contact avec tout simplement des discussions pas forcément axées sur leurs maladies, sur les raisons pour				1	1
114	enfin de l' entretien en tout cas et ça c'est quelque chose que moi				1	1
115	mais pour moi l'empathie c'est la capacité à ressentir les émotions des autres.			1		
116	à partager sa tristesse s'il y a quelque chose de triste,		1	1	1	
117	sa capacité à comprendre la situation dans			1		
118	Alors dans l' exercice professionnel pour moi c'est un peu la même chose					1
119	parce que ce ne sont pas des proches en face de nous et donc pour					1
120	c'est-à-dire comprendre une situation ,			1		
121	et aussi savoir adapter sa manière de communiquer à la situation, aux émotions			1	1	
122	ben dans la manière de communiquer.				1	
123	Mais non j'avais pas de manière particulière pour					1
124	mais non aussi d'un point de vu humain c'est plus ça.					1
125	mais sinon tant que les jours ce succèdent					1
126	et le matin quand je me réveil je vais penser à mes patients que je vais voir dans la journée quoi.					1
127	en effet vraiment je sais que ça n'est pas marrant.					1
128	Non, je ne me mets pas à la place du patient.			1 INV		
129	Je me mets à la place dans laquelle			1		
130	Alors qu'est ce que c'est pour moi L'empathie, pour moi,					1

131	Non, mais voilà, c'est toujours me dire ce n'est pas que les Pas					1
132	Donc je me force	1 INV		1		
133	À la limite , c'est en médecine,					1
134	Et Il y a un moment ou je Ben voilà,					1
135	Dans cette situation -là, c'était plus facile de se mettre à la place du patient que chez un dément.			1		
136	Où alors c'est vraiment particulier comme prise en charge ,					1
137	si c'est parce que ça m'embêtait, après					1
138	comme j'avais remarqué que ça n'apportait aucun bénéfice, de toute manière Ni pour l'une, ni pour moi,					1
139	ou qui n'avaient pas (je sais pas) pour X raisons,					1
140	c'est une capacité à se mettre à la place de l'autre,			1		
141	Je ne sais pas moi une amie qui Je peux parler de grossesse Une amie qui perd son enfant					1
142	parce qu'elle fait une fausse couche, bon ben ,					1
143	Donc l'empathie dans le milieu médical, c'est pareil c'est la capacité à essayer d'appréhender la réaction de l'autre,			1		
144	parce que parfois on peut être pris de court par des sentiments		1			
145	parce qu'on est différent on a différentes façons de penser,			1		1
146	Don c'est plus difficile d'avoir de l'empathie dans le lieu du travail,					1
147	Qui, à première vue, s'aggrave depuis quelques jours mais qui là quand même, là vraiment,					1
148	parce qu'on ne sait pas du tout que c'est le patient (surtout chez un patient que					1
149	que c'est le patient s'il a peur,					1
150	moi je sais que je prends souvent plus de distance avec la famille qu'avec le patient.			1		
151	Voilà, et du coup, c'est vrai qu'on se met à la place des gens			1		
152	parce que quand c'est ces situations -là on n'a pas envie de s'y mettre.	1		1		
153	et c'est comme si je ne pouvais plus rien faire quoi.					1
154	Moi je sais que j'ai tendance à être plutôt très empathique,	1				
155	Ouais au cours de ce stage que j'ai l'occasion de vraiment le vivre en fait.					1
156	me suis posé jamais la question .					1
157	. Mais c'est maintenant seulement, mon dernier stage , où je					1

158	Et je pense que ce n'est enseigné pas du tout à la faculté en fait.					1
159	qui font que je dois me poser des questions .					1
160	J'ai regardé les Diplômes Universitaires.					1
161	c'est compatible avec son mode de pensée et son mode de fonctionnement ?			1		1
162	quand on parle aux gens , en consultation en tous cas donc.				1	
163	en voyant la jeune fille qu'elle est bonne observante (c'est une jeune fille					1
164	parce qu'en fait elle la prend juste après les rapports sexuels.					1
165	donc je lui dis que moi,					1
166	je me suis dit son désir à cette nana,					1
167	Et je me suis dit là mon rôle je n'ai pas compris			1		1
168	Je pense que j'aurai dû plus axer vers la consultation sur le désir d'enfant,					1
169	Parce que finalement Et je lui ai redonné un rendez-vous					1
170	Donc là je sais,					1
171	je n'ai vu qu'avec mes normes à moi.					1
172	parce que je sais que la prochaine fois que je la verrai je sais que je dois essayer de la cadrer,					1
173	parce que il y a cette relation entre le psychanalyste					1
174	et le psychanalysé qui existe et que c'est pour moi un modèle de relation.					1
175	ben Ça va être lié plus à la souffrance physique aussi					1
176	mais c'est vrai qu'on est tourné pas mal aussi sur la souffrance physique pour soulager les douleurs Il y a aussi nos connaissances					1
177	donc on a cette notion en médecine					1
178	donc c'est vrai que les patients sont déçu souvent un petit peu on va dire de leur relation avec le chirurgien					1
179	et du coup à savoir un petit peu écouter les demandes des patients,			1	1	
180	c'est vrai qu' en cours on a eu aussi pas mal de cours de communication Ben où on se mettait en situation patient-médecin			1		
181	et c'est vrai que ça nous rend aussi attentifs au patient .			1	1	
182	les gens ont de moins en moins le temps Les docteurs ont le moins en moins le temps d'expliquer les choses,				1	1

183	parce que c'est un monsieur					1
184	C'est à dire pour lui, il attend consultation d'urologie comme					1
185	que vous soyez très inquiet, alors du coup.					1
186	Parce que c'est quelque chose que					1
187	parce que tu as besoin d'apprendre des choses, voilà	1 INV		1		
188	C'est vrai qu'il y a des situations où, ouais,					1
189	sachant qu'on n'a pas du tout les mêmes valeurs,			1		1
190	parce que je choisis les personnes que					1
191	donc je n'ai pas besoin d'être empathique avec les gens qui ne	1				
192	Donc j'avais en tête les signes de gravité, le côté très, très clinique,					1
193	Et ce n'était pas culpabilisant, elle n'était venue pas pour rien.					1
194	Et vu que je me suis dit attention			1		
195	si y a un fond de e sais pas quoi je n'en sais rien,					1
196	parce que je sais que sinon Au tout début ,					1
197	je sais que je me suis fait avoir aux urgences complètement (mais sûre de sûre, oui,					1
198	qu'est-ce que ça va me faire Ah oui si,					1
199	ce sont des histoires tristes ou que des histoires complexes, après,					1
200	Je ne serai pas leur copain à la sortie avec un mouchoir non plus.		1 INV	1		
201	que pour qu'on comprenne leur			1		
202	il faisait tous les gestes de nursing, de soins infirmiers, de prévention d'escarres, de soins d'escarres.					1
203	parce que peut être je n'avais écouté pas assez ou pas posé les bonnes questions .			1	1	
204	m'a dit qu'on coupait la parole au bout de 20 secondes à un malade (14 secondes					1
205	L' empathie en tant que médecin c'est essayer de comprendre la situation du patient,			1		
206	de comprendre la plainte du patient pas résumer le symptôme à un mot mais à un ensemble de perceptions,			1		
207	de plaintes et de crainte du patient c'est vraiment une notion pour laquelle					1
208	mais constamment dans la plainte douloureuse ou d'effets secondaires médicamenteux, dans la recherche de somnifères ou d'anxiolytiques avec une part assez anxieuse et qui reçoit des anxiolytiques ;					1
209	et aux mauvais diagnostics thérapeutiques et maintenant est dans une souffrance à l'idée de plus					1

	avoir ses médicaments pour dormir					
210	Et c'est dans cette situation précise où (c'était le début de la journée) en fait elle					1
211	je pense beaucoup des séniors que tu rencontres.					1
212	qui en font une part importante de la médecine et on un capital de base					1
213	L' empathie c'était comprendre les émotions de l'interlocuteur enfin la personne en face de soi.			1		
214	dans la vie de tous les jours c'est un peu la même définition avec ses amis					1
215	ou en couple ou dans la rue quelqu'un en situation aller vers lui	1				
216	Alors si aujourd'hui il y a eu une patiente dont on					1
217	même si l' âge n'est pas une raison mais					1
218	que là étant donné son état de souffrance elle était surement mieux là où elle était,			1		1
219	Et même au delà d'une qualité c'est même un principe et donc je	1				
220	et adapter aussi mon discours à la détresse du patient ou de la famille, à la gravité,			1	1	
221	alors c'était un moyen médicamenteux pour dire que j'écoutais ses émotions mais				1	1
222	Je me suis mise à sa place dans le sens où			1		
223	La Ponction lombaire, c'est pas franchement le geste que je maîtrise le plus.					1
224	si c'était pas moi ce serait mon sénior .					1
225	Donc si ça peut être une forme de protection.			1		
226	si c'est peut-être une forme de protection.			1		
227	Déjà c'est très différent d'un patient à l'autre ou d'une période de ta vie à l'autre de ton expérience.					1
228	Le but c'est toujours d'établir une relation de confiance mais dans sa manière d'être appliquée			1	1	
229	donc en permanente évolution et adapté à ton patient et à tes états d'humeur.			1	1	
230	te permet aussi d'apprendre car					1
231	et oui ça a changé de part l'expérience d'aller en stage tous les jours, par les nouvelles expériences cliniques que					1
232	mais la spécialité ça influe beaucoup aussi					1
233	Pas de diminution , une augmentation peut être pas.					1
234	qu'on est à l' écoute on peut pas ressentir		1 INV	1	1	
235	car il y a peut-être plus de souffrance que dans la vie quotidienne,					1
236	Moi au fond j'ai pas fait grand-chose mais					1

237	et c'était quand même de l'empathie, peut-être même que je					1
238	mais un ajustement, une amélioration, c'est plus dans le sens de la diminution mais					1
239	donc on ne peut pas porter toute leur souffrance		1 INV			1
240	Des fois ça me fait un petit peu peur car je					1
241	c'est je pense la capacité d' écoute que ce soit de souffrance ou de joie, de compréhension des souffrances ou de ces joies.			1		
242	malgré les circonstances du tri de surveiller					1
243	Donc je me suis dit qu'il fallait que je développe les choses autrement et en moins de temps car					1
244	Alors dans la vie de tous les jours l'empathie c'est avoir de l'attention envers l'autre	1	1	1		
245	parce qu'elle avait une masse au sein et					1
246	mais c'était beaucoup plus de l' angoisse , la masse au sein elle					1
247	Donc je ne peux pas dire que j'ai pris en compte totalement ses émotions.		1 INV	1		
248	C'est difficile comme question .					1
249	Parce qu'en tant qu'externe on voit les patients .					1
250	Etc mais on a pas cette responsabilité comme en tant qu'interne on voit les patients					1
251	parce que c'était pas ma patiente à ce moment-là,					1
252	et de l'informer tout en sachant que ce ne sera pas forcément possible mais la protection ,					1
253	et cerner un peu mieux sa personnalité pour adapter l'interrogatoire pendant l'externat			1		
254	en allant en stage chez le praticien					1
255	qu'un changement car c'est plus comme					1
256	que les traitements ne sont pas suivis s'ils ne sont expliqués pas.				1 INV	
257	Alors la dernière consultation c'était une patiente d'une soixantaine d'années,					1
258	donc oui je pense que je l'ai pris en compte.			1		
259	et au niveau de ses besoins à la maison car elle ne pouvait peut-être pas continuer toute seule s'il y avait besoin de trouver des aides à la maison			1		1

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Zenasni F, Boujut E, Woerner A , Sultan S. Empathy and burnout in primary care: three
- 2 Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques [Thèse de doctorat en médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
- 3 Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM. Exploring Empathy : A conceptual fit for nursing practice ? *Image J NursSch.* 1992;24:273-80.
- 4 Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1969;33(3):307-16.
- 5 Frans de Waal. L'âge de l'Empathie : Leçons de nature pour une société solidaire. 1^{ère} édition. Paris : Les liens qui libèrent; 2010.
- 6 Rogers C, Botteman A. Psychothérapie et relations humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne. Paris: Edition esf; 2009
- 7 Jorland G, Berthoz A. L'empathie. 1^{ère} édition. Paris: Odile Jacob; 2004.
- 8 Lopes Semedo M. Vers une éthique de l'empathie [Thèse de doctorat en philosophie]. Paris : Université Paris-Sorbonne; 2012.
- 9 Hojat M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry.* 2002 sept;159(9):1563-9.
- 10 Brunel ML, Martiny C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. *Carrierologie.* 2004;9(3) :473-500.
- 11 Halpern J. What is Clinical Empathy. *J Gen Intern Med.* 2003;18:670-674.
- 12 IDEA. (Page consultée le 10/10/2013). World Empathy: Resources for a global culture of empathy, [en ligne]. <http://www.world-of-empathy.org>.
- 13 Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1er éd. New York Inc.: Springer-Verlag; 2006.
- 14 Vannotti M. Le métier de médecin : entre utopie et désenchantement. Genève: Médecine & hygiène; 2006.

-
- 15 Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50(2):314-321.
- 16 Consoli SM. Relation médecin-malade. In Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin malade. EMC référence. Paris : Elsevier ; 2004
- 17 Ricard M. (page consultée le 08/10/2013). L'empathie et la pratique intensive de la compassion, [en ligne]. <http://www.matthieuricard.org/blog/posts/l-empathie-et-la-pratique-intensive-de-la-compassion>.
- 18 Velluet L. Le champ de la subjectivité. In : Conférence Permanente de la Médecine Générale. Pédagogie de la relation thérapeutique. Paris : Editoo.com ; 2002.
- 19 Schantz M. Compassion: A Concept Analysis. *Nursing forum*. 2007;42(2):48-55.
- 20 Tisseron S. L'empathie au cœur du jeu social. Paris : Albin Michel ; 2010.
- 21 Stiefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse* 2008;4:424-427
- 22 Tisseron S. (page consultée le 22/10/2013) Empathie : le danger des mystifications, [en ligne]. <http://www.cuberevue.com/empathie-le-danger-des-mystifications/23>
- 23 Favre D, Joly J, Reynaud C, Salvador LL. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions : validation d'un test pour repérer et aider des élèves à risque. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2005;59(3):211-227.
- 24 Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV Edition*. WashingtonDC : American Psychiatric Press; 1994
- 25 Ripoll LH, Snyder R, Steele H, Siever LJ. The neurobiology of empathy in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(3):344
- 26 Rizzolatti G. *Les neurones miroirs*. 1^{ère} édition. Paris : Odile Jacob; 2008.
- 27 Dziobek I, Preissler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2011 Jul 15;57(2):539-48
- 28 Krämer UM, Mohammadi B, Doñamayo N, Samii A, Münte TF. Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition : an fMRI-study. *BrainRes*. 2010 Jan 22;1311:110-20
- 29 Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002;29(2):213

-
- 30 Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med*. 2013 Aug;88(8):1171-7
- 31 Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figeon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires. *La Presse Médicale*. 2006 juin;6(1):967-973.
- 32 Decety J. L’empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d’autrui? In Berthoz A, Jorland G. *L’empathie*. 1^{ère} édition. Paris: Odile Jacob; 2004.
- 33 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):996-1009.
- 34 Stone M. What patients want from their doctors. *BMJ*. 2003 June 14; 326(7402): 1294
- 35 Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. 1^{ère} édition. Paris: Editions Payot & Rivages; 1996.
- 36 Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz/Nathan; 1994.
- 37 Le Boterf G. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les éditions d’organisation ; 1994:35.
- 38 Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée en 11/11/2013). *La marguerite des compétences du médecin généraliste*, [en ligne].
http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/7_La_marguerite_des_compences.pdf
- 39 Ministère de la Santé et des sports. (Page consultée le 04/11/2013). *Hôpital, patients, santé, territoires*, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf
- 40 Cornuz J, Perrier A, Waeber G. La charte du professionnalisme : un rappel salutaire de nos valeurs. *Rev Med Suisse*. 2006 ;50 :259-60
- 41 Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu’est-ce qu’un bon médecin ? *Pédagogie Médicale* . 2010 mars; 11(3): 151–165
- 42 Louvet M. *Santé publique Module 1*. Paris : Elipse ; DATE : 15
- 43 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
- 44 Pellerin D. *Médecine du XXIe siècle : consumérisme ou humanisme ?* *Bull. Acad. Sciences et Lettres Montpellier*. 2000;31:180-190

45 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J.O. n° 54 du 5 mars 2002

46 Avis n°87 du Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé : Refus de traitement et autonomie de la personne. 2005 avril 14.

47 Rogers C. L’approche centrée sur la personne. Paris : Ambre ; 2013.

48 De Peretti A. Pensée et vérité de Carl Rogers. Paris : Privat; 1974

49 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

50 Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796–804

51 Ohm F, Vogel D, Sehner S, Wijnen-Meijer M, Harendza S. Details acquired from medical history and patients’ experience of empathy – two sides of the same coin. *BMC Med Educ*. 2013 May 9, 13:67

52 Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;27:237–51.

53 Miller SH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med*. 1997;102(2A):43–49

54 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*. 1989;27(3 Suppl):110-127.

55 Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians’ empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86:359–64.

56 Levinson W., Roter D.L., Mullooly J.P., Dull V.T., Frankel R.M. Physician–Patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons. *Journal of the American Medical Association*. 1997;277(7):553–59.

57 Fine VK, Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ*. 1977;52:752-757.

58 Diseker RA, Michielutte R. An Analysis of Empathy in Medical Students Before and Following Clinical Experience. *J Med Educ*. 1981; 56(12):1004-1010

-
- 59 HAS. (Page consultée le 11/11/2013). Epreuves classantes nationales, [en ligne].
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_648077/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-module-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-de-la-question-1-a-14
- 60 Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale: aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer*. 2005;73:63–9.
- 61 Elder A, McManus IC, McAlpine L, Dacre J. What skills are tested in the new PACES examination? *Ann Acad Med Singapore*. 2011;13:119–125.
- 62 Université de Montréal. (Page consultée le 11/11/2013). Cahier du programme de résidence en médecine de famille, [en ligne].
http://www.medfam.umontreal.ca/etudes/residence_medecine_familiale/documents/cahier_du_programme_juillet_2013.pdf
- 63 Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The Next GME Accreditation System : Rationale and Benefits. *The N Engl J Med*. 2012 Mar 15; 366(11):1051-6
- 64 Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med*. Aug 2011; 86: 996-1009.
- 65 Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school *Medical Education*. 2004 Sept;38(9):934–941
- 66 Dow AW, Leong D, Anderson A, Wenzel RP. Using Theater to Teach Clinical Empathy: A Pilot Study . *J Gen Intern Med*. 2007 August; 22(8): 1114–1118
- 67 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. *Acad Med*. 2003 oct;78(10):953-7.
- 68 Wear D, Varley JD. Rituals of verification: The role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Education and Counseling*. 2008 may;71(2):153-6.
- 69 Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns*. 2002 déc;48(3):207-16

-
- 70 Airagnes G, Consoli S, De Morlhonc O, Galliot AM, Lemogne C, Jaury P. A Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76:426–429
- 71 Benbassat J, Bauml R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Acad Med*. 2004;79(9):832–839
- 72 Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J, Periyakoil VS, Thomas Jde L. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013 Jun;11(2):75-81
- 73 Landau RL. And The Least Of These Is Empathy. In Spiro H, Peschel E, Mccrea MG, Deborah SJ. *Empathy and the Practice of Medicine : Beyond Pills and the Scapels*. Reprint edition. New Haven Conn : Yale University Press; 1996.
- 74 Haque OS, Waytz A. Why Doctors Should Be More Empathetic But Not Too Much More. *Scientific American*. 2011
- 75 Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522–527
- 76 Akitsuki Y, Decety J. Social context and perceived agency affects empathy for pain: an event-related fMRI investigation. *Neuroimage*. 2009 Aug 15;47(2):722-34
- 77 Decety J, Echols S, Correll J. The blame game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *J CognNeurosci*. 2010 May;22(5):985-97
- 78 Kaseweter KA, Drwecki BB, PrkachinKMPain Res Manag. Racial differences in pain treatment and empathy in a Canadian sample. 2012 Nov-Dec;17(6):381-4
- 79 Blanchet A, Gotman A. *Sociologie 128, numéro 19 : L'Enquête et ses methodes ; Paris : Armand Colin ; 2007.*
- 80 Hardy-Duberne AC. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Revue Française des Affaires sociales*. 2005 ;1 :35-58.
- 81 Griffin A, Hauser JR. The voice of the consumer. *Marketing Science*. 1993;12(1):1-27.
- 82 Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006 Feb;18(1):59-82,

-
- 83 Houppe JP. (Page consultée le 18/11/2013). Education thérapeutique : l'écoute empathique, parlons-en..., [en ligne]. http://www.consensus-online.fr/IMG/article_PDF/article_a1057.pdf
- 84 Riess H. Empathy in médecine : A neurobiological perspective. JAMA. 2010 oct 13 ; 304(14) :1604-5
- 85 Buffel C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. [Thèse Doctorat en Médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012
- 86 Halpern J. What is clinical empathy ? J Gen Intern Méd. 2003 Aug ;18(8):670-674
- 87 Glick SM. The empathic physician : nature and nurture. In Spiro H, Peschel E, Mccrea MG, Deborah SJ. Empathy and the Practice of Medicine : Beyond Pills and the Scapels. Reprint edition. New Haven Conn : Yale University Press; 1993.
- 88 Rey-Wicky H, Vannoti M. (1994) L'empathie dans la relation de soins. Médecine psychosomatique. 1994 ;23(3):7-12.
- 89 Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin/malade et médecine générale. Elsevier Masson. EMC Consult ; 2003
- 90 Irving GJ, Holden J. 15 minute consultations as standard benefit patients and GPs. BMJ. 2012 june 1;344:e3704
- 91 Lin HC, 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
- 92 Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonella JS. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. Acad Med. 2009 sept;84(9):1182-1191
- 93 Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among under graduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. BMC Med Educ. 2011 Oct 25;11:90.
- 94 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
- 95 Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1er éd. New York : Springer-Verlag; 2006

-
- 96 Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med.* 2012 Oct;27(10):1280-6
- 97 Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. In Cambier J Adolphe M, de Monts O. Académie nationale de médecine. 2006
Déc ;190(9) :1999-2011.
- 98 Cossart P, Delmas-Marty M, Deschamps C, Dien MJ, AmeisenJC, Beloucif S, Bloch-Laine JF, Le Coz P, Michaud J, Stasi M. (Page consultée le 16/12/2013). Avis n°87 du Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé : Refus de traitement et autonomie de la personne du 14 avril 2005, [en ligne]. <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>
- 99 Fivaz-Depeursinge E. IVAZ-DEPEURSINGE E. Corps et intersubjectivité. *Psychothérapies.* 2001 ;21 (2), 63-69
- 100 Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L’apprentissage de la communication par les médecins : une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale.* 2004 ;5 :110-126
- 101 Mantz JM, Bastian B. Une expérience de deux ans d’enseignement de l’éthique médicale en stage clinique hospitalier. *Bull. Acad. Natle Méd.*1991 ; 175(8):1229- 1236.
- 102 Gromb S. L’évolution du droit à l’information du patient. *Presse Med.* 2003 ;12:535-7
- 103 Freud S. Le début d’un traitement. In *La technique psychanalytique.* Paris : PUF ; 1972
- 104 Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Med Educ.* 2012 Mar;46(3):306-16

RESUME : La représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale

Objectifs : La définition de l'empathie ne fait pas consensus parmi les auteurs. Cette notion est étudiée lors du deuxième cycle des études médicales. Ce travail permet de faire un état des lieux quant à la représentation de l'empathie chez les internes en médecine générale.

Méthode : 24 internes en médecine générale de Paris ont été interviewés. Les entretiens ont ensuite été analysés avec l'aide d'un logiciel d'analyse sémantique, TROPES, permettant un regard théorique et un regard empirique.

Résultats : Les quatre dimensions de l'empathie définies par Morse sont bien mentionnées dans les interviews du groupe avec une prédominance pour la dimension cognitive (63%). Cependant de façon individuelle, seuls 5 internes (21%) les évoquent toutes les 4 pour définir l'empathie. Les internes en médecine générale définissent l'empathie clinique autour de 6 thèmes : motivation empathique, travail sur soi, écoute, compréhension, partage des informations et distance émotionnelle.

SUMMARY : Empathy representation by the GP residents

Objectives: There is no unanimity in defining empathy in medical literature. This concept is taught during the second cycle of the medical studies. This work makes an assessment about the mental representation the GP residents have about empathy.

Methods: 24 GP residents have been interviewed in Paris. These interviews have been semantically analysed with the software TROPES which allows to have both a theory-driven and a data-driven views.

Results: The 4 dimensions of empathy, as defined by Morse have been found in the group, the cognitive empathy being in the first place (63%). Individually, only 5 residents (21%) mentioned the 4 dimensions together in their definition. Globally GP residents use 6 notions to define clinical empathy: motivation to being empathic, work on themselves, listening, comprehension, information sharing and emotional distance.

Mots Clés:

Représentation

Empathie

Internes

Contact : Claire.eydaleine@gmail.com

Université Paris V René Descartes

Faculté de Médecine Paris 5 – 15, rue de l'École de Médecine 75006 Paris