



HAL
open science

Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale

Audrey Joubert

► **To cite this version:**

Audrey Joubert. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01132135

HAL Id: dumas-01132135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01132135>

Submitted on 16 Mar 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 PARIS DESCARTES

Année 2014

N°177

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes
en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2014

Par

Joubert, Audrey

Née le 25 mars 1986 à Chambray-lès-Tours

Dirigée par Mme le Docteur Buffel du Vaure, Céline

Jury :

M. Le Professeur Jaury, Philippe Président

M. Le Professeur Consoli, Silla

Mme Le Docteur VINCENS, Marie-Eve



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

«Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours» Louis Pasteur

«Savoir écouter, c'est posséder, outre le sien, le cerveau des autres» Léonard de Vinci

«L'empathie c'est tendre la main à celui qui est dans le trou ; ce n'est pas sauter dedans pour l'aider à remonter» Agnès Ledig.

Remerciements

Je remercie tous les membres du jury :

Merci à ma directrice de thèse, le Dr Céline Buffel du Vaure pour ses précieux conseils, son soutien, sa patience et sa disponibilité.

Merci au Professeur Philippe Jaury d'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté d'être mon président de jury.

Merci au Professeur Silla consoli et au Dr Marie-Eve Vincens d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

Merci à tous les quatre pour votre implication dans la recherche et l'enseignement en médecine générale.

Je remercie toute l'équipe d'intern'life pour la mise en place de cette étude et le temps consacré aux multiples réunions et relectures de mes données : le Dr Annie Catu-Pinault, Boujut Emilie , Botella Marion et en particulier à Franck Zenasni pour son aide.

Merci aux médecins que j'ai rencontrés pendant mes études et qui m'ont transmis leur amour de la médecine et des relations humaines. Merci de m'avoir transmis une part de votre savoir.

Merci à tous les internes qui ont accepté de prendre le temps de répondre à mes questions et sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour.

A mes parents, pour leur soutien indéfectible, leur amour, leur joie de vivre et pour m'avoir permis de faire ce métier qui me passionne. Merci de m'avoir montré l'exemple et toujours bien conseillée. Que serais-je sans vous ...

A mes grands-parents (Fernand, Jacqueline, Lucien et Madeleine) d'être ou d'avoir été toujours à mes côtés.

A ma famille de sang et de cœur pour leur soutien depuis mon enfance.

A ma belle famille pour votre accueil chaleureux dans votre famille.

Merci à tous mes amis qui m'ont soutenue pendant ces longues années de travail de thèse et pendant mes études en médecine : à ceux de Tours, de Paris, de Poissy et d'ailleurs.

Et en particulier à celles qui ont réussi à trouver un moment dans leur emploi du temps pour participer à cette étude (Chloé, Laetitia, Ségolène).

A Jérôme, pour ta patience, tes encouragements, tes conseils, pour avoir accepté mon manque de disponibilité. Merci de m'avoir choisie, de me rendre heureuse chaque jour à tes côtés ! On a et on va vivre tant de belles choses ensemble !

A mes parents,

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.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés 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 et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Liste des abréviations

ACGME : The Accreditation Council for Graduate Medical Education

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

ECN : Examen Classant National (anciennement internat)

HAS : Haute autorité de santé

i.e : id est : c'est à dire

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

TEQ : L'échelle d'empathie de Toronto qui évalue l'empathie affective.

Table des matières

I. INTRODUCTION	11
II. CONCEPT DE L'EMPATHIE	13
1. EMERGENCE DE L'EMPATHIE DANS L'EVOLUTION	13
2. DEFINITION DE L'EMPATHIE	14
A. <i>Empathie en général</i>	14
B. <i>Travaux actuels</i>	15
a. Description chronologique	15
b. Points communs	18
c. Dimensions de l'empathie	18
3. L'EMPATHIE CLINIQUE	19
4. UNE DEFINITION PAR LA NEGATION	22
III. PLACE DE L'EMPATHIE EN MEDECINE	24
1. ROLE DU MEDECIN DANS NOTRE SOCIETE	24
2. COMPETENCES NECESSAIRES AUX MEDECINS	27
A. <i>Etats- Unis</i>	27
B. <i>France</i>	28
C. <i>Au niveau Mondial</i>	31
D. <i>Professionnalisme médical</i>	33
3. RELATION MEDECIN/MALADE	34
IV. DETERMINANTS DE L'EMPATHIE CLINIQUE DES MEDECINS ET MEDECINS GENERALISTES	38
1. LES DETERMINANTS DE L'EMPATHIE DES MEDECINS	38
A. <i>Le Burn-out</i>	38
B. <i>L'âge</i>	39
C. <i>Le sexe</i>	39
D. <i>La spécialité</i>	39
E. <i>Bien-être du médecin</i>	40
F. <i>Situation familiale</i>	40
G. <i>Psychothérapie du médecin</i>	40
H. <i>Formations du médecin</i>	40
I. <i>Durée consultation</i>	41
J. <i>Niveau socioprofessionnel dont est issu le médecin</i>	41
K. <i>Statut marital</i>	41
L. <i>Cas particulier des jeunes médecins</i>	41
M. <i>Autres professions de soins</i>	42
N. <i>L'empathie chez les externes</i>	42
2. L'EMPATHIE CHEZ LES INTERNES	43
3. MODELE DE LARSON ET YAO	43
V. ENSEIGNEMENT DE L'EMPATHIE AU COURS DE L'INTERNAT	47
1. SON ENSEIGNEMENT EN FRANCE	47
A. <i>Les textes officiels et les référentiels</i>	47
B. <i>Modalités diverses d'enseignement</i>	49
2. SON ENSEIGNEMENT A L'ETRANGER, L'EXEMPLE DES ETATS UNIS	50
VI. PROBLEMATIQUE	52
VII. METHODE	54
VIII. RESULTATS	58
1. POPULATION	58

2. ENTRETIENS -----	59
A. Réponses aux questions fermées -----	59
B. Analyse Qualitative-----	61
a. Identification et catégorisation des mots clés -----	61
b. Déterminants de l'empathie -----	62
b.1. Antécédents-----	62
b.1.1 Personnalité de l'interne-----	62
b.1.2 personnalité du patient -----	66
b.1.3 Caractéristiques de la situation clinique-----	69
b.2.Processus -----	74
c. Développement de l'empathie pendant le cursus-----	75
IX. DISCUSSION-----	80
1. RESULTATS PRINCIPAUX-----	80
2. LIMITES -----	81
A. Biais concernant la recherche de mots clés et les thèmes abordés avec les internes-----	82
B. Biais concernant le recrutement des internes-----	82
C. Difficulté d'obtention de données objectives-----	83
D. La saturation des données-----	83
E. Phénomène de désirabilité sociale-----	84
3. DISCUSSION DES RESULTATS-----	85
A. Antécédents -----	85
a. Personnalité de l'interne et du patient-----	85
b. Types de pathologie -----	87
c. Conditions d'exercice propices à l'empathie -----	89
d. Développement de l'empathie pendant le cursus -----	90
e. Le burn out/ la charge de travail-----	91
f. La notion d'optimisme-----	92
g. Le bien être de l'interne-----	93
B. Processus -----	94
a. Phénomène d'identification -----	94
b. Notion de Volition-----	95
C. Enrichissement du Modèle de Larson et Yao -----	96
D. Une définition de l'empathie atypique chez les internes-----	98
E. Des améliorations à apporter concernant les déterminants variables -----	99
X. CONCLUSION-----	101
XI. BIBLIOGRAPHIE -----	104
XII. ANNEXES-----	115

Table des illustrations

FIGURE 1 : LA MARGUERITE DES COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE (CNGE)	29
FIGURE 2 : MODELE DE LARSON ET YAO (2005)	43
TABLEAU 1 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	58
TABLEAU 2 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE : REPNSES AUX QUESTIONS FERMEES :	60
TABLEAU 3 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE : TRAIT A TENDANCE STABLES DE LA PERSONNALITE DE L'INTERNE.	63
TABLEAU 4 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE : ETATS VARIABLES DE LA PERSONNALITE DE L'INTERNE	65
TABLEAU 5 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE: PERSONNALITE DU PATIENT	68
TABLEAU 6 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE : CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION CLINIQUE. CONDITIONS CLINIQUES	69
TABLEAU 7 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE: CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION CLINIQUE. CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES/ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL.	71
TABLEAU 8 : DETERMINANTS DE L'EMPATHIE : PROCESSUS	75
FIGURE 3 : CHANGEMENT EMPATHIE AU FUR ET A MESURE DES ETUDES EN MEDECINE	75
FIGURE 4 : EMPATHIE INNEE OU FIGEE	78
FIGURE 5 : MEILLEUR MOMENT POUR SE FORMER A L'EMPATHIE	79
FIGURE 6 : AMELIORATION DU MODELE DE LARSON ET YAO SUITE A NOTRE ETUDE	97

I. Introduction

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

Le terme «vocation» concerne en général une « mission particulière », « un engagement ». Il s'agit d'un terme « corrélatif au champ de l'écoute », « c'est s'engager dans sa carrière, comprendre l'esprit de service de sa profession et savoir résister au découragement que peuvent produire des expériences difficiles; c'est donc être au plein sens du terme en développement professionnel » (1). Dans le cas du métier de médecin, «vocation» sous-entend que le patient attend de son médecin : une grande attention, une attitude d'écoute (2), de la disponibilité, de l'intérêt porté à autrui et la volonté de se mettre à son service, d'améliorer sa vie, son quotidien.

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

L'empathie joue un rôle essentiel dans les relations humaines et constitue le cœur de la relation liée aux soins (3).

Elle permet de créer une relation médecin-patient de confiance qui améliore l'efficacité thérapeutique (3) : le patient se confie plus facilement concernant ses symptômes physiques, ses souffrances morales, ses désirs et ses craintes, participant ainsi plus à la décision thérapeutique.

Elle permet d'éviter la relation paternaliste en faisant du patient un acteur de sa prise en charge.

C'est dans ce contexte que ce travail de recherche a été initié par les Départements de Médecine Générale et de l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes. Il s'inscrit dans un projet plus large comportant deux parties qualitatives étudiant l'empathie et le burn-out, et l'autre étudiant le stress et les stratégies de coping, suivies d'une partie quantitative «Intern'life» suivant des internes sur 6 semestres d'internat ayant pour thématique «stress de l'internat en médecine générale, stratégies d'ajustement, burn-out, symptomatologie anxio-dépressive, addiction, conduites alimentaires et évolution de l'empathie».

Dans une première partie nous effectuerons une mise au point des connaissances actuelles sur l'empathie en parlant des définitions de l'empathie, de l'importance de l'empathie, des déterminants retrouvés chez les médecins généralistes puis de l'enseignement de l'empathie.

Dans un second temps nous décrirons l'étude, sa méthodologie et ses résultats, que nous discuterons ensuite.

II. Concept de l'empathie

L'empathie est un terme difficile à définir, aux définitions variables selon le contexte.

1. Emergence de l'empathie dans l'évolution

On peut se demander pourquoi l'empathie a été sélectionnée à travers l'évolution : pourquoi les espèces les plus empathiques ont survécu ?

L'empathie a un rôle essentiel concernant les interactions sociales.

Elle a successivement été décrite comme moyen de développement de la relation mère enfant par Darwin en 1872 (4), et permettant l'altruisme avec réciprocité par Alexander en 1974 (5).

Plutchik (6), dans un de ses travaux sur les origines de l'empathie, a mis en évidence ses fonctions de communication et de survie. Il retrouve chez les primates, des signaux spéciaux qui stimulent des réactions appropriées (dont les comportements mimétiques) en face du danger ce qui met en exergue la notion d'identification qu'ils partagent avec l'être humain.

L'empathie serait impliquée dans les comportements prosociaux qui sont des comportements volontaires au bénéfice d'autrui (7) et elle faciliterait ainsi la communication et la création d'une cohérence sociale (8).

Eisenberg et Morris en mentionnent certains comme l'entraide, la coopération, l'altruisme, la moralité, la justice (9). Ceci est confirmé quand on voit que les individus manquant d'empathie semblent plus agressifs et antisociaux que le reste de la population (10).

Chartrand et Bargh parlent en 1999 (11) de «l'effet caméléon»: la tendance à adopter les gestes, les postures et les manières des autres, qui favoriserait l'attachement et l'affection (12).

L'empathie permettrait donc aux espèces empathiques leur sauvegarde génétique grâce à des comportements prosociaux d'entraide et d'évaluation des dangers de l'environnement.

2. Définition de l'empathie

A. Empathie en général

Le premier à définir l'empathie est le philosophe allemand Robert Vischer (1847-1933) avec le terme « Einfühlung » qui se traduit littéralement par «ressenti de l'intérieur» (13)

Selon lui, l'empathie est le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

Puis c'est Lipps, en 1912 qui la définit comme le mécanisme par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur. (14) Le mécanisme général est le suivant : la perception d'un événement ou état mental active en même temps le processus de génération ou production de cet état. On parle de résonance émotionnelle.

Cette notion d'empathie a été approfondie par des études dans différents domaines comme par exemple les neurosciences, l'éthologie ou la psychologie.

B. Travaux actuels

Depuis le début des années 80, le concept d'empathie s'est étoffé suite à de nombreux travaux dans lesquels des chercheurs ont donné leurs propres définitions.

Celles-ci vont nous permettre de mieux saisir les aspects fondamentaux de la notion d'empathie au travers de ses différentes formes.

Il a été choisi de les présenter chronologiquement.

a. Description chronologique

Hoffman écrit en 1982 qu'il s'agit d'une «Réponse émotionnelle orientée vers autrui et congruente avec sa propre perception du bien-être d'autrui». (15)

Et pour Batson c'est, en 1991, une «Forme complexe d'inférence psychologique dans laquelle l'observation, la mémoire, les connaissances et le raisonnement sont combinés pour aboutir à un aperçu des pensées et des sentiments des autres» (16)

Goldman parle en 1993 de «réponse affective plus adaptée à la situation que vit une autre personne que sa propre situation» (17)

Selon Vetlesen, en 1994, c'est une «habileté de base à comprendre l'expérience d'un autre individu» (18)

Eisenberg parle en 2000 d'une «réponse affective qui provient de l'appréhension ou de la compréhension de l'état émotionnel, ou non, d'autrui, et qui est similaire à ce que la personne ressent ou à ce que l'on s'attend à ce qu'elle ressente dans une situation donnée» (19)

Selon Preston et de Waal (2002) l'empathie est définie comme : «tout processus où la perception attentive de l'état de l'Autre génère chez le sujet un état qui s'applique plus à celui de l'autre, qu'à l'état du sujet ou à la situation dans laquelle il se trouve». (20)

Hojat a beaucoup étudié l'empathie dans le domaine médical et a écrit en 2002 : «L'empathie clinique est une disposition cognitive

- impliquant la compréhension des expériences intérieures et les perspectives des patients,
- combinée avec la capacité de communiquer cette compréhension pour les patients (21)»

Pour Baron-Cohen (2004) :

« L'empathie est la capacité

- à identifier les émotions et les pensées des autres personnes
- et de leur répondre avec des émotions appropriées » (22)

Selon Thompson (2004) «l'empathie est à la fois une capacité, un acte et un processus, tous les trois intentionnels». (23)

En 2005, Blair distingue différentes formes d'empathies :

- empathie cognitive : représentation des états internes des autres.

Elle peut être définie comme le fait de reconnaître les émotions et états mentaux des autres; notion de prise de perspective, se mettre à la place, distinction soi-autrui. Pour Hogan, le concept d'empathie se définit par « *the intellectual or imaginative apprehension of another's condition or state of mind [...] an empathic disposition can be regarded as the capacity to adopt a broad moral perspective, that is, to take "the moral point of view"* ». (24)

- empathie affective : réponse aux émotions des autres

L'empathie affective peut être définie comme la réaction émotionnelle en réponse aux émotions de l'autre, ressenti des émotions, résonance, contagion émotionnelle. Pour Merhabian et Epstein, « *empathy was defined as a vicarious emotional response to the perceived emotional experiences* ». Il n'y a pas ici de phénomène de compréhension et il s'agit peut être plus d'un mécanisme intuitif. (25)

- empathie motrice: refléter les actions motrices des autres

Selon Eisenberg il s'agit de «la capacité de se mettre dans la peau, dans l'esprit, d'une autre personne pour comprendre ses émotions» [une sorte de simulation ou d'imitation innée] (26)

Selon Hein and singer (2008) c'est un état affectif généré par le partage d'émotions ou d'états sensoriels d'une autre personne. (27)

b. Points communs

Ces nombreuses définitions se rejoignent sur deux points :

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

En parallèle de ces multiples définitions, on trouve des chercheurs qui développent les notions d'empathie cognitive et d'empathie affective.

c. Dimensions de l'empathie

Dans les années 40, naît la théorie de l'esprit qui consiste à attribuer des états mentaux aux autres, à imaginer qu'ils pensent quelque chose. On commence alors à parler de deux empathies : l'empathie cognitive (très similaire à la théorie de l'esprit) et l'empathie affective (Il n'y a pas ici de phénomène de compréhension et il s'agit peut-être plus d'un mécanisme intuitif). Birgit Völlm, de l'Université de Manchester (28) (Royaume-Uni), considère que «l'empathie cognitive est très similaire à la théorie de l'esprit ; l'empathie affective serait liée aux émotions que l'autre ressent»

Bien que les premières notions d'empathie apparaissent au début du 20^{ème} siècle, il faut attendre les travaux de Carl Rogers et Heinz Kohut pour entendre parler d'empathie clinique et en faire un champ d'étude en

psychologie à part entière.

3. L'empathie clinique

Les deux psychologues cliniques Carl Rogers et Heinz Kohut sont considérés comme les pionniers de l'étude du phénomène empathique. Leurs études ont été réalisées après la seconde guerre mondiale.

Carl Rogers a été le premier psychothérapeute à mettre en lumière le rôle essentiel de la relation dans l'efficacité thérapeutique. Dans des publications parues entre 1940 et 1950, il décrit ce qu'étaient, selon lui, les trois conditions critiques permettant aux thérapeutes de promouvoir l'auto-actualisation de leurs patients (l'auto-actualisation est une réalisation de soi, un maintien d'une bonne image de soi) :

- «être en congruence». (le thérapeute ne doit pas afficher une image professionnelle mais bel et bien rester lui-même, avec ses émotions et son vécu).
- «faire preuve d'une estime positive et sans condition» (le thérapeute ne doit pas juger les émotions du patient, mais les recevoir telles qu'elles sont exprimées).
- «avoir une attitude de compréhension empathique» (le thérapeute comprend les émotions du patient, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, et communique cette compréhension. Il s'agit d'une écoute active).

Cette méthode de psychothérapie et de relation d'aide créée par Carl Rogers est nommée «approche centrée sur la personne».

Il définit ainsi l'empathie : « ...être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent... C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui... » (29)

L'empathie serait donc une compétence interpersonnelle nécessitant un ensemble d'aptitudes intrapersonnelles. Certaines de ces compétences vont permettre d'être en empathie, d'autres de savoir l'exprimer avec justesse et de manière opportune. Il y a donc deux temps nécessaires et indissociables. (30)

Le psychanalyste autrichien-américain Heinz Kohut a beaucoup travaillé sur la psychologie du soi. En 1984 il définit ainsi l'empathie: « [it] is the capacity to think and feel oneself into the inner life of another person » (capacité de penser et ressentir la vie intérieure d'une autre personne) (31)

L'empathie a été définie par Balint en 1996 ainsi :

«La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. A mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui, chez son patient, est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même». (32)

Plus tardivement, Jean Decety met en exergue l'importance de l'empathie dans la relation thérapeutique.

Il suggère que l'empathie repose sur deux composants majeurs qui interagissent pour créer l'empathie : une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont «comme nous» : *«un composant de résonance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel»* et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui: *«la prise de perspective subjective de l'autre qui est plus contrôlée et intentionnelle»* (33).

Decety et Lamm déclarent en 2006 (34) que l'empathie comprend 3 processus principaux:

- 1) le partage des représentations émotionnelles
- 2) l'adoption du point de vue d'autrui
- 3) la conscience de soi (pas de confusion entre soi et l'autre)

Ils ajoutent que l'empathie est la capacité à ressentir et à comprendre ce que ressent autrui sans confusion avec soi même.

Malgré de multiples définitions, les plus communément utilisées et enseignées en médecine sont celles de Carl Rogers et celles de Decety et Lamm (2006).

Elles se rejoignent avec celle d'Hojat sur le fait que l'empathie clinique est plus décrite comme cognitive qu'affective. En effet dans l'empathie clinique une grande importance est donnée à la conscience de soi, c'est à dire la conscience qu'on n'est pas le patient et à une intellectualisation du

phénomène. Le ressenti et la contagion émotionnelle sont rarement existants.

De plus, pour Hojat, la dimension cognitive semble plus facile à travailler dans un programme de formation que la dimension affective.

4. Une définition par la négation

L'empathie peut aussi être définie par opposition, en définissant ce qu'elle n'est pas (définitions très utilisées auprès des étudiants en médecine):

- De la **sympathie**, qui a une composante plus affective et émotionnelle que cognitive comme retrouvé dans la définition de Hojat: *«This definition distinguishes not only the concept of empathy (as a cognitive attribute) from sympathy (as an emotional or affective attribute)»*. (35)

- De la **compassion** : Pour L. Velluet: *«Compassion et empathie sont deux termes très souvent associés dans les écrits ou les discours alors qu'ils désignent des états psychiques très différents. [...] Souffrir avec quelqu'un n'a jamais soulagé personne. Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre»* (36). Il poursuivra par ailleurs par : *«les deux états peuvent se succéder dans le temps, ceci dans n'importe quel ordre, et qu'ils sont parfois très intriqués.»*

Le Pr Consoli (37), distingue l'empathie de la sympathie (être avec dans l'émotion) et de l'identification ou de la compassion (souffrir avec). Il faut une juste distance entre médecin et malade: *«se sentir suffisamment proche, mais pas trop, du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui*

faire sentir qu'on le comprend, tout en restant «chacun à sa place».

- De la **contagion émotionnelle**: «Although *clinical empathy does not promote emotional contagion, there are emotional aspects to the clinical empathy experience*» (Bien que l'empathie clinique ne provoque pas la contagion émotionnelle, il y a des aspects émotionnels dans l'empathie clinique.)(38)

III. Place de l'empathie en médecine

Afin de déterminer la place de l'empathie en médecine il est important de définir tout d'abord le métier de médecin et ses différentes fonctions. Ceci au travers de multiples études nous allons aborder les différentes thèses qui existent sur le rôle du médecin et les compétences qui y sont associées. Il conviendra ensuite de parler de la relation médecin patient qui est un des fondements de l'empathie.

1. Rôle du médecin dans notre société

Quel est le rôle du médecin dans notre société ? Sociologues, médecins, chercheurs, patients entre autre ont réfléchi à cette question.

Le sociologue américain Talcott Parson parle d'un médecin technicien (39) « En tant que rôle professionnel, la médecine a institutionnalisé un contenu technique, qui l'emporte de loin sur tous les autres éléments qui déterminent le statut du médecin. Il s'ensuit que ce rôle doit être mené à terme et que les critères par lesquels nous décidons si il a été mené correctement, concernent avant tout la compétence technique du médecin». Il présente un modèle consensuel où la santé permet le bon fonctionnement de la société et la maladie la déviance par rapport à l'ordre social établi. La profession médicale est alors « dévouée à la collectivité par son rôle de contrôle social » avec un médecin actif et un patient passif.

Un autre point de vue intéressant pour notre étude est celui des internes, médecins en devenir :

Selon un travail de thèse sur l'influence du stage ambulatoire de niveau 1 (40) sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine

générale, lorsque les internes décrivent «le médecin qu'ils voudraient être», on retrouve en majorité :

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

Ce questionnement sur le rôle du médecin dans la société est aussi abordé dans la communauté médicale qui prend comme point de départ le serment d'Hippocrate.

Dans une charte publiée simultanément dans deux revues de référence – le Lancet (41 et 42) et Annals of Internal Medicine, un groupe de médecins européens et nord-américains actualisent le serment d'Hippocrate. Ils définissent ainsi ce qui «semble être le nouveau cadre éthique dans lequel les médecins doivent s'engager pour une médecine de plus grande qualité » (43). Le professionnalisme qui a pour principaux attributs : le respect, la compétence et l'empathie est ainsi placé au centre du contrat social entre le médecin et la population. La charte repose sur trois principes fondamentaux : la primauté du bien-être des patients, le respect de leur autonomie et un engagement en faveur d'une justice sociale.

Vannotti (44) relate deux conceptions opposées dans la définition du rôle du médecin :

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

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

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

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

La loi HSPT (Hôpital, patients, santé, territoire) de 2009 (45) 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.

Au rôle de médecin s'associent des compétences qu'il est nécessaire d'acquérir pour mener à bien la fonction et ses exigences.

2. Compétences nécessaires aux médecins

Une compétence est un « savoir-faire » modulable, adaptable (non figé), pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe. Elle est le résultat de la combinaison (savoir mobiliser, savoir combiner et savoir transposer) de différents types de ressources internes et externes (savoirs, savoir-faire, qualités personnelles, ressources de l'environnement) en vue de résoudre une situation problème. (46)

A. Etats- Unis

Deux médecins américains ont cherché à définir les compétences professionnelles que doit avoir tout médecin dans une revue de la littérature parue en 2002 dans le Journal of American Medical Association (JAMA). Leur but était de fournir un cadre de référence pour l'enseignement, l'évaluation et la formation continue en médecine, qui soit adapté aux exigences de la pratique clinique. Ils ont formalisé une définition de la compétence du médecin qui se veut exhaustive: «the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and the community being served» (47). Etre un bon médecin nécessiterait donc : des dimensions cognitives, techniques, contextuelles, relationnelles, éthiques et affectives.

Cette étude a été utilisée par la commission d'évaluation des programmes d'internat américains, l'ACGME qui définit 6 domaines de compétences devant être acquises à la fin de leur formation :

“The six general competencies are:

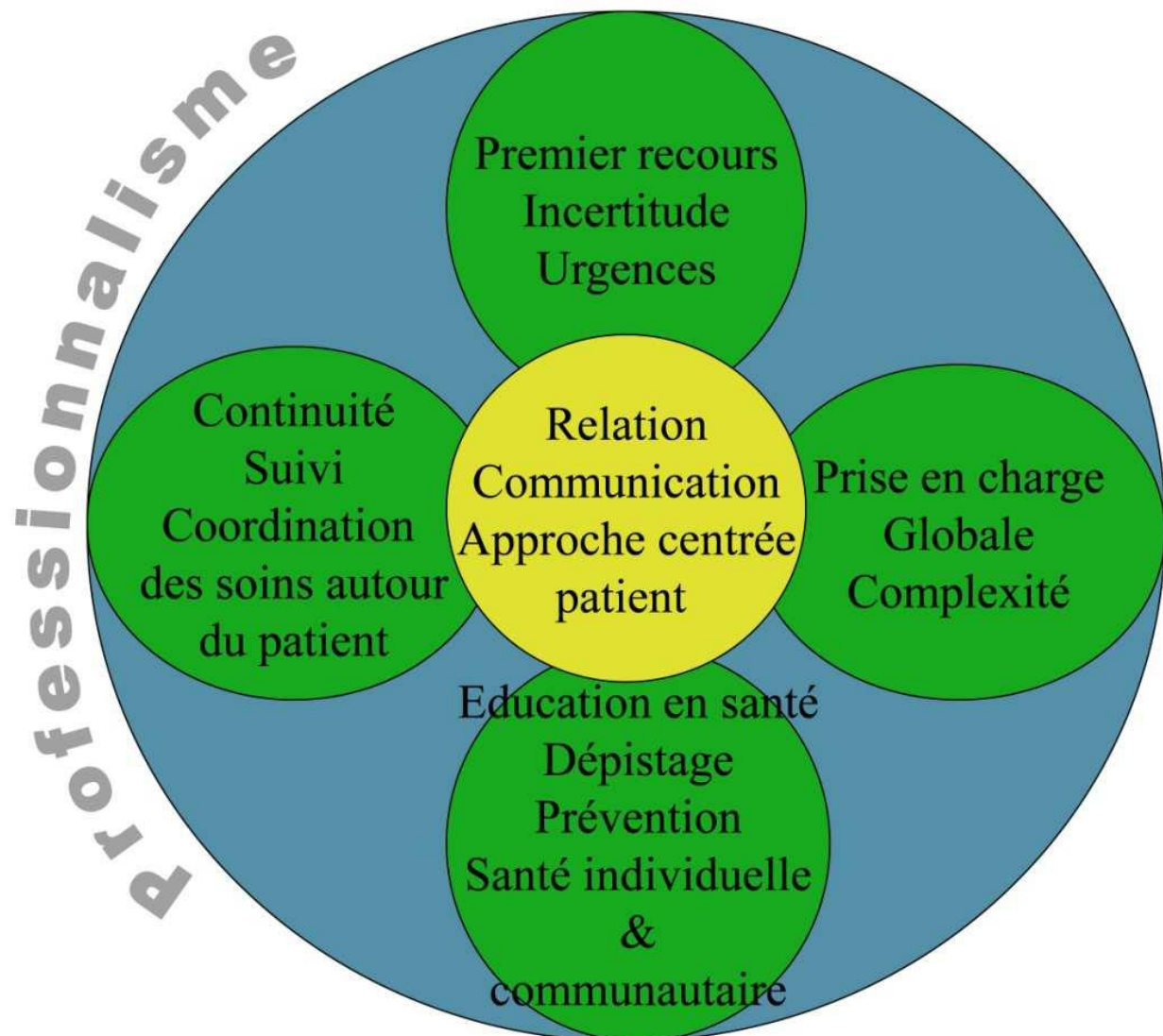
- *Patient Care*
- *Medical Knowledge*
- *Professionalism*
- *Systems-based Practice*
- *Practice-based Learning and Improvement*
- *Interpersonal and Communication Skills”*

B. France

En France, l’enseignement du DCEM est une approche par objectifs (48) qui permet un bon apprentissage concernant certains savoir-faire comme l’habileté psychomotrice mais a ses limites concernant l’apprentissage de savoir-agir complexes nécessaires pour gérer les situations professionnelles authentiques (49). Le 3ème cycle des études médicales se doit donc d’être professionnalisant par « l’apprentissage dans une logique de compétences» (50).

Un consensus d’experts a donc été réalisé afin de définir les compétences nécessaires au médecin généraliste et leurs composantes. Un groupe de recherche national a été créé afin de chercher un consensus à partir de données proposées par les groupes de travail régionaux et des données de la littérature. Ceci a abouti à une définition précise de 6 compétences et une description des capacités les constituant ainsi qu’à une représentation graphique en « marguerite des compétences ». (51)

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



Cette marguerite représente donc les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale :

Premier recours, incertitude, urgences : «capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) proximale».

Prise en charge globale, complexité : «capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale».

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : «capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement».

Education en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire : «capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention».

Relation, communication, approche centrée patient : «capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes, les habilités communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients».

Professionalisme : «capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient».

L'article « socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale » fait suite à une étude de 15 référentiels métier et/ou compétences concernant la médecine générale (et destinés à une utilisation locale, nationale, européenne ou mondiale, universitaire ou post universitaire) a permis de définir les fonctions du médecin généraliste : soins primaires, raisonnement spécifique, prise en charge globale (approche holistique et ouverte de systèmes complexes), structure et outils d'exercice (le professionnalisme), aspect relationnel, rôle de santé publique, compétence clinique, professionnelle. (46)

La spécialité médecine générale est une spécialité centrée sur la personne et qui s'appuie sur 3 dimensions fondamentales : scientifiques, comportementales et contextuelles (52).

En mettant la relation au centre, la marguerite présentée ici reflète la perception de la médecine : la technique et les connaissances en sont la base, la rencontre humaine en est le cœur.

C. Au niveau Mondial

Des textes ont été élaborés en 1991 et 2002 par la WONCA provenant de travaux sur les compétences des médecins généralistes.

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays .

Les caractéristiques de la médecine générale présentées ci-dessous sont le résultat de ce processus international et sont aujourd'hui considérées consensuelles. Elles sont rassemblées dans un document final :

1) *«Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.»*

2) *«Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail inter-disciplinaire en soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.»*

3) *«Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.»*

4) *«Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.»*

5) *«Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.»*

6) *«Elle base son processus décisionnel spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies dans la communauté.»*

7) *«Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.»*

8) *«Elle aborde les affections à un stade précoce et indifférencié qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide.»*

9) *«Elle favorise la promotion de la santé et du bien-être par une intervention appropriée et effective.»*

10) *«Elle a une responsabilité spécifique dans la communauté.»*

11) *«Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.» (53)*

On retrouve donc dans la définition de la Wonca l'importance de la relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Cette organisation mondiale met donc en avant le rôle primordial des compétences relationnelles et donc de l'empathie.

D. Professionnalisme médical

Il est important d'aborder la notion de professionnalisme médical qui est à la base du contrat conclu entre la médecine et la société (54). Un médecin a des devoirs envers le patient et envers la société, ces devoirs étant la plupart du temps communs. C'est en effet le cas pour l'empathie qui est une notion désormais exigée par la société et demandée par les patients.

La conception de professionnalisme découle d'un travail mené par Shanafelt (55). Il s'agirait d'une qualité qui demande intégrité, honnêteté, compassion, un engagement pour actualiser ses connaissances, la capacité de communiquer de manière efficace avec les patients et de respecter leur autonomie. L'empathie est donc une qualité qui participe au professionnalisme médical.

Il trouve que le professionnalisme regroupe :

- des facteurs personnels

1. Bien être personnel : qualité de vie, balance entre vie privée et vie professionnelle, burn-out, dépression, stress
2. Caractéristiques individuelles : motivation, éthique, intégrité, traits personnels
3. Qualités interpersonnelles et compétences : compétence en communication, compassion, cynisme, détachement

- des facteurs environnementaux :

1. Culture institutionnelle : se centrer sur les besoins du patient ; valeurs de référence sur la recherche, l'éducation et le soin ; engagement dans l'égalité des soins ; relation organisationnelle avec l'industrie
2. Formations formelles et informelles : formations didactiques, politiques institutionnelles, tutorat, modèle de comportement
3. Caractéristiques de pratique : autonomie, spécialité, charge de travail, type de travail, type de patients, environnement

3. Relation médecin/malade

Comme mentionné ci-dessus (à la fois dans la marguerite des compétences en médecine générale et dans les compétences requises pour la formation des médecins aux Etats Unis par l'ACGME), la relation médecin/patient est primordiale. De nombreux médecins, chercheurs et travaux de recherches corroborent ces dires et abordent la notion d'empathie clinique au sein de la relation médecin/patient.

Deux psychiatres, Thomas Szasz et Mark Hollander avancent dès 1956 trois modèles de relations thérapeutiques, directement liés à l'état du malade (56) :

- dans le cas de blessures graves, du coma ou d'un patient soumis à une anesthésie, la relation prend la forme "activité-passivité" : le malade est un objet passif, alors que le médecin est totalement actif.
- dans des circonstances moins graves, le malade est capable de suivre en partie les conseils du praticien et d'exercer une part de jugement, la relation fonctionne alors sur le mode de la "coopération guidée" ;

- dans le cas des maladies chroniques qui s'étalent dans la durée (diabète par exemple), le médecin et le malade ne se rencontrent qu'occasionnellement et le rôle du médecin consiste à aider le malade à se prendre lui-même en charge. Il s'agit d'une relation qui prend la forme de la "participation mutuelle".

Même si dès 1956 la relation thérapeutique est abordée par les notions de «coopération guidée» ou « participation mutuelle», qui serait aujourd'hui nommée éducation thérapeutique, c'est dans les années 90 que se développe les réflexions et travaux sur la relation médecin/malade.

Tenue en 1991, la conférence de consensus de Toronto s'ouvrait sur ce constat : *«Une communication efficace entre le médecin et son patient est un élément essentiel de la pratique médicale qui ne peut être délégué»*. Elle pointait les insuffisances constatées dans la communication médecin-patient: interruption trop rapide des patients, absence d'entente sur le motif de consultation, manque de reconnaissance des préoccupations du patient.(57)

Pour Hojat, l'empathie du soignant, «clinique» est indispensable à la relation médecin-malade.

Moreau suggère quant à lui en 2006 que «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» (58)

Selon un article de Fantino, Wainsten et Bungener : «avec ses symptômes, un malade demande certainement au médecin-technicien de le guérir de sa maladie, mais il demande aussi d'autres choses. L'Homme malade demande soutien, réassurance, sécurité et affection ; il demande donc à son médecin une véritable relation affective et une disponibilité, compatibles avec l'exigence de neutralité qui incombe au médecin». (59)

Vannotti, médecin psychiatre suisse écrit en 2008 que « Parler du sens de la consultation avec des médecins préoccupés de ne pas se tromper quant à la nature et à la gravité de la maladie peut leur paraître secondaire. Leur mandat est celui de soigner et de contrôler la maladie. Toutefois nous voyons émerger lors de la consultation, chez les patients, des tourments existentiels récurrents : presque toujours la difficulté de vivre; très souvent la crainte de la mort; dans bien des cas, le commerce onéreux avec la chronicité ou encore l'isolement social ou familial dans lequel conduit la maladie. Pour «penser» le diagnostic, il convient de penser à la personne; pour parler au patient, il faut d'abord le rencontrer». (60) La relation et la communication avec le patient seraient donc des éléments primordiaux.

Ces différentes données nous parlent de l'importance en médecine de l'humanisation des soins grâce au phénomène d'empathie clinique, de l'importance de prendre la personne dans sa globalité. Ce soutien moral au patient fait partie de la qualité des soins et de l'amélioration de l'issue des traitements.

L'empathie envers le malade aurait donc des répercussions sur sa santé psychique, son bien être, sa santé physique (par l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin, entraînant une aide au diagnostic du

médecin, une meilleure compliance aux traitements). (61)(3)

80% des malades chroniques ne suivraient pas leurs traitements (62). Hors, l'observance est fortement liée à la compréhension et à la relation thérapeutique. Une étude coréenne a mis en évidence que l'observance augmente sensiblement quand les patients perçoivent de l'empathie chez leur médecin. (63)

En 2013, Derksen réalise une revue de la littérature et retrouve un lien entre la relation médecin patient et l'empathie du médecin envers son patient avec : une satisfaction augmentée du patient, une meilleure adhésion à son traitement, diminution de son anxiété, un meilleur diagnostic, une meilleure évolution clinique (par exemple, chez des patientes diabétiques, une diminution de l'hémoglobine glyquée et du taux de cholestérol a été retrouvée lorsque leur médecin était plus empathique). (64)

IV. Déterminants de l'empathie clinique des médecins et médecins généralistes

Qui n'a jamais entendu un de ses patients se plaindre d'un confrère qui ne l'écoutait pas, ne se mettait pas à sa place, ne le laissait pas parler, ne prenait pas en compte ses demandes ? Elle serait une cause majeure de mécontentement envers les médecins, d'une dégradation de la qualité des soins, d'une difficulté dans la relation thérapeutique.

1. Les déterminants de l'empathie des médecins

Les déterminants cités ci-dessous sont ceux retrouvés dans les études menées sur les médecins en exercice et non sur des internes.

A. Le Burn-out

Selon l'étude «burn-out et empathie dans les soins primaires : trois hypothèses » (65), menée par l'équipe de F. Zenasni (sur 295 médecins généralistes qui ont répondu à l'échelle d'empathie clinique de Jefferson (JSPE), à l'échelle de Burn-out de Maslach, et l'échelle d'empathie de Toronto (TEQ)), le burn-out semblerait être un facteur de régression de l'empathie.

B. L'âge

Des études ont montré l'absence de corrélation entre l'âge des médecins et leurs scores à différentes échelles de mesure de l'empathie (21)

L'empathie, comme d'autres compétences relationnelles, ne bénéficie pas de l'expérience (66).

C. Le sexe

Hojat a réalisé des études sur les variations d'empathie en fonction du sexe des médecins : elle a d'abord montré aux Etats-Unis (21) que les femmes obtenaient un meilleur score que les hommes ($p=0,08$). Elle a ensuite effectué la même étude au Japon (67) avec le même résultat ($p=0,02$), puis en Italie (68) qui retrouvait la même tendance mais la différence n'était pas significative ($p=0,17$).

D. La spécialité

Hojat a également montré dans les 3 études ci-dessus une tendance à différencier les scores d'empathie selon la spécialité.

Les psychiatres ont reçu une note moyenne de compassion qui était nettement supérieure à celle des médecins spécialisés en anesthésiologie, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, radiologie, chirurgie cardiovasculaire, obstétrique, gynécologie et chirurgie générale. Aucune différence significative n'a été observée sur les scores d'empathie chez les médecins spécialisés en psychiatrie, médecine interne, pédiatrie, médecine d'urgence, et médecine de famille. (21)

E. Bien-être du médecin

Shanafelt s'est intéressé à l'association empathie et bien-être du médecin, chez des internes (69). Il retrouve une association significative avec $p=0,02$ pour les femmes et $p=0,05$ pour les hommes.

F. Situation familiale

Dans la thèse de Céline Buffel du Vaure, on retrouve que «le fait d'être issu d'un milieu socioprofessionnel bas est associé à une meilleure empathie émotionnelle, de même que le fait de vivre en couple» (70)

G. Psychothérapie du médecin

La psychothérapie est associée à une empathie cognitive plus importante. Les médecins ayant suivi une psychothérapie sont plus empathiques que les autres avec $p=0,04$ (70)

H. Formations du médecin

Un essai randomisé a été réalisé par le Dr Bonvicini (71) et retrouve une modification de l'empathie suite à des cours de communication chez des médecins. On y retrouvait une augmentation de l'empathie des médecins de 37%.

Le Dr Riess retrouve dans son étude sur les internes d'ORL une modification de l'empathie suite à leur formation. Leur capacité à être empathique a été évaluée avant et après une formation sur l'empathie et les résultats semblent orientés vers une augmentation de l'empathie. La

formation était basée sur l'apprentissage des mécanismes neurobiologiques de l'empathie et une sensibilisation à sa physiologie. (72)

Tandis que le Dr Buffel du Vaure ne retrouve pas d'association significative entre les différentes dimensions de l'empathie et les formations évaluées. (70)

I. Durée consultation

Un temps de consultation long est associé à un gain d'empathie. (70)

J. Niveau socioprofessionnel dont est issu le médecin

Le niveau d'empathie augmenterait quand le niveau socioprofessionnel dont est issu le médecin est plus bas : $p=0,02$. (70)

Michael Kraus et deux autres chercheurs retrouvent également qu'en général, plus le statut social d'une personne est élevé, moins elle est empathique (73) ; de plus ils savent moins bien reconnaître les émotions des autres et savent moins bien transmettre leurs émotions par le regard. Cette étude n'a pas été menée sur des médecins.

K. Statut marital

Les médecins en couple, sont plus empathiques que les autres : $p=0,02$. (70)

L. Cas particulier des jeunes médecins

Carmel s'est intéressé aux critères sociodémographiques des médecins hospitaliers Israéliens (74). Il ne retrouve pas de différence significative

d'empathie en fonction du statut marital, du nombre d'enfants, du pays d'origine ou du sexe. En revanche, il constate que le médecin plus empathique est plus jeune ($p < 0,05$) et exerce depuis moins longtemps ($p = 0,06$).

M. Autres professions de soins

Evolution au cours des études :

Une étude de 2012 sur des étudiants infirmiers aux Etats Unis a révélé que les étudiants en 6^{ème} semestre étaient les plus empathiques et les étudiants en 1^{er} semestre étaient les moins empathiques. (75)

Désir de faire cette profession :

Dans l'étude ci-dessus sur les étudiants infirmiers, on retrouvait aussi que les étudiants qui avaient choisi leur cursus eux même sans influence de la famille étaient aussi plus empathiques.

N. L'empathie chez les externes

La seule étude que nous avons retrouvée sur les déterminants de l'empathie chez les externes est celle d'Hojat. Il a fait une étude qui révèle que l'empathie des externes diminue au cours de leurs études en médecine en regardant le score de JSPE avec $p < 0,05$ (76).

2. L'empathie chez les internes

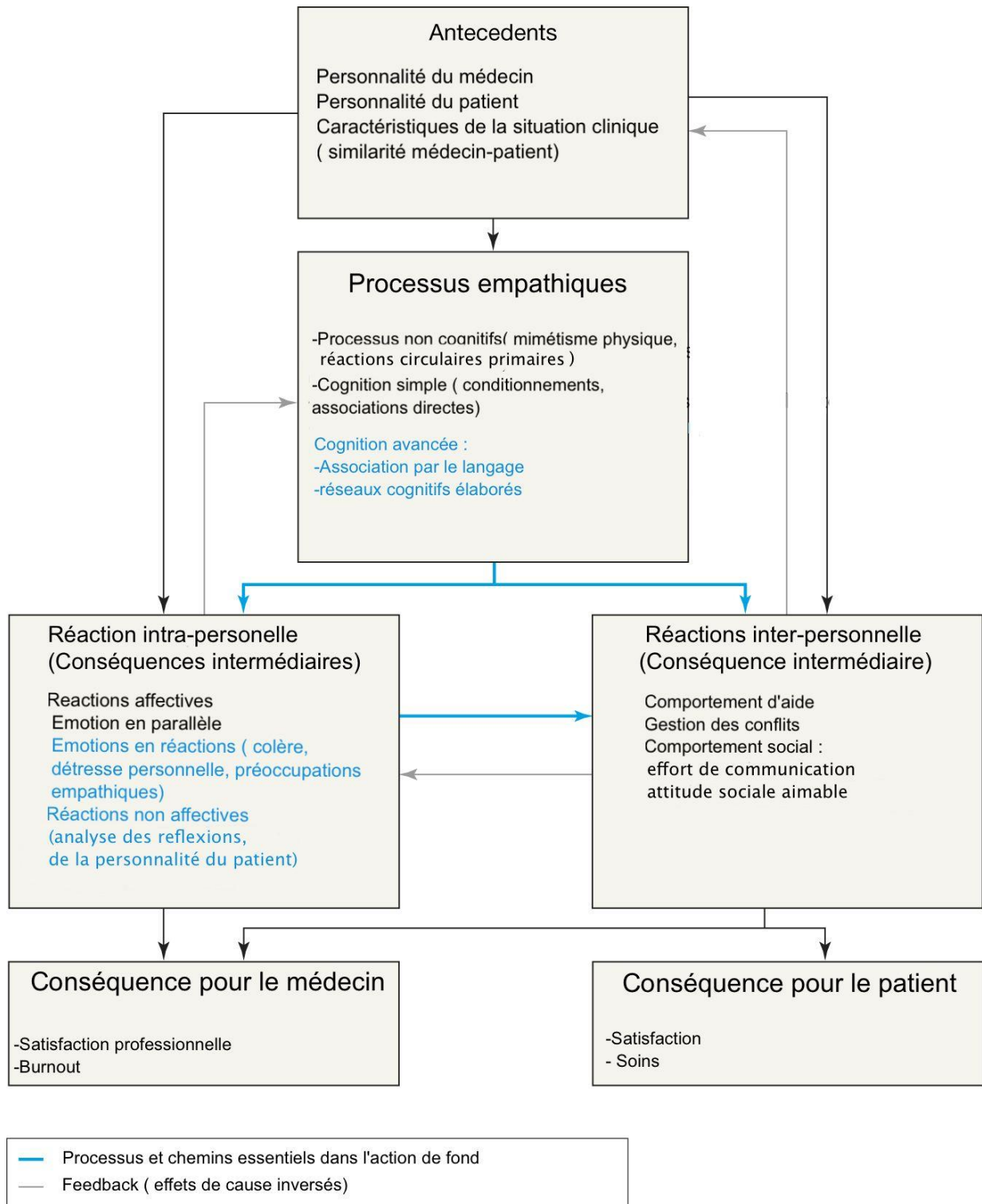
On retrouve une augmentation d'empathie chez les internes qui sont eux même malades ou ayant des membres de leur entourage malades (77) mais aussi une diminution de l'empathie des internes lors de leur phase de pratique clinique (78) sans qu'aucune explication ne soit donnée à ce phénomène.

C'est ces constatations qui nous ont amenées à nous tourner vers les internes en médecine générale. En effet, aucune étude n'a été faite, spécifiquement, sur les internes en médecine générale et de plus, les déterminants propres aux internes n'ont jamais été étudiés.

3. Modèle de Larson et Yao

Le modèle de Larson et Yao est un des points de départ de notre thèse. Il s'agit d'un modèle théorique des déterminants de l'empathie clinique créé par un médecin (Docteur Larson) et un docteur en gestion (Docteur Yao) (79).

Figure 2 : Modèle de Larson et Yao (2005)



Description du Modèle de Larson et Yao :

Le modèle de Larson-Yao prend comme point de départ les antécédents de la situation (personnalité du médecin et du patient et caractéristique de la

situation clinique). Ces antécédents vont déterminer les types de processus empathiques mis en jeu ainsi que donner naissance à deux types de réactions : les réactions intrapersonnelles et les réactions interpersonnelles.

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

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

Avec les antécédents, les processus empathiques vont agir de manière essentielle sur deux types de réactions. Les réactions intrapersonnelles (i.e.

émotions du médecin) se décomposent en des réactions affectives : émotions en parallèle (comme l'anxiété d'un médecin à la vue d'un patient anxieux) et émotions en réactions (colère si un patient est mal traité, détresse personnelle, sentiments empathiques) et des réactions non-affectives : analyse des réflexions, des émotions et de la personnalité du patient par le médecin.

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

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

V. Enseignement de l'empathie au cours de l'internat

1. Son enseignement en France

A. Les textes officiels et les référentiels

Les sujets abordés lors de l'enseignement médical en France sont orientés par de multiples institutions. Elles mentionnent dans des textes la nécessité de promouvoir l'empathie, d'améliorer la relation médecin-patient et la communication en s'appuyant sur des études ayant montré que l'étudiant ayant eu une formation spécifique serait plus à même d'aider le patient au sujet d'un problème médical (80) :

Dans la conférence de consensus sur la communication qui a eu lieu à Toronto en 1999, on retrouve qu'il faut «explorer le contexte personnel du patient et répondre d'une manière empathique en évitant les jugements de valeur.»

Sur le programme du DCEM est noté comme objectif d'enseignement «d'établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs». (81)

En janvier 2011, l'HAS cherche à promouvoir la bientraitance (82). La bientraitance est définie ainsi: «Si parmi les valeurs à l'œuvre dans la

bientraitance, le respect est venu en première position, il en est d'autres qui ont fait consensus au sein des groupes telles : (...) l'empathie qui caractérise la relation et qui relève d'une authentique formation à la communication ; cette attitude traduit la capacité à se mettre au plus près des représentations personnelles et intimes du patient pour mieux le comprendre et cheminer à ses côtés tout en restant conscient du fait de ne pas être à sa place».

Le programme de l'ECN comprend pour premier item : «La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale». L'aspect relationnel est donc mis au premier plan.

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

Un nouveau programme a été élaboré pour l'ECN 2016 où l'on retrouve encore cette notion d'empathie et d'importance de la relation médecin malade : item 1 : «La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale, ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale».

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins.

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

B. Modalités diverses d'enseignement

Comme vu dans la thèse l'Elsa Marin sur l'enseignement de l'empathie en médecine (83), l'empathie doit être acquise au cours du cursus médical.

Elle peut être acquise par la pratique : lors des stages tout au long des études (en milieu hospitalier et en stage ambulatoire de médecine générale), au contact avec les patients, soit par les expériences propres des

internes ou par mimétisme des médecins qui les entourent.

Il existe aussi des cours variés (magistraux, jeux de rôles): sur la relation thérapeutique, la communication médecin-patient, les définitions et modalités de l'empathie qui permettent de travailler cette compétence. Comme l'a fait le Dr Riess, une formation basée sur l'apprentissage des mécanismes neurobiologiques de l'empathie et une sensibilisation à sa physiologie est aussi envisageable. (72)

Des groupes Balint sont mis en place dès l'internat dans certaines facultés (voir dès l'externat parfois), nommés par exemple «aide à la relation thérapeutique». Ils aident les internes à la remise en question de leurs réactions face au patient et offrant des solutions pour les situations ultérieures.

L'apprentissage sur les relations humaines et empathiques par l'art, la poésie, la peinture et les romans qui, selon Lisa Zunshine, nous aideraient à exercer notre théorie de l'esprit. (84)

2. Son enseignement à L'étranger, l'exemple des Etats Unis

Aux Etats-Unis, l'ACGME décrit en 1999 les 6 compétences que doit avoir un interne en médecine et mentionne : «Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients».

Aux Etats Unis l'enseignement de l'empathie est hétérogène et regroupe : des cours magistraux ayant pour thème la communication, l'apprentissage de l'interprétation du comportement et de l'expression physique des

patients, des cours encourageant les étudiants à être empathique en leur montrant les bénéfices de l'empathie, des jeux de rôle, les expériences personnelles en stage, l'observation des attitudes et expériences des autres médecins en stage. (85) (86)

La situation actuelle de la France et des Etats-Unis semble donc assez similaire : un enseignement hétérogène en terme de quantité d'heures et de méthodes selon les facultés et un projet commun d'encourager la formation des étudiants à l'empathie.

VI. Problématique

Mon projet de thèse part de la constatation abordée dans la première partie : L'empathie est un élément fondamental de la relation médecin-patient, en particulier en médecine générale où la relation avec le «médecin de famille» se fonde sur la communication. Il s'agit d'une composante indispensable au soin du médecin généraliste.

L'empathie est définie comme un des rôles essentiels du médecin généraliste en France et à l'étranger et est une des bases du professionnalisme médical.

Les internes, médecins en formation, doivent donc acquérir cette faculté pour être de bons médecins et être formés de façon adéquate.

Nous connaissons les déterminants des médecins généralistes mais qu'en est-il des internes ?

Ce travail a comme objectif la recherche des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale pour connaître les facteurs d'influence positive ou négative sur l'empathie. Ceci permettant de trouver des pistes d'amélioration afin:

- Que chaque interne ait conscience des déterminants influençant sa pratique et corrige au maximum ces éléments pour améliorer sa pratique.
- Que l'environnement des internes soit adapté à une pratique idéale de la médecine
- Que l'enseignement de l'empathie soit adapté à la demande des internes en médecine

Le projet global a été initié par une collaboration entre l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes suite à un travail commun réalisé en 2010 sur l'empathie chez les médecins généralistes (mesure de l'empathie, déterminants)

En 2012 une proposition de thèse a donc été offerte sur les thèmes de l'empathie et du burn-out avec 2 études menées l'une après l'autre : une partie qualitative puis une partie quantitative qui sera menée dans un second temps.

Séduite par le projet, le thème et la collaboration avec l'institut de psychologie, je participe alors à l'élaboration du projet et me dirige vers la partie qualitative qui comprend trois thématiques : la définition de l'empathie selon les internes en médecine, les liens burn-out/empathie et les déterminants de l'empathie.

VII. Méthode

Nous avons réalisé une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine générale. L'étude a été menée en collaboration avec le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes.

Participants : Les internes en médecine générale parisiens venant de toutes les facultés parisiennes, du TCEM1 au TCEM4, volontaires, ont été invités à participer lors d'annonces faites pendant des cours, dans les stages hospitaliers, et par des mails collectifs envoyés.

Les douze premiers internes filles et douze premiers internes garçons ont été retenus.

Il n'y a aucun critère d'exclusion dans cette étude.

Matériel : Il s'agit d'entretiens comprenant une partie semi-structurée et une partie structurée et comprenant trois thèmes principaux : la conception de l'empathie chez les internes en médecine générale, les déterminants de l'empathie ainsi que son évolution pendant l'internat, l'empathie et le burn-out.

Les questions ont été choisies après une analyse de la littérature (base théorique) et empirique (observations des internes lors d'un focus groupe regroupant internes et psychologues).

Les principales bases de données en médecine étudiées pour l'analyse de la littérature ont été PubMed et Pascal.

La recherche a été étendue aux bases de données en sciences humaines suivantes : Francis et psycInfo.

Les mots clés français ont été choisis sur cismef. Les mots clés en anglais ont été choisis dans le Medical Subject Headings (MeSH).

Les mots clés retenus pour nos recherches bibliographiques étaient : empathy, caring, compassion, medical student, general practitioner, factors.

Le choix des articles découle d'un consensus à 3 internes sur ceux trouvés par chacun.

Les questions choisies étaient celles retrouvées le plus fréquemment sur des études de médecins généralistes ou d'internes et qui, au terme du focus groupe, nous semblaient les plus pertinentes (car nous étions limités en nombre de questions afin que ce ne soit pas un frein pour les internes acceptant de participer à l'étude). Il s'agissait de questions essentiellement sur les caractéristiques du médecin, de son patient et de l'environnement de travail.

La grille des entretiens a été écrite par 4 personnes : 3 internes en médecine générale et un docteur en psychologie (Grilles d'entretiens en annexe).

Le questionnaire a été initialement testé sur un groupe de trois d'internes en recherchant s'il était assez précis, trop court ou long, s'il manquait des éléments essentiels, si la durée du questionnaire était adaptée et si des questions faisaient double emploi. Ce test n'a pas entraîné de modifications concernant la partie sur les déterminants de l'empathie.

Dans le cadre du questionnaire, les données socio-démographiques suivantes ont été demandées aux participants : leur âge, année d'internat, formations suivies dans le cadre de leurs études en médecine, leur statut matrimonial, s'ils avaient des enfants, s'ils avaient des médecins dans leur famille.

Procédure :

Trois internes en médecine générale ont réalisé chacun huit entretiens entre mai 2012 et juin 2012 avec quatre filles et quatre garçons.

Les entretiens ont été faits à des moments où les internes étaient totalement disponibles (il a été demandé aux internes d'avoir au moins 1h30 devant eux ; alors que les entretiens duraient de 25 minutes à 1h00 afin d'avoir suffisamment de temps).

Ils ont été réalisés dans des lieux choisis par les internes, qui devaient uniquement être calmes et où on ne devait pas être dérangé (les entretiens ont donc tous été réalisés à leur domicile ou dans leurs bureaux à l'hôpital).

Les internes interviewés étaient informés du thème de la recherche et leur consentement a été recueilli.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits par la suite.

Analyse :

Les données socio-démographiques de notre population ont été décrites par des effectifs et des pourcentages.

L'analyse des données des entretiens a été réalisée par 3 investigateurs de l'étude (interne en médecine générale, une Chef de clinique universitaire en médecine générale, un Docteur en psychologie), indépendamment, par lecture des entretiens.

Dans un premier temps, les réponses aux questions fermées ont été décrites et regroupées en oui/non. Nous avons d'abord regardé les réponses aux questions que nous avons regroupées par catégories : oui ; non ; je ne sais pas ; et ajouté une colonne pour les questions non posées (certaines questions n'ont pas été posées directement car les réponses ont été données avant que la question ne soit posée dans d'autres questions précédentes. Dans ces cas là, nous avons donc considéré que les réponses n'étaient pas claires et donc impossibles à regrouper en oui/non).

Dans un second temps, les investigateurs ont indépendamment identifié les mots clés. Puis un consensus a été réalisé par les 3 investigateurs. Ils ont ensuite été catégorisés en s'inspirant du modèle théorique de Larson et Yao.

VIII. Résultats

1. Population

Notre population comprends (tableau 1) : 24 internes en DES de médecine générale (12 filles et 12 garçons), venant des différentes facultés d'île de France, TCEM1 à TCEM4, de 26 à 30 ans, ayant un âge moyen de 27,3 ans . Il y a 12 filles et 12 garçons, 8 internes de TCEM1, 4 internes de TCEM2, 11 internes de TCEM3 et 1 interne de TCEM4, avec 2 internes en DESC d'urgence et 2 internes en DESC de gériatrie.

Tableau 1 : Données sociodémographiques :

Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Homme	12 (50)
Femmes	12 (50)
Année d'internat en MG	
T1	8 (33)
T2	4 (17)
T3	11 (46)
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
Formations complémentaires	5(21)
DESC urgences	2 (8)
DESC gériatrie	2(8)
DU	1(4)
Vie familiale	
Célibataire	6 (25)
En couple	12 (50)
Marié	3 (12,5)
Marié avec un enfant	3 (12,5)

2. Entretiens

Dans un premier temps les réponses ont été décrites et regroupées en oui/non/je ne sais pas.

A. Réponses aux questions fermées

Les réponses aux questions fermées ont été décrites dans le tableau 2.

Les internes déclarent majoritairement que les facteurs suivant influencent leur empathie : l'humeur de l'interne (pour 20 internes), les moments de la journée (pour 20 internes), les moments de vie qu'ils traversent (pour 18 internes), leur environnement de travail (pour 19 internes), les symptômes du patient (pour 1 internes), la personnalité du patient (pour 19 internes), la personnalité de l'interne (pour 13 internes) et l'état de burn-out (pour 22 internes). Il n'y a cependant aucune question sur laquelle tous les internes sont d'accord.

Les internes déclarent, majoritairement, que les caractéristiques socio-économiques des patients n'influencent pas leur empathie (pour 14 internes).

Tableau 2 : Déterminants de l'empathie : réponses aux questions fermées :

Questions	Oui	Non	Ne sais pas	Question non posée
Humeur*	20	2		2
Moments de la vie*	18	2		4
Moments de la journée*	20	3	1	
Environnement*	19	5		
symptômes du patient*	18	5		1
personnalité du patient*	19	2		3
caractéristiques socioéconomiques du patient*	8	14	2	
personnalité de l'interne *	13	0	2	9
Le burn out diminue l'empathie	22	2		

* Les internes répondaient pour ces questions à « est ce que les items concernés influençaient votre empathie »

B. Analyse Qualitative

a. Identification et catégorisation des mots clés

Les mots clés ont été identifiés puis catégorisés en s'inspirant du modèle de Larson et Yao. Les catégories identifiées sont :

- Antécédents : comprenant personnalité de l'interne (traits à tendance stables, états variables), personnalité du patient, caractéristiques de la situation clinique (conditions cliniques, contraintes organisationnelles).
- Processus

Nous avons initialement regroupé dans un tableau Excel (Annexe 2 les réponses aux questions fermées ainsi que chaque phrase correspondant au thème «déterminant de l'empathie» Ces phrases ont été notées, qu'elles fassent partie ou non des paragraphes de l'interrogatoire consacrés aux déterminants. Nous avons ensuite identifié 146 mots clés que l'on retrouve dans la colonne «explications» de nos tableaux ci-dessous. Dans un second temps, nous les avons catégorisés en 49 groupes qui sont nommés dans les colonnes «déterminants de l'empathie» de tableaux ci-dessous en s'inspirant du modèle de Larson et Yao.

b. Déterminants de l'empathie

b.1. Antécédents

b.1.1 Personnalité de l'interne

- Traits à tendance stables

Il ressort que :

Pour les internes interrogés, un interne **attentif** sera plus empathique en étant à l'écoute «Je pense que c'est lié car je pense que j'aime bien écouter les gens et savoir ce qu'ils vivent, c'est mon côté curieux», tout comme l'interne introverti qui laisse parler ses patients : «moi personnellement, je suis assez introvertie donc plutôt à l'écoute des gens».

Alors qu'un interne **extraverti** sera probablement moins à l'écoute : «quelqu'un d'extraverti va peut être moins écouter au final, car s'il est extraverti il veut montrer ce qu'il fait et va peut être moins écouter les gens».

Un interne **sensible** sera également plus empathique tout comme l'interne ressentant beaucoup de compassion «Ca dépend de leur sensibilité»

Les avis divergent concernant l'**optimisme** qui serait pour certains un élément défavorable à l'empathie «D'être trop optimiste, c'est être trop sympathique et donc pas empathique : je pense» et pour d'autres un atout.

L'intelligence pratique est aussi mentionnée comme facteur positif : on est empathique car on souhaite l'être. On a appris que c'est essentiel à la

profession de médecin. Un étudiant nous explique donc : «je pense que ce n'est pas un caractère, c'est une attitude à adopter, à se forcer»

L'anxiété est un facteur défavorable pour certains internes : «quand on est stressé ou anxieux je pense qu'on n'écoute pas le patient».

Tableau 3 : Déterminants de l'empathie : traits à tendance stables de la personnalité de l'interne.

Déterminants de l'empathie	Nb personnes citant comme impact positif	Nb personnes citant comme impact négatif	<u>Explications</u>
Intelligence pratique	1		
Interne attentif	3		- Introverti 1 - Attentif 1 - A l'écoute 1
Interne sensible	2		- Compassion 1 - Sensible 1
Patient	1		
Optimiste	2	1	
Extraverti		1	
Distant		1	
Angoissé		2	

- Etats variables :

Les internes déclarent que :

Un interne **stressé** sera moins empathique : «Si je suis stressée, que j'ai 50 000 trucs à faire, je vais me dire «ben là, je n'ai pas le temps, là je n'ai pas le temps d'être empathique» ; «je pense que c'est surtout le stress, et la charge de travail à faire dans un temps limité qui jouent sur l'empathie ».

Tous les internes nous ont parlé de **la fatigue**, facteur de diminution d'empathie. Elle entraîne un manque d'implication, d'attention, d'altruisme,

et de l'intolérance : «c'est difficile de rester empathique quand c'est la fin de journée, tu es fatiguée», «si on est fatigué, on va moins être disposé à écouter la personne», «quand je suis fatiguée clairement, on n'est pas disponible pour les autres».

Une humeur **calme** favorise l'empathie envers le patient : «Si je suis reposée, calme, que je sais que j'ai un peu de temps : et bien c'est plus facile pour moi de développer ma capacité de bienveillance».

Les **préoccupations personnelles** des internes entraînent également une diminution d'empathie «on va moins être disposé à écouter la personne, si on est pris par d'autres soucis personnels» tout comme **les problèmes personnels** «Le fait d'avoir des problèmes personnels, de ne pas bien dormir, vont faire que l'on est moins empathique».

Les **besoins physiologiques** et **neurophysiologiques** influent sur l'empathie des internes qui disent «Alors juste avant de manger (...) j'en ai un peu marre» ; et il est «difficile d'être empathique après manger, en phase de digestion», tout comme les préoccupations personnelles «quand le déjeuner arrive les préoccupations personnelles prennent le dessus, on a faim, on est plus impatient».

Le Burn-out diminue l'empathie de certains internes : «clairement le burn-out ça diminue l'empathie. Parce que le soignant est lui-même irrité" "moins apte à écouter les autres» ; «quand on est en burn-out, Oui, on est fatigué, on est épuisé, donc... on est moins empathique».

Une humeur **joyeuse** de l'interne va augmenter son empathie : «quand on a du temps, on est joyeux, on est dans un état d'esprit où l'on se dit que l'on va bien prendre en charge le patient aujourd'hui, on va bien l'écouter».

Tableau 4 : Déterminants de l'empathie : Etats variables de la personnalité de l'interne

Etat variable de la personnalité de l'interne	Nb personnes citant comme impact positif	Nb personnes citant comme impact négatif	<u>Explications</u>
Stress		10	
Burn-out		22	Entraine irritation, perte motivation, diminution investissement, fatigue, humeur triste, soucis personnels
Joyeux	1		
Calme	2		- Reposé 1 - Calme 1
Epanoui	2		- Bien être 1 - Vie personnelle épanouie 1
Fatigue		24	- Fatigue 20 (entraîne un manque d'implication, d'attention, d'altruisme, l'intolérance) - Niveau éveil bas 1 - Manque sommeil 4 - Réveil pendant garde 1
Triste		6	- Humeur triste 3 - Mauvaise humeur 3 (entraîne concentration sur aspect technique uniquement)
Préoccupations personnelles		3	
Problèmes personnels		7	
Besoins neurophysiologiques		4	
Besoins physiologiques		3	Post prandial 3

b.1.2 personnalité du patient

Les internes disent être plus empathiques avec des patients **agréables** :

-soit attachants «Un patient sympathique, attachant ça va être beaucoup plus facile»,

-soit sympathiques «on a forcément envie d'écouter un patient qu'on trouve entre guillemets sympathique et amical»

-soit souriants et communicants «Je serai plus empathique (...) s'ils sont souriants, et s'ils me posent des questions».

Un patient **intéressé** va aussi rendre certains internes plus empathiques : comme le patient réceptif : «ils sont réceptifs ou pas, et il y en a qui n'en ont rien à foutre de ton empathie. Heu, qui veulent juste des résultats, qui veulent que ça aille vite»

Ou le patient **fragile** : «mais quelqu'un que je sens fragilisé et qui me touche, qui me parle, je peux avoir de l'empathie».

Mais avec les patients **passifs** certains internes seront plus empathiques comme les patients enfants : «un patient qui n'est pas dans la plainte et chez qui on sent la douleur, on sent la plainte du corps mais qui ne s'exprime pas verbalement, l'empathie viendra plus rapidement» d'autres moins quand par exemple le patient est peu compliant «C'est difficile à gérer avec les patients peu compliants».

Certains internes sont moins empathiques avec les **patients agressifs** :

Ils les décrivent comme parfois agressifs : «Le patient qui va râler, même s'il est en souffrance, s'il est déprimé, ça va être plus difficile», «le patient nous

engueule (...) on n'a plus du tout la même empathie»; violent «en gérontologie, il y a des personnes qui ont perdu la tête, et il y en a qui sont violents ! Donc c'est vrai qu'on a un peu peur d'aller les voir, on a tendance à aller un peu plus vite quoi" ; désagréable et parlant mal au médecin « il est toujours pas sympathique, la façon dont il aborde les choses, comment il nous parle, etc... Beaucoup de choses comme ça peuvent faire que, ben, tout d'un coup on est moins empathique».

S'il y a conflit : «les facteurs défavorables, si il y a une mauvaise relation au début, des conflits aussi bien avec le patient qu'avec la famille».

Les patients **demandeurs** entraînent une diminution d'empathie :

- soit parce qu'ils sont exigeants : «on a moins envie d'écouter un patient exigeant qui nous demande des choses comme on demande à une machine de faire quelque chose, on ne fait pas des ordonnances à la demande pour un rien».
- soit parce qu'ils se mettent dans la posture d'un client : «Je vais être beaucoup plus empathique quand les gens n'arrivent pas en demandant un arrêt de travail tout de suite» ou encore revendicateurs : «Oui avec ces patients revendicateurs on est beaucoup moins empathique, et on a envie de leur dire non avant même de savoir ce qu'ils vont demander».

Des internes ressentent une diminution d'empathie face à un patient **plaintif** : «Oui il faut faire attention aux patients qui exagèrent, méditerranéens qui sont dans l'expression comme ça voilà on va se dire il a une EVA à 10 mais en fait je suis sur qu'il est à 3 quoi... alors il faut faire gaffe».

Les patients **marginiaux** vont aussi engendrer une diminution d'empathie :
 personne sale «Aux urgences quand il y a une personne sans domicile fixe,
 qui sent très mauvais. C'est parfois plus difficile ».

Tableau 5 : Déterminants de l'empathie: Personnalité du patient

<u>Traits de personnalité</u>	Nb personne citant comme impact positif	Nb personne citant comme impact négatif	<u>Explications</u>
Patient passif	4	4	- Patient enfant 3(+) - Patient non revendicateur 1(-) - Patient non «compliant» 2(-) - Patient enfant 1(-) - Patient mal observant 1(-)
Patient intéressé	2		-Patient intéressé 1 -Patient réceptif à l'empathie 1
Patient agréable	9		- Patient attachant 1 - Patient communiquant 1 - patient agréable 2 - patient gentil 1 - Patient souriant 2 - Patient sympathique 1 - Famille du patient sympathique 1
Patient souffrant	4		- Patient triste 2 - Patient souffrant 2
Patient fragile	1		
Patient demandeur		10	- Patient client 4 - Patient exigeant 3 - Patient demandeur 1 - Patient revendicateur 2
Patient agressif		12	-Patient désagréable 5 - Patient dangereux 1 - Patient opposant 2 - Patient violent 1 - Patient parlant mal au médecin 2

		- Conflit avec famille / patient 1
Patient plaintif	2	- Patient plaintif 1 - SD méditerranéen concernant douleur 1
Patient marginal	4	- Patient hystérique 1 - Patient dément 1 - Patient obnubilé par confort hôpital plutôt que côté médical 1 - Patient sale 1

b.1.3 Caractéristiques de la situation clinique

- Conditions cliniques (relation soignant/soigné)

Tableau 6 : Déterminants de l'empathie : Caractéristiques de la situation clinique. Conditions cliniques

<u>Caractéristique de la situation clinique</u>	Nb personnes citant comme impact positif	Nb personnes citant comme impact négatif	<u>Explications</u>
Pathologie grave	9		-Familles en deuil 1 - pathologies cancéreuses 5 - patient mourant 1 - pathologie grave 9 Cancer 5 (+) Souffrance 4 (+) Pathologies psychiatriques 1 (-)
Type pathologie	10	6	Maladies chroniques 1 (+) Maladies graves 9 (+) Maladies lourdes 1 (+) Dépression 1(-) Bénignes 3 (-) Traumatologie 1 (-)

		-Niveau socio-économique bas 1
		- Barrière de la langue 1
Incompréhension avec le patient	4	- Patient pas clair dans sa demande 1
		- Patient ne verbalisant pas sa souffrance 1
Méconnaissance de la pathologie	3	

On remarque que :

Des **pathologies graves** vont entraîner une augmentation d'empathie :
«c'est plus facile pour les maladies graves, pour moi, peut-être d'être empathique »

On voit également que l'empathie est majorée pour **certaines pathologies** comme :

-les pathologies cancéreuses : «Moi je sais que je suis beaucoup plus sensible à toutes les pathologies cancéreuses» ;

-la souffrance physique : «plus il souffre, plus j'ai envie d'être empathique» ;

-les pathologies psychiatriques : «certaines pathologies qui font que j'ai plus d'empathie euh certaines maladies psychiatriques»

et diminuée pour d'autres :

-ou comme l'hystérie : «J'ai une diminution d'empathie pour des maladies avec lesquelles je ne suis pas à l'aise (...) ; peut être quand je flaire l'hystérie à fond»

La **méconnaissance de la pathologie** influe aussi en diminuant l'empathie : «je serai moins empathique pour des maladies que je maîtrise peut être moins» ; «il doit y avoir des symptômes pour lesquels on ne doit pas avoir d'empathie car on ne connaît pas ; par exemple je n'ai jamais eu

mal dans la poitrine donc je ne comprends pas forcément ; alors que si tu es migraineux, un patient qui vient pour des migraines, tu le comprends mieux et tu sais à quel point on a besoin de le soulager».

L'incompréhension avec le patient entrainerait aussi une diminution d'empathie : comme un niveau socioéconomique bas : «je pense avec des populations très peu éduquées enfin j'ai une empathie, mais je me sens moins proches, et j'ai du mal à comprendre les attentes des classes aisées, je ne connais pas leur façon de vivre, difficile d'être empathique», la barrière de la langue «tu ne restes pas plus longtemps dans le box, parce que tu n'arrives pas à communiquer, la barrière de la langue joue, je pense».

- contraintes organisationnelles /environnement de travail

Tableau 7 : Déterminants de l'empathie: Caractéristiques de la situation clinique. Contraintes organisationnelles/environnement de travail.

<u>Caractéristique de la situation clinique</u>	Nb personnes citant comme impact positif	Nb personnes citant comme impact négatif	<u>Explications</u>
Enseignement	16		- Apprentissage uniquement par des stages 4 - Apprentissage par stages et cours 12
Bonne ambiance du service	5		- Objectif commun 1 - Bonne ambiance du service 4
Equipe empathique	3		- Empathie équipe envers autres soignants 2 - Empathie autres internes envers soignants 1
Type de service	2	1	- Gériatrie 1 (+) - Med G 1 (+)

			spécialités 1 (-)
Notion de temps	2	11	Temps écoute possible 1 (+) Climat calme 1 (+) Manque temps 6 (-) Surcharge de travail 5 (-)
Moments de la journée	3	14	Début journée 2/1 (+/-) Après midi 1 (+) Fin journée 6 (-) Fin garde 4 (-) Nuit 2(-) Consultation avant difficiles 1 (-)
Vacances	2	2	Veille de vacances 1 (+) Retour de vacances 1/1 (+/-) Avant vacances 1(-)
Difficultés relationnelles avec collègues		4	- Mésentente avec seniors 1 - Pression des supérieurs 1 - Difficultés avec collègues 1 - Pas de soutien dans équipe 1 - Bruit 1
Contraintes organisationnelles		4	- Contraintes organisationnelles 1 - Contraintes économiques / productivité 1 - locaux inadaptés 1
Manque formation empathie		1	
Charge et temps de travail		7	- Retard dans consultations 1 - Manque temps 5 - Charge de travail importante 1

De multiples **contraintes organisationnelles** diminuent l'empathie comme le bruit «quand il y a trois gamins dans la salle de consultation et qu'il y en a trois qui pleurent, c'est clairement des situations où on est moins empathique».

L'ambiance du service joue également : «quand il y a une mauvaise ambiance dans l'équipe ça retentit et on est pareil, on devient apathique et avec les patients aussi». A l'inverse une bonne ambiance augmente l'empathie : «l'équipe infirmière qui est vraiment là, qui sait que tu es en 2ème semestre, qui est compréhensive ça aide pour notre empathie».

Une équipe empathique va favoriser l'empathie de certains internes : «mais c'est sûr que quand on se retrouve dans une équipe médicale et paramédicale où tout le monde est empathique alors c'est vrai que c'est plus facile ; quand tout le monde s'en fout du patient c'est vrai que c'est un peu plus dur de faire un pas en avant de notre côté».

Les internes ne s'accordent pas sur **les moments de la journée** : selon certains les fins de journées et de gardes diminuent l'empathie «Et la fin de journée, la fin de garde entre 4 et 6 heures du matin, c'est dur» ; «qu'en fin de journée quand il est tard, que je suis épuisée, que j'ai juste envie de rentrer chez moi, et bien je vais râler ; si je vois un patient qui va pas bien, qu'il faut écouter, je vais être beaucoup moins à l'écoute, beaucoup moins performante que la veille de mes vacances»; selon d'autres c'est le matin qu'il est difficile d'être empathique «Je m'en rends compte aussi le matin, quand je ne suis pas réveillée, je vais être beaucoup plus sèche dans l'entretien». D'autres trouvent que «le matin, on arrive plein d'énergie, je suis du coup bien empathique».

Le rapport avec **les vacances** diverge aussi selon les internes : «Quand on revient de vacances à l'inverse, on est moins fatigué et là on va prendre notre temps», «beaucoup moins performante en terme d'empathie que la veille de mes vacances», «que tu as passé un super week-end tu n'as pas forcément envie de revenir en stage. Mais oui ça a une influence».

La notion de **temps** semble primordiale : un manque de temps entraîne une diminution d'empathie «Moi ce qui va jouer beaucoup aussi c'est le fait d'être en retard ou pas en retard» ; «Donc ouais, le temps de la consultation, de pas trop le raccourcir».

Les **difficultés relationnelles** avec les collègues, chefs et l'équipe diminuent l'empathie : «ca peut jouer quand on doit faire vite ! On a le chef qui nous dit «Allez, allez, tu ne vas pas assez vite ! J'ai vu deux patients pendant que tu en as vu un ! Il faut que tu ailles plus vite !» » ; «Si on a été désagréable avec nous 2 secondes avant on va être désagréable avec le patient 2 secondes après quoi».

b.2.Processus

Les internes nous disent :

Que l'**autorégulation des émotions** est un processus qui permet d'être empathique, en effet même si on «arrive à l'hôpital avec nos propres problèmes, nos propres préoccupations nos propres émotions et il va falloir mettre tout ça en sourdine pour être à l'écoute du patient».

Que la volition à un rôle important chez certains internes, permettant de garder de l'empathie en toute circonstance : «J'essaie toujours de

m'astreindre au fait que si je suis de mauvaise humeur, ça ne doit pas avoir d'influence sur mes patients, c'est pas évident»

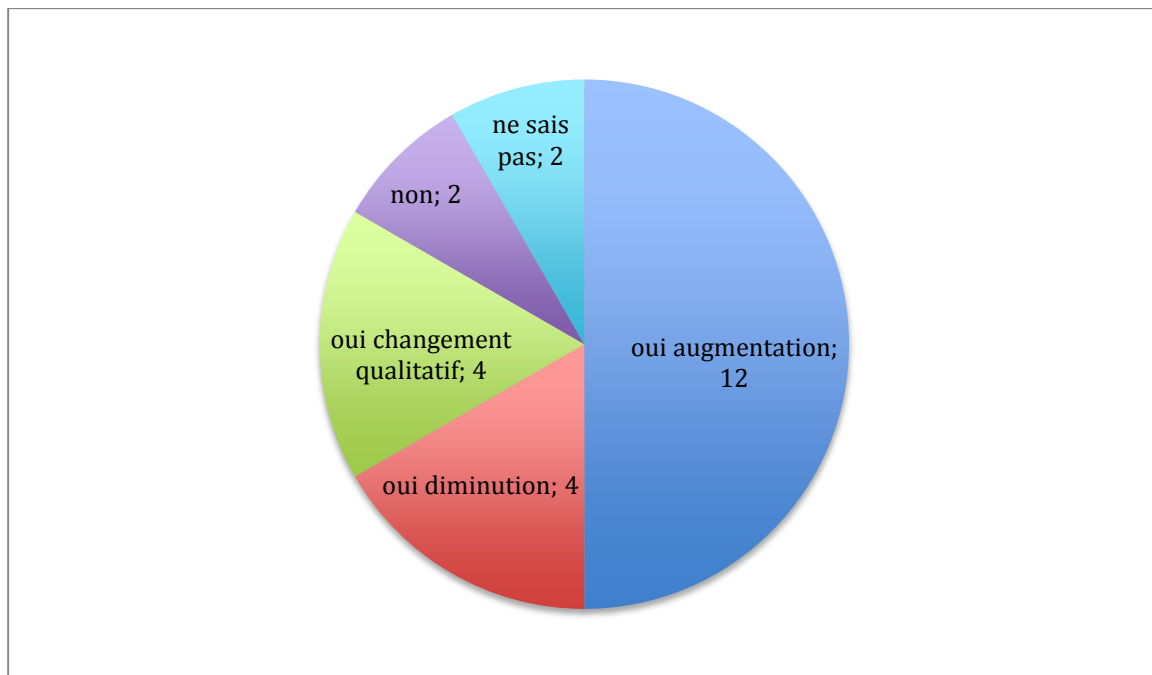
Beaucoup nous parlent du phénomène **d'identification** au patient ou à sa pathologie: «éventuellement le vécu personnel aussi, c'est à dire que si on a eu dans son propre entourage des gens qui ont vécu la même situation, la même maladie ou éventuellement un décès, qu'on ait eu soi même et qu'on est face à un patient qui vient de subir le décès de sa mère ou de son père et bien du coup, on développera plus facilement l'empathie » ; «personnellement j'ai eu des gens qui ont eu des tumeurs dans ma famille, donc quand j'ai des patients qui viennent pour ça, j'y fais beaucoup plus attention», «des maladies qui vont me rappeler des proches, me renvoyer à moi-même du coup je vais être plus empathique».

Tableau 8 : Déterminants de l'empathie : Processus

<u>Processus</u>	<u>Nb personnes citant comme impact positif</u>	<u>Explications</u>
Autorégulation des émotions	2	
Volition	6	
Autorégulation	3	
Pitié envers le patient	1	
Effet de résonance	2	
Identification	13	- Identification 11 - Point communs avec le patient 1 - Expériences personnelles 1

c. Développement de l'empathie pendant le cursus

Figure 3 : Changement empathie au fur et a mesure des études en médecine



Douze internes ont ressenti une augmentation de leur empathie au fur et à mesure de leurs études en médecine : «je trouve que je suis bien plus empathique en tant qu'interne, qu'externe». Quatre internes ont ressenti une diminution (figure 3). 4 internes ont ressenti une modification qualitative de leur empathie alors que 2 internes n'ont ressenti aucune modification de leur empathie «J'ai pas l'impression non. J'ai l'impression que mon empathie a été la même pendant l'externat ou maintenant».

Les raisons évoquées concernant l'augmentation sont :

- augmentation des responsabilités : «je trouve que je suis bien plus empathique en tant qu'interne qu'externe. Interne parce qu'on a plus de responsabilités»

- grâce à l'enseignement de l'empathie : «Moi je l'ai appris à la faculté en fait. Je l'ai appris au cours de communication qu'ils nous enseignent à la faculté»

Concernant la modification qualitative :

- changement de postures par l'enseignement : «au niveau de la parole et des demandes, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de changements ». « Au

niveau des postures ou des choses comme ça». «Oui ça je pense que je l'ai appris pendant mon stage chez le praticien. »

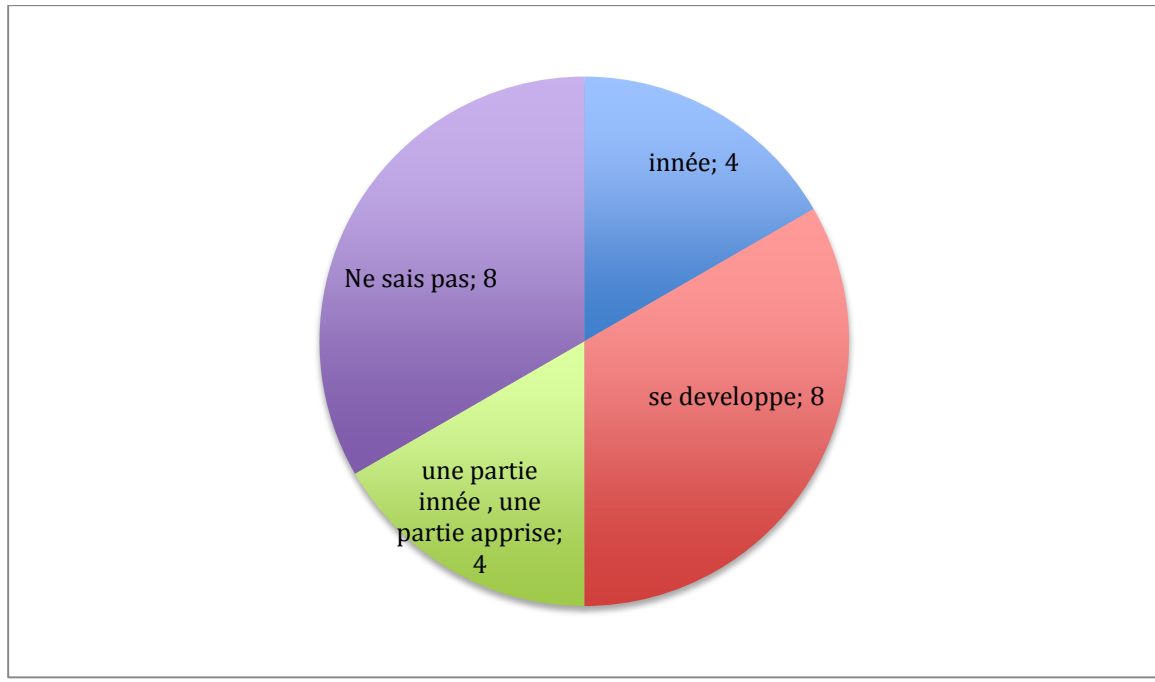
- Développement de l'empathie cognitive par rapport à l'empathie émotionnelle : «Dans le sens où je ressens moins à l'intérieur de moi même la souffrance des gens» « Mais par contre mes capacités d'écoute, j'ai l'impression que je les ai développées» «une espèce d'empathie mais distante. Enfin de l'empathie mais sans sympathie en fait c'est à dire de percevoir, d'essayer de percevoir les choses mais sans les ressentir»

Et concernant la diminution :

- Pour se protéger: «Je suis quelqu'un d'assez sensible, donc au tout début j'allais au-delà de l'empathie, je me mettais à la place des gens et c'était un peu lourd à porter. On ne gère plus 2 patients, il faut gérer toute une salle et on a moins le temps de se poser. Je ne dirais pas diminution ou augmentation, mais un ajustement, contraint par les conditions de travail, on a moins de temps»

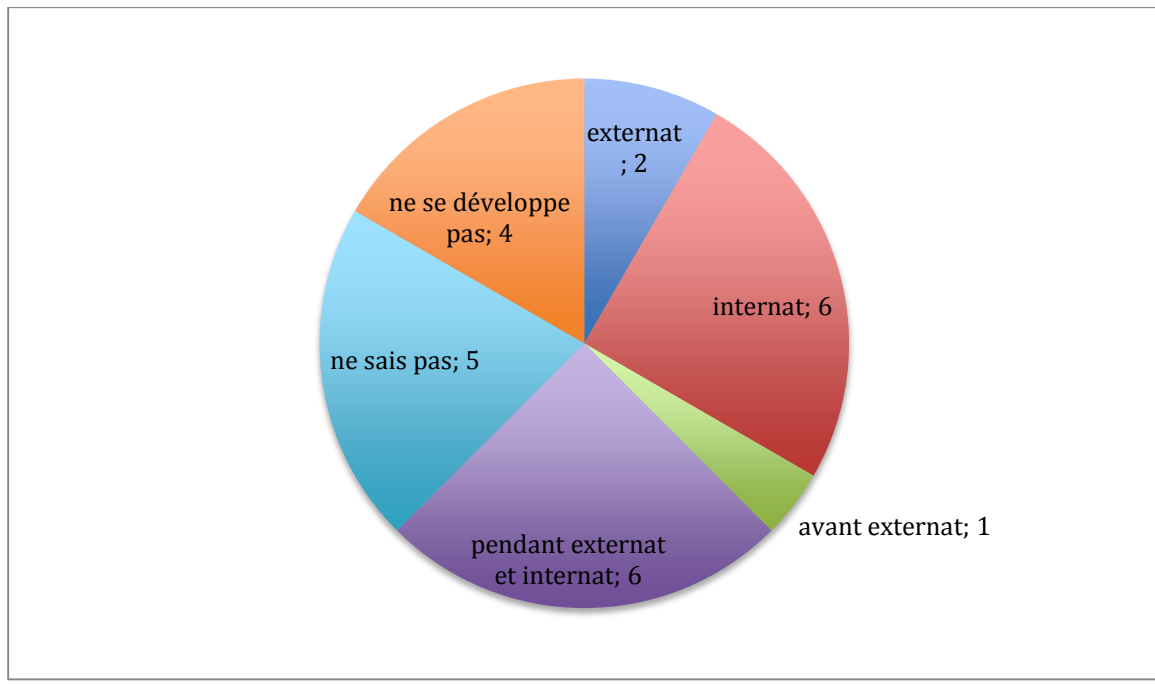
- par réaction de fatalisme : «au début j'avais envie de sauver tout le monde et puis au fur et à mesure tu te dis c'est pas possible». «J'ai de l'empathie mais je pense qu'il y a eu une diminution de l'empathie au fur et à mesure» «pendant l'internat».

Figure 4 : Empathie innée ou figée



4 internes pensent que l'empathie est innée et figée, alors que pour 8 internes l'empathie se développe. 4 internes nous ont dit que l'empathie comprenait une partie innée et une partie à développer au cours de ses études et de sa pratique médicale.

Figure 5 : Meilleur moment pour se former à l'empathie



6 internes pensent que le meilleur moment pour se former à l'empathie est uniquement l'internat «je pense que la formation la plus efficace serait pendant l'internat parce que c'est là qu'on est vraiment proche des patients, c'est là que ça a une implication immédiate du coup» ; tandis que 6 internes pensent que la formation à l'empathie doit débiter pendant l'externat et continuer pendant l'internat : «il faut que ça commence dès l'externat». Seuls 2 internes déclarent que l'externat est le meilleur moment pour se former à l'empathie ; et un seul pense que la formation à l'empathie doit être faite avant l'externat «il faudrait s'y préparer depuis le début des études en médecine».

IX. Discussion

1. Résultats principaux

Cette étude a permis de faire ressortir les déterminants qui selon les internes influent sur leur empathie.

Des antécédents ont été mis en évidence :

Tout d'abord ceux en rapport avec la personnalité de l'interne, qu'ils soient à tendance stables (intelligence pratique, interne attentif, interne sensible, patient, optimiste, extraverti, distant, angoissé) ou variables (stressé, burn-out, joyeux, calme, épanoui, fatigué, triste, ayant des préoccupations personnelles, des problèmes personnels, besoins neurophysiologiques et physiologiques).

Puis, ceux en rapport avec la personnalité du patient (passif, intéressé, agréable, souffrant, fragile, demandeur, agressif, plaintif, marginal).

Et enfin ceux caractérisant la situation clinique que ce soit des conditions cliniques (pathologie grave, type de pathologie, incompréhension avec le patient, méconnaissance de la pathologie) ou encore des contraintes organisationnelles et d'environnement de travail (enseignement, bonne ambiance du service, équipe empathique, type de service, notion de temps, moments de la journée, vacances, difficultés relationnelles avec les collègues, contraintes organisationnelles, manque de formation à l'empathie, charge et temps de travail).

Des processus ont aussi été mis en évidence tels que la régulation, la volition, la résonance et l'identification.

Concernant l'évolution de l'empathie des internes pendant leur formation 12 internes nous ont parlé d'augmentation et les autres de diminution

(pour 4 internes), de changement qualitatif (pour 4 internes) ou encore d'absence d'évolution (pour 2 internes).

Ils étaient 8 à nous dire que l'empathie se développe, 4 pensaient qu'elle était innée et 4 pensaient qu'il y avait une partie innée et une acquise.

Leurs avis divergeaient concernant le meilleur moment pour se former à l'empathie : 6 parlaient de l'internat, 2 uniquement de l'externat, 6 de l'internat et de l'externat, un pensait que ça devait être abordé avant l'externat et pour 4 internes il était impossible qu'elle se développe.

2. Limites

Les méthodes qualitatives sont particulièrement bien appropriées pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus.

"Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer" (87).

Les études quantitatives ont pour but d'observer une interaction sociale, comprendre des perspectives individuelles, constatent une fréquentation, des pratiques, des satisfactions, des attentes, les expériences des individus, mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi cette situation existe. Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pourquoi ils s'autorisent ou non telle ou telle pratique, ou encore comment ils comprennent leur environnement. (88)

Elles comportent cependant des biais :

A. Biais concernant la recherche de mots clés et les thèmes abordés avec les internes

Afin d'identifier les thèmes à aborder avec les internes au cours des entretiens individuels, une recherche bibliographique, que nous avons voulue la plus exhaustive possible, a été effectuée. Nous ne pouvons cependant pas affirmer que toutes les thématiques importantes ont été sélectionnées. Cependant, la technique de l'entretien qualitatif donne au participant la possibilité à plusieurs reprises d'enrichir nos thématiques.

Ces grilles d'entretien ont ensuite été testées sur un groupe de trois internes ce qui permet d'évaluer la longueur de l'entretien, la pertinence des questions et leur compréhension, la cohérence des thématiques abordées et les sujets qui auraient été omis.

Les déterminants cités par les internes sont donc non exhaustifs : certains ont probablement été omis par la grille d'entretien et par les internes eux-mêmes.

B. Biais concernant le recrutement des internes

Dans notre étude qualitative le volontariat était la base du recrutement des internes. Mais ceci expose à des biais concernant leurs motivations à participer à notre étude : internes plus empathiques vis à vis des autres étudiants et souhaitant les aider, internes intéressés par le sujet que nous traitons (pour diverses raisons : se posent des questions quant aux motifs

de leurs modifications d'empathie, ressentent une modification importante de leur empathie, ont eu des reproches associés à leur manque d'empathie, etc...). Les internes désintéressés par cette notion d'empathie étaient probablement moins enclins à participer volontairement à notre étude.

C. Difficulté d'obtention de données objectives

Les données de cette étude qualitative restent subjectives et liées aux informations données par les internes sur leur ressenti. Cependant il est impossible d'affirmer que les déterminants cités par les internes influencent vraiment leur empathie. Il est impossible de faire, uniquement avec cette étude, la différence entre «impression d'être empathique avec les patients », réelle empathie dégagée par l'interne et empathie ressentie par le patient.

D. La saturation des données

Nous avons choisi de fixer un nombre d'internes que nous pensions nécessaire à la saturation des données, puis ensuite, de vérifier si ce nombre était bien suffisant.

Pour ceci nous nous sommes basés sur deux études (89 et 90) disant pour l'une qu'avec 20 entretiens il est possible d'atteindre 90 % des informations que l'on aurait eu avec 30 entretiens et, avec 30 entretiens 90% des informations totales possibles à collecter (nommée saturation des données). L'autre mentionnant que la saturation des données est obtenue avec 12 entretiens.

Nous avons donc fixé le nombre d'internes à 24 avec des réponses revenant identiques.

E. Phénomène de désirabilité sociale

Le phénomène de désirabilité sociale est « un biais affectant l'évaluation de la personnalité lors de la passation de questionnaires auto-administrés », « la désirabilité sociale intervient lorsqu'une personne, amenée à répondre à un questionnaire ou en situation d'entrevue ou d'évaluation, désire présenter une image favorable d'elle-même ; dans de tels contextes, les personnes auront généralement tendance à déformer, de façon intentionnelle ou non, les réponses en minimisant leurs défauts et en accentuant leurs qualités » (91)

En effet, en 2007, Herbert désigne la désirabilité sociale comme « L'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement » (92)

Un reproche courant envers les études déclaratives est le fait qu'il existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité de ses pratiques décrites (93).

On peut se demander pour cette étude si les internes ont bien dit ce qu'ils faisaient réellement et ne l'ont pas modifié afin de satisfaire à ce que la société attend d'eux ; à ce que nous, les internes qui avons réalisés ces interrogatoires, attendons d'eux pour notre thèse ; ou afin qu'une opinion positive ressorte d'eux.

Cette étude est une étude avec interrogatoire en face à face, où les noms des internes sont connus et où les internes interrogés et ceux qui interrogent

sont parfois amenés à se revoir car ils habitent dans la même ville, suivent des cours dans la même faculté ... etc ...

De plus, on sait que les médecins sont particulièrement sensibles aux jugements de leurs pairs et ont des difficultés à reconnaître leurs failles. Richard (94), dans son travail sur l'erreur médicale soulève l'influence de la culture médicale : les soignants ont, d'une manière générale du mal à reconnaître leurs erreurs. Il y aurait un concept d'infailibilité qui se dégagerait de leur formation. Les médecins auraient donc d'autant plus de difficultés à admettre une faille concernant leur niveau d'empathie et donc des difficultés à trouver des déterminants induisant une baisse de leur niveau d'empathie.

3. Discussion des résultats

A. Antécédents

a. Personnalité de l'interne et du patient

Les personnalités de l'interne et du patient semblent déterminer, le niveau d'empathie de l'interne.

On voit en effet que la personnalité de l'interne influencerait : un interne attentif ou sensible sera, selon les internes, plus empathique qu'un interne extraverti, distant ou angoissé. Ceci s'expliquant probablement par une attitude d'écoute plus importante de la part de l'interne.

La personnalité du patient influencerait aussi sur l'empathie de l'interne. Selon les internes, un patient demandeur, agressif, plaintif ou étrange influe de façon négative sur leur empathie tandis qu'un patient intéressé, agréable, souffrant et fragile rend certains internes plus empathiques. Face à un patient passif, certains internes seront moins empathiques (avis d'un interne de l'étude) et d'autres plus (avis de trois des internes de l'étude), les réactions divergent.

On peut penser que les internes aimeraient qu'on s'intéresse à leur travail et qu'ils sont dans une recherche de valorisation. Ceci souligne le caractère narcissique de certains médecins.

Un comportement passif du patient évoque chez certains un sentiment de confiance envers l'interne ce qui augmente leur empathie tandis que pour d'autre il s'agit d'un refus de participation à la décision thérapeutique, un désinvestissement concernant leur santé et la relation thérapeutique.

Certains patients font «peur» aux internes expliquant leur diminution d'empathie comme le patient agressif ou étrange.

Concernant les patients demandeurs ou plaintifs il s'agit probablement d'une peur de ne pouvoir répondre à leur besoin, du sentiment d'échec que peut provoquer les prises en charge de ce type de patient.

Les internes ayant une augmentation de l'empathie liée à la fragilité des patients sont probablement dans une relation paternaliste avec un besoin de protéger le patient. On peut aussi penser qu'ils ressentent de la pitié qui augmenterait leur empathie.

De nombreux auteurs retrouvent que les personnalités du médecin et du patient influencent la décision thérapeutique et la relation thérapeutique, dont découle l'empathie du médecin.

Selon Hollender (95) il existe différents modèles de relation thérapeutique : actif-passif ; professeur-élève ; participation mutuelle ou modèle de l'amitié qui sont liés, entre autre, à la personnalité du médecin et du patient.

La décision thérapeutique serait aussi le fruit de différentes composantes dont la personnalité du médecin et du patient : «la décision est le fruit de composantes biomédicales (objectives), et composantes autres, plus subjectives (liées à la relation, la personnalité du médecin, celle du patient, l'environnement...)» (96)

Pour Chabot, «Les données de la relation médecin-patient, sont liées à la personnalité du médecin, à celle du patient, à l'interaction qui se noue entre elles dans le cabinet de consultation, et aux influences extérieures, conscientes ou non qui s'exercent sur ces 2 personnalités.» (97)

La notion d'empathie ne peut être détachée de la relation thérapeutique et de ses composantes.

b. Types de pathologie

Le type de pathologie du patient semble important : les internes se disent plus d'empathiques envers un patient ayant une pathologie grave, mourant, un cancer, ou les patients en souffrance ; qu'envers les pathologies bénignes ou de la traumatologie. Il y a désaccord des internes concernant les

pathologies psychiatriques : un interne pense être moins empathique envers les patients déprimés et un autre plus empathique envers les pathologies psychiatriques en général.

Gateshill, Kucharska-Pietura and Wattis ont trouvé en 2011 (98) que certains médecins non psychiatres avaient moins d'empathie envers des patients psychiatriques qu'ils trouvaient plus dangereux et imprévisibles. Le niveau d'empathie vis à vis d'un patient avec pathologies psychiatriques dépendrait donc selon eux, à la fois du type de maladie psychiatrique (dangereux envers l'autre ou non) et de la connaissance de l'interne sur les maladies psychiatriques.

Une incompréhension avec le patient entraîne aussi une baisse d'empathie que ce soit lié à la barrière de la langue, à un patient pas clair dans sa demande, ou ayant un niveau socio-économique différent de celui de l'interne. Ceci peut être expliqué par le fait qu'une étape du processus est de comprendre le patient. Éprouver une compréhension empathique en se mettant à la place de l'autre nécessite comme le précise Rogers (99), de faire comme si on était dans la même situation tout en conservant un regard différent. Mais pour cela il faut que le médecin se représente la situation dans laquelle est le patient, qu'il la connaisse, qu'il sache quelles sont ses craintes, ses envies, les symptômes dont il se plaint, les ressources qu'il a pour y faire face. Difficile d'être empathique sans connaître son patient.

c. Conditions d'exercice propices à l'empathie

Les internes ont besoin de conditions d'exercice propices à leur empathie :

Ils parlent principalement de l'ambiance du service, l'organisation du service (dans un service où l'écoute est possible, avec une bonne ambiance au sein du personnel soignant et médical, une équipe empathique envers les autres soignants, sans mésentente entre internes ou avec les séniors, sans contraintes économiques ou organisationnelles alors les internes seront plus empathiques).

Ceci s'explique probablement par le fait que l'interne apprend à être empathique en observant ses pairs. De plus, il est plus épanoui, moins stressé ou anxieux en se sentant soutenu lui-même et en l'absence de contraintes économiques ou organisationnelles.

On retrouve aussi que le manque de temps a été fréquemment rajouté par les internes alors qu'il n'apparaissait pas dans notre questionnaire de base. La notion de temps ressort aussi fréquemment dans l'étude de Céline Buffel du Vaure qui retrouvait qu'un temps de consultation long était associé à un gain d'empathie. (70) Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons :

- Par le fait qu'une consultation plus longue permet une meilleure compréhension avec le patient et l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité. Le médecin peut alors se représenter la situation dans laquelle est le patient et développer son empathie. L'empathie cognitive se développe lors plus facilement.
- Le temps de consultation a aussi un effet sur le stress des internes qui est parfois du à la rapidité des consultations et la peur de prendre du

retard dans ses consultations. Eviter le stress permet d'éviter une diminution d'empathie.

d. Développement de l'empathie pendant le cursus

Douze internes ont constaté une augmentation de l'empathie pendant leur cursus grâce à l'enseignement ou à une augmentation des responsabilités les encourageant à être plus impliqués auprès des patients.

Quatre internes ont constaté une diminution de leur empathie par manque de temps au fur et à mesure de l'augmentation de leurs responsabilités et par fatalisme face aux échecs connus.

Les internes réagissent différemment à l'augmentation des responsabilités qui sont pour certains générateurs d'augmentation de l'empathie (par augmentation de leurs devoirs, on retrouve donc la notion d'augmentation de l'empathie cognitive) et pour d'autres de diminution de l'empathie par surmenage (entraînant du stress qui est encore une fois générateur de diminution de l'empathie).

Et quatre autres internes ressentent une modification qualitative : augmentation de la capacité d'écoute, développement des postures empathiques (qui est probablement due à l'expérience acquise par l'interne lors de son cursus), ou développement d'une empathie désinvestie avec moins de ressenti (qui pourrait être interprété comme un mécanisme de défense afin de préserver sa vie personnelle).

Seul 2 internes pensent que l'empathie est innée et donc non modifiable.

Les avis divergent concernant le moment le plus approprié pour l'apprentissage de l'empathie : la majeure partie des internes pensent que c'est mieux pendant l'internat ou pendant l'internat et l'externat. On

retrouve la notion d'un apprentissage le plus précocement possible pour certains, ou débutant lors des stages, ou encore lorsque les étudiants ont le plus de temps lors de leurs études.

L'enseignement de l'empathie semble essentiel à la formation, mais il faudrait une étude complémentaire, chez les internes en médecine générale, pour savoir à quel moment et de quelle façon ?

e. Le burn out/ la charge de travail

La quasi-totalité des internes nous ont parlé du burn-out comme facteur négatif influant sur l'empathie. Seulement 2 internes ont répondu non à la question fermée leur demandant si le burn-out diminuait leur empathie.

Le burn-out entrainerait selon eux une irritation, une perte de motivation, une diminution d'investissement, de la fatigue, une humeur triste. Il serait, de plus, lié à des soucis personnels ce qui entrainerait une diminution de l'empathie de l'interne.

La grande majorité des internes relie le burn-out à une quantité de travail trop importante, une surcharge de travail.

En effet, selon leurs dires, un interne fatigué se concentrera plus sur lui-même et sera donc moins enclin à la relation empathique qui nécessite d'être à l'écoute de l'autre.

Un lien se ferait donc entre le burn-out et fatigue.

Ce syndrome d'épuisement professionnel vise en majorité les professions impliquant un engagement relationnel et semble lié à ce relationnel.

Il est décrit selon 3 composantes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

On retrouve des résultats identiques dans l'étude « burn-out et empathie dans les soins primaires : trois hypothèses » (65), montrant que le burn-out semble être un facteur de régression de l'empathie.

Ils y avancent trois hypothèses de liens entre empathie et burn-out (65) : le burn-out serait un «tueur» d'empathie ; l'empathie entrainerait le burn-out et l'empathie empêcherait le burn-out (100). Brazeau observe que plus le niveau de burn-out des étudiants est haut, moins ils ont d'empathie clinique. (101)

Comme souligné par Truchot (102) «quand un médecin généraliste est en burn-out, il a tendance à s'éloigner de toute relation avec ses patients. Cette stratégie de retrait permet aux professionnels de santé en état de burn-out de rétablir un sentiment d'équilibre psychologique ou la protection de leurs ressources personnelles» ce qui serait l'une des explications de cette diminution d'empathie.

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

f. La notion d'optimisme

Cette notion est différemment interprétée selon les internes.

Deux internes nous parlent d'un facteur positif sur leur empathie (soit directement soit en leur évitant le burn-out).

Un seul nous parle d'un facteur négatif sur son empathie car «être trop optimiste, c'est être trop sympathique et donc pas empathique je

pense ». Il nous parle d'un optimisme qui entrainerait de la sympathie à la place de l'empathie et donc serait néfaste à la relation. L'optimisme dont il parle entraîne probablement une empathie avec une dimension plus émotive que cognitive et se rapproche, ou se confond alors avec la sympathie.

Les internes nous parlent d'une empathie émotive qui a donc tendance à rapprocher l'interne de la sympathie. Pour favoriser l'empathie et non la sympathie, il paraîtrait important de développer son empathie cognitive et non son empathie émotive. L'empathie cognitive semble donc la plus appropriée pour le médecin dans sa pratique.

g. Le bien être de l'interne

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

En effet, l'état de stress a aussi été cité de nombreuses fois (par 10 internes) et l'état de fatigue a été cité par l'ensemble des internes.

Ceci était aussi mentionné par Shanafelt (69) qui avait également travaillé chez des internes en médecine et avait trouvé une association significative avec $p=0,02$ pour les femmes et $p=0,05$ pour les hommes.

Les notions d'empathie, de bien être et de burn-out semblent être reliées. En effet, le bien être favoriserait l'empathie et diminuerait le burn-out

(103), et l'empathie serait augmentée par le bien-être et diminuée par le burn-out.

B. Processus

Notre questionnaire n'était pas orienté vers une recherche de processus mais plus vers des déterminants ne résultant pas d'interactions (nommées Antécédents dans le modèle de Larson et Yao). Il n'a pas été donné aux internes d'exemples de situations empathiques ou d'exemples de processus empathiques précis qui auraient pu les orienter à affirmer ou réfuter nos propositions sur les processus ou nous en donner de nouvelles.

Mais au cours de nos entretiens, quelques informations concernant des processus empathiques comme l'identification, la régulation des émotions, la volition ou l'effet de résonance sont ressortis. Les internes nous ont cité ces processus sans que la question ne leur soit initialement posée.

Peu de processus empathiques ont donc été retrouvés, c'est le type de recueil de données qui occultait l'occurrence de cet aspect.

Il serait intéressant d'évaluer les processus et interactions chez les internes lors d'une prochaine étude.

a. Phénomène d'identification

Les internes mentionnent bien que selon eux, se mettre à la place de l'autre augmenterait ce qu'ils nomment «empathie».

Cette notion, nommée processus d'identification, est fréquemment citée par les internes tel un déterminant, influençant leurs réactions empathiques vis à vis des patients.

Il s'agit, en psychologie, du fait de se reconnaître dans une caractéristique ou une personne extérieure à soi.

Mais la notion d'identification diffère selon les auteurs, certains en font un synonyme d'empathie, d'autres déclarent que lorsqu'il y a identification, il ne peut pas y avoir empathie car pour être empathique il faudrait préserver sa séparation d'avec l'objet (104), définition qui semble concorder avec celle vue précédemment du Pr Consoli (37).

Lorsqu'il y a identification avec partage des émotions ou « contagion des émotions » (105) on est plus proche de la notion de sympathie (106).

L'identification diffère de la résonance en ce que celle-ci est un processus cognitif réflexif, tandis que l'identification est un processus cognitif élaboré.

b. Notion de Volition

Certains internes ont mentionné le fait qu'en décidant d'être empathique ils arrivent à l'être.

Il s'agit d'un processus de volition : c'est l'événement par lequel l'individu «se met en mesure d'agir» en vue d'un résultat, interne ou externe. (107)

Cette notion fait parti du concept, plus général d'autorégulation, il s'agit d'une sous-catégorie de l'autorégulation car elle est orientée vers un but précis ; il s'agit toujours d'une démarche consciente (ce qui n'est pas toujours le cas concernant l'autorégulation).

Cette notion est liée au professionnalisme.

Ayant compris et appris que l'empathie était nécessaire dans la relation médecin-patient pour obtenir de bons résultats, certains internes cherchent alors des moyens d'augmenter leur empathie et «se mettent en mesure» d'être empathique.

Il veut être empathique donc il le devient.

C'est plus probablement une empathie cognitive qui se développe alors. En effet, l'empathie affective ne peut se développer ainsi, puisqu'il s'agit d'un mécanisme intuitif et non d'un phénomène de compréhension. Il s'agit ici d'un raisonnement aboutissant à une attitude empathique voulue.

Les internes pensant cela sont des internes qui seront probablement plus réceptifs à la formation et l'apprentissage des déterminants de l'empathie.

C. Enrichissement du Modèle de Larson et Yao

Le modèle de Larson et Yao était un des points de départ de notre étude (79) concernant les notions à aborder avec les internes. Ce modèle étant purement théorique, il était intéressant de le confronter à la réalité.

Notre étude a cependant été plus axée sur l'analyse de la partie «antécédents du modèle» en cherchant à étoffer les notions qui s'y trouvaient.

Nos recherches ont abouti à une partie «antécédents» divisée en 2 catégories : les traits à tendance stables et les états variables des internes. Les parties «personnalité du patient» et «personnalité de l'interne» ont été conservées.

La partie «caractéristique de la situation clinique» a été remaniée en une partie «conditions cliniques (relation soignant/soigné)» prenant en compte le type de pathologie et la compréhension avec le patient ; et une partie «contraintes organisationnelles/environnement de travail» (prenant en compte l'enseignement, l'ambiance du service, le type de service, la notion de temps, les moments de la journée ou de l'année).

La partie processus a ensuite été mentionnée.

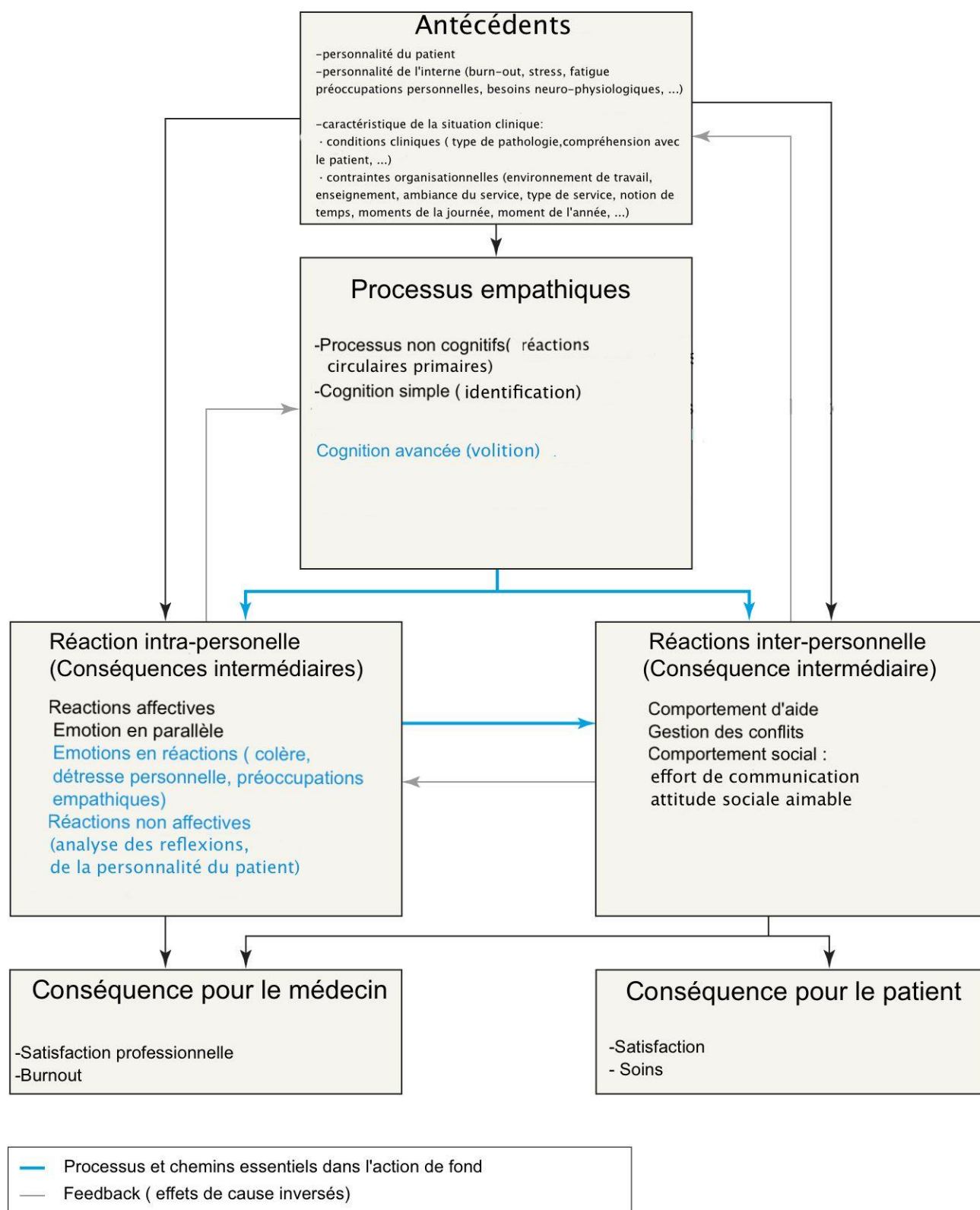
On retrouve d'autres modifications à apporter : les éléments notés dans «conséquence pour le médecin » dans le modèle de Larson et Yao (comme le burn-out) sont à placer chez certains internes dans «Antécédents». En effet, pour certains il s'agit d'un état de l'interne, qui va influencer l'empathie (ainsi le burn-out serait un élément influençant négativement l'empathie alors que la satisfaction personnelle serait à relier au bien-être de l'interne et donc influencerait positivement l'empathie des internes).

Les phénomènes de processus ont été relatés par les internes sans pour autant qu'ils ne soient directement abordés par notre questionnaire, comme par exemple l'identification, ou encore le phénomène de volition. De plus, certains internes nous ont bien parlé de processus non cognitifs telles que des réactions circulaires primaires.

Cependant, la conception de notre étude ne se prêtait pas à une recherche sur les réactions intrapersonnelles ou interpersonnelles et aucune de ces notions n'y est représentée.

Les conséquences pour le patient n'ont pas été abordées dans cette étude qui ne relevait pas du vécu du patient.

Figure 6 : amélioration du modèle de Larson et Yao suite à notre étude



D. Une définition de l'empathie atypique chez les internes

On remarque que les internes ont une définition de l'empathie bien particulière allant de la sympathie (augmentation de l'empathie chez les optimistes ou lors de l'identification), à la pitié (empathie augmentée par la fragilité des patients), et au narcissisme (augmentation de l'empathie lorsque les patients s'intéressent à leur travail).

Ceci nous amène à penser que les déterminants de l'empathie donnés par les internes sont parfois reliés à une représentation de l'empathie qui leur est propre et non à celle communément admise de l'empathie.

La grille d'entretien ayant servi à évaluer à la fois les déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale et leurs définitions de l'empathie, il est impossible d'avoir une définition commune de l'empathie chez les internes que nous avons interrogés.

Il serait en effet intéressant de fixer préalablement à l'entretien une définition claire de ce qui est considéré comme étant de l'empathie. Ceci permettrait de savoir si les déterminant ci-dessus sont bien à rattacher à l'empathie et non à la sympathie par exemple.

E. Des améliorations à apporter concernant les déterminants variables

Selon cette étude, les internes pensent que leur empathie comprend des éléments innés et des éléments acquis, ce qui nous laisse penser qu'il est possible d'améliorer l'empathie des internes et futurs médecins.

Il faut pour cela qu'ils prennent conscience des éléments qui influencent leur propre empathie qu'ils pourraient modifier comme leur humeur, leur

formation à l'empathie, l'optimisme, le développement d'une empathie cognitive.

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

X. Conclusion

Ce travail de recherche visait à mettre en évidence les déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale.

Il comporte des limites qui sont principalement celles inhérentes aux études qualitatives : biais de recrutement des internes, biais de recherche des mots clés et des thèmes abordés et la difficulté d'obtention de données objectives ; et les biais inhérents aux entretiens avec le phénomène de désirabilité sociale.

Ce travail a pu mettre en évidence que l'empathie des internes en médecine générale semble influencée par des déterminants concernant l'interne lui-même (sa personnalité, les évènements de la vie, son humeur, l'état de burn-out), le patient (sa personnalité, ses pathologies, ses difficultés de compréhension), son environnement (moment de la journée et de l'année, organisation du service, ambiance du service, rythme de travail, stress au travail) et sa formation.

Le phénomène d'identification est retrouvé chez de nombreux internes induisant parfois soit des réactions empathiques, soit une barrière entre eux et leurs patients avec diminution du ressenti associé.

La notion de volition a aussi été reliée au phénomène empathique par l'induction d'une empathie provenant d'une volonté propre de l'interne.

Au travers de cette étude, les internes nous font part des facteurs qui, selon eux, favoriseraient une augmentation de leur empathie :

- Avoir du temps à consacrer au patient
- Un rythme de travail moins fatiguant et respectant leurs besoins neurophysiologiques

- Des conditions de travail sereines : bonne entente entre co-internes, séniors, personnel soignant
- Une organisation de service optimale
- Une formation à l'empathie dispensée dès le début des études en médecine.
- Eviter le burn-out.

Ce travail de recherche ouvre la voie à la réalisation de nombreuses études à réaliser :

- Une évaluation du vécu des patients serait à réaliser : les patients ressentent-ils une modification réelle de l'empathie de leur médecin/interne dans les mêmes conditions que citées précédemment ? En effet, nous avons vu ci-dessus qu'il était possible de se demander si les internes avaient une vision objective et réaliste de leurs capacités en matière d'empathie. Le ressenti des patients est-il le même ? Car c'est bien, au final, le ressenti des patients qui importe le plus.
- Une étude comparant les représentations de l'empathie chez les internes avec les déterminants de leur empathie serait intéressante. Il est probable que ces déterminants varient en fonction des définitions admises par les internes.
- Une étude spécifique sur les modalités d'enseignement de l'empathie et leurs répercussions serait aussi intéressante, en fonction des déterminants influençant l'empathie des internes.
- Une étude quantitative serait nécessaire concernant les déterminants de l'empathie afin d'évaluer vraiment la proportion de internes influencés par les déterminants cités précédemment ; celle-ci est actuellement en cours de

réalisation dans le cadre d'une collaboration entre le Département de Médecine Générale et l'Institut de Psychologie de la Faculté Paris Descartes.

L'empathie est, plus que jamais, un élément clé de la relation médecin-patient qui nécessite encore d'être approfondie à de multiples égards.

XI. Bibliographie

1. Jean-Paul Ndoreraho, M.A., Stéphane Martineau, Ph.D., Une problématique des débuts de la carrière en enseignement
2. M.C.Dedienne, P.Hauzanneau, J.Labarere, A.Moreau, «relation médecin malade en soins primaires, qu'attendent les patients», exercer 2003. Tome 17. N° 611 du 22 avril 2003. p1-4.
3. Lecomte J. Empathie et ses effets. Elsevier Masson; 2010.
4. Darwin, C. The expression of the emotions in man and animals. New York: Filiquarian. [1872].
5. Alexander RD. The evolution of social behavior. Annual Review of Ecology and Systematics.1974; 5:325-83
6. PLUTCHIK, R. Evolutionary bases of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), Empathy and its development. Cambridge, England: Cambridge University Press ; 1987. p. 38-46.
7. Renaud Gaucher. La psychologie positive (ou l'étude scientifique du meilleur de nous même). L'Harmattan. 2010.
8. De Vignemont F., Singer T. The empathic brain: how, when and why ? Trends in Cogn Sci. 2006 Oct;10(10):435-41.
9. Eisenberg, N., & Morris, A. S. The origins and social significance of empathy-related responding. Social Justice. 2001; 14, 95-120.
10. Hoffman, M.L. Empathy and moral development: Implications for caring and justice. New York: Cambridge University Press, 2000.
11. Chartrand T. L. & Bargh, J. A. The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. Journal of Personality and Social Psychology. 1999; 76, 893-910.
12. J. L. Lakin, V. E. Jefferis, C. M. Cheng, and T. L. Chartrand, "The Chameleon Effect as Social Glue: Evidence for the Evolutionary Significance

of Nonconscious Mimicry," *Journal of Nonverbal Behavior*. 2003;vol. 27, iss. 3, pp. 145-162.

13. R. Vischer, *Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik (Le sentiment optique de la forme, contribution à l'esthétique)*. Thèse 1873.

14. Lipps T. *Zur einföhlung*. W. Engelmann; 1912.

15. Hoffman, M.L. Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg-Berg, (Ed.), *Development of Prosocial Behavior*. New York: Academic Press, 1982, 281-313

16. Batson, C.D. *The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.

17. Goldman A. I. « Consciousness, folk psychology and cognitive science », *Consciousness and Cognition*, vol. 2, 1993, p. 364-382.

18. Vetlesen AJ. « Perception, empathy, and judgment: An inquiry into the preconditions of moral performance », Pennsylvania State University Press, 1994.

19. Eisenberg N. « Emotion regulation and moral development. », *Annual Review of Psychology*, 2000, 51 : 665-697.

20. Preston S.D., de Waal FB., « Empathy: Its ultimate and proximate bases. », *Behav Brain Sci.*, 2002 Feb; 25(1):1-20; discussion 20-71.

21. Hojat M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002 sept;159(9):1563-9.

22. Baron-Cohen S., Wheelwright S. "The Empathy Quotient: An Investigation Of Adults With Asperger Syndrome Or High Functioning Autism, And Normal Sex Differences". *J Autism Dev Disord*. 2004 ;34 (2): 163-175

23. Thompson E. Empathie et expérience humaine : essai de circulation mutuelle entre science cognitive, sagesse, contemplative et philosophie phénoménologique. *Théologiques*, 2004 ; 12, 1-2, p39-70.
24. Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969;33(3):307-16.
25. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy¹. *Journal of Personality*. 1972 déc;40(4):525-43.
26. Eisenberg N., Spinrad T. L. & Sadovsky A. Empathy-related responding in children. In M. Killen & J. Smetana (Eds.) *Handbook of moral development*. 2006; (pp. 517–549). Mahwah, NJ: Erlbaum
27. Hein G. & Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2008; 18, 153–158
28. Reniers RL, Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Völlm BA. The QCAE. A Questionnaire of cognitive and affective Empathy. December 2010.
29. De Peretti A. *Pensée et vérité de Carl Rogers*. Privat; 1974
30. Azoulai Guy. *Qu'est ce que l'empathie ?* Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel.
[En ligne] 12 Septembre 2006. Consultable à l'URL : <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie>.
31. Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press. 1984.
32. Balint M. « Le médecin, son malade et la maladie ». Paris. Editions Payot et Rivages, 1996.
33. Decety J. & Lamm C. Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*. 2006; 6, 1146-1163.
34. Decety J. *L'empathie, une spécificité humaine ?* Le Monde.fr [En ligne]. [cité 2012 mai 6]; Disponible à l'URL: <http://www.lemonde.fr/savoirs-et>

connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html.

35. Glaser KM. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Medical Science Monitor*. 2007;13(7).
36. Conférence Permanente de la Médecine Générale, Velluet L. Le champ de la subjectivité. *Editoo.com*. 2002.
37. Consoli SM. Relation médecin-malade. *EMC référence*. 2004;15-35.
38. Michalec B. Learning to cure, but learning to care? *Advances in Health Sciences Education*. 2010 sept 25;16(1):109-30.
39. Extrait de T. Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, introduction et traduction de F. Bourricaud, Paris, Plon, 1955, p. 197-238.
40. Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. 2010.
41. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Lancet*. 2002;359;520-2.
42. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136;243-6.
43. Jean Brami. Haute autorité de Santé. EPP infos n°22. Février 2008.
44. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002;29(2):213.
45. Ministère de la Santé et des sports. Hôpital, patients, santé, territoires. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07\]09\]09.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07]09]09.pdf)
46. Paul Frappe, Claude Attali, Yves Matillon. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer* 2010 ; 91 :41-6.

47. Epstein RM. Defining and assessing professional competence. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002 Jan 9;287(2):226-35.
48. Bernard JL., Reyes P. Apprendre en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale. 2001 ; 2 :163-9
49. Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Logique. 1992.
50. Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal : éditions de la Chenelière. 2006.
51. Compagnon L., Bali P., Huez JF., Stalnikiewicz B., Ghasarossian C., Zerbib Y., Piriou C., Ferrat E., Chartier S., Le Breton J., Renard V., Attali C. Définition et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ; 108 :148-55
52. Liste des compétences à valider pour le DES de MG, Site internet du D.E.S de Médecine Générale Ile-De-France [En ligne] Consultable à l'URL : <http://desmgidf.fr/page/liste-des-competences-pour-le-des-de-mg>
53. Allen J., Gay B., Crebolder, Heyrman J., Svab I., Ram P., The European definitions of the key features of the discipline of general practice : the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002 ; 52 :526-7
54. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med. 2002 Feb 5;136(3):243-6.
55. West C., Shanafelt T. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Medical Education. 2007;7(1):29.

56. Szasz ts, Hollender mh. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956 May;97(5):585–592
57. Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ : British Medical Journal.* 1991 nov ;30;303(6814):1385
58. Alain Moreau, Rémy Boussageon, Pierre Girier, Sophie Figon Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin“ en soins primaires. *La Presse Médicale.* Juin 2006; Vol 35, N° 6-C1. pp. 967-973
59. Fantino B., Wainsten J-P., Bungener M., Joublin H., Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l’entourage accompagnant le patient. *Santé Publique.* 2007;19(3):241.
60. Marco Vannotti. Écouter, penser, parler. *Rev Med Suisse.* 2008;4:2182
61. Stewart MA. Effective-physician patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995 ; 152 : 1423-33
62. Girandola F. Persuasion et santé publique. In : Bonardi C, Giroandola F, Roussiau N, soubiale N, editors. *Psychologie sociale appliquée. Environnement, santé, qualité de vie.* Paris : In press ; 2002. p121-39
63. Kim SS., Kaplowitz S., Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004 ; 27 :237-51.
64. Derksen Frans, Bensing Jozien, Lagro-Janssen Antoine, Effectiveness of empathy in general practice. A systematic review. *BritishJournalofGeneralPractice*, January 2013. P76-84.
65. Franck Zenasni, Emilie Boujut, Aude Woerner, Serge Sultan. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *British Journal of General Practice.* Jul 2012; 62(600): 346–347
66. Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., and Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement.

BMJ. Nov 30, 1991; 303(6814):1385-1387.

67. Kataoka HU., Koide N., Ochi K., Hojat M., Gonnella JS. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine*. 2009 sept;84(9):1192-7

68. Di Lillo M., Cicchetti A., Scalzo AL., Taroni F., Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. *Academic Medicine*. 2009 sept;84(9):1198-202

69. Shanafelt TD., West C., Zhao X., Novotny P., Kolars J., Habermann T. et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among. *J GEN INTERN MED*. 2005 juill;20(7):559-64.

70. Céline Buffel du Vaure, Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique, thèse pour le doctorat en médecine, 2011.

71. Bonvicini K.A., Perlin M. J., Bylund C.L., Carroll G., Rouse R.A., Goldstein M.G. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. Elsevier. April 2009 Vol75, Issue 1 :3-10.

72. Riess H., Kelley JM., Bailey R., Konowitz PM., Gray ST. Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Jan;144(1):120-2.

73. Kraus M.W., Cote S., Keltner D. Social Class, Contextualism, and Empathic Accuracy. *Psychological Science*, 2010; 21 (11): 1716 DOI: 10.1177/0956797610387613

74. Carmel S. Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social- organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine*. 1996 oct;43(8):1253-61.

75. Ouzouni, C., Nakakis, K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, 2012 Jul-Sep; 6 (3): 534-52.
76. Hojat M., Mangione S., Nasca TJ., Rattner S., Erdmann JB., Gonnella JS., Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004 Sep; 38(9):934-41.
77. Roberts LW, Warner TD, Moutier C, Geppert CM, Green Hammond KA Are doctors who have been ill more compassionate? Attitudes of resident physicians regarding personal health issues and the expression of compassion in clinical care. *Psychosomatics*. 2011 Jul-Aug;52(4):367-74.
78. Neumann Melanie , Edelhäuser, Friedrich ,Tauschel, Diethard, Fischer, Martin R. ,Wirtz, Markus, Woopen, Christiane, Haramati, Aviad, Scheffer, Christian, Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents, *Journal of Medical Education*, 20120319
79. Larson E. B., Yao X. The Patient-Physician Relationship: Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100-1106. doi:10.1001/jama.293.9.1100.
80. Fine VK., Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ*. 1977;52:752]757.
81. B.O. n°23 du 27 juin 2007 : <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
82. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf ; http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915286/la-bientraitance-en-etablissements-de-sante
83. Marin E. ENSEIGNER L'EMPATHIE EN MEDECINE? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. Année 2011.
84. Why We Read Fiction: Theory of Mind and the Novel. 2006)

85. Rashi Aggarwal and Nicole Guanci. Teaching empathy during clerkship and residency. *Academy Psychiatry*. March 2014.
86. Helen Riess . Can empathy be taught . *Medscape*. February 2013.
87. Jean-Claude Kaufmann . *L'entretien compréhensif*. Armand Colin. 1996.
88. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. Trois méthodes d'approche des publics. *Bulletin des bibliothèques de France*. Novembre 2006.
89. Griffin A, Hauser JR. The voice of the consumer. *Marketing Science*. 1993;12(1):1]27.
90. 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.
91. Perrine Madern . La désirabilité sociale a-t-elle un effet sur la motivation au changement des personnes en cours de sentence ? Rapport de stage présenté à la Faculté des Arts et des Sciences en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (M.Sc.) en criminologie . Université de Montréal
92. Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact, *Actes du Congrès de l'AFM, Aix-les-Bains, 2007*.
93. Annaïg Mahé, *Les méthodes qualitatives, intérêt et limites*, 2002, éditions de revues numériques.
94. Richard F. Les erreurs en médecine : pourquoi et comment en parler? *Rev Epidemiol*. 2005;53(3):315-22
95. SARFATI, *Principaux Aspects de la relation médecin malade en médecine générale*. 88. Th. : Méd. Marseille: 1989; n° 89AIX20312.

96. Eléments de la démarche décisionnelle, société française de médecine générale, fiche n°32
97. Chabot JM. Décision Médicale : des théories pour des pratiques. La Revue du praticien, 1997; 47 : 877-878.
98. Georgina Gateshill, Kate Kucharska-Pietura and John Wattis. Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals. The psychiatric bulletin. 2011
99. M. Kinget et C. Rogers, Psychothérapie et relations humaines, 1962; vol. I, 146-306, Paris Nauwelaerts
100. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. 2003 18(8):670–674.
101. Brazeau CM., Schroeder R., Rovi S., Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy and, professionalism climate. Acad Med. 2010;85(10 Suppl):33–36.
102. Truchot D., Roncari N., Bantégnie D., [Burnout patient, compliance and psychological withdrawal among GPs: an exploratory study] Burn out, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'encéphale. 2011;37(1):48–53
103. Shanafelt TD., Bradley KA., Wipf JE., Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002 Mar 5;136(5):358-67.
104. Fantasy and identification in empathy. Beres, David. Arlow, Jacob A..Revue Française de Psychanalyse, July 2004;Vol 68(3), Special Issue: L'empathie. pp. 771-790.
105. Berthoz Alain, Jorland Gérard, dirs, L'empathie. Paris : O. Jacob, 2004
106. Sarah Famery. L'empathie : l'art d'être en relation. – Essai. Eyrolles. 06/2013

107. Philippe Carré et Fabien Fenouillet . Traité de psychologie de la motivation. Dunod. p 331.

XII. Annexes

Annexe 1 : Un Entretien type :

Entretien semi-structuré pour l'étude de l'empathie et du burn-out 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 ses souvenirs.

« Alors, on va commencer l'entretien par des questions qui concernent ta perception de l'empathie dans l'exercice professionnel de la médecine. Après on abordera la question de l'intérêt que tu accordes à l'empathie et de ses atouts dans ta pratique professionnelle future. Et on va poursuivre sur le thème de la pratique de l'empathie pendant l'internat, période finale d'acquisition de l'autonomie. Nous continuerons par des questions sur ta perception des raisons du manque d'empathie de certains médecins ou des freins. Et enfin la dernière partie de l'entretien abordera ta satisfaction en matière de formation à l'empathie.

-D'abord je vais te demander plusieurs éléments sur ta situation personnelle :

- Dans quel semestre es-tu ?
- As-tu des parents médecins ?
- Dans quel stage es-tu en ce moment ?
- Dans quel stage étais-tu précédemment ?
- Es-tu célibataire ? En concubinage ?
- As-tu des enfants ?
- As-tu suivi d'autres formations ? As-tu fait des DU, des formations complémentaires ?

- Alors, concernant ton stage actuel, peux-tu me le décrire et me dire quel genre d'interaction tu as avec les patients ?
- Y-a-t-il des moments où tu disposes de plus de temps avec les patients ? »

La deuxième partie concerne l'empathie dans l'exercice professionnel de la médecine.

- «-Alors, d'abord selon toi qu'est ce que l'empathie en général, dans la vie de tous les jours ?
- Selon toi, en fonction de ton expérience professionnelle, qu'est ce que l'empathie dans l'activité professionnelle du médecin, est-ce une empathie spécifique à cette activité ?
- Peux-tu me citer une situation clinique récente au cours de laquelle tu as été empathique. Est-ce que tu peux me la décrire et décrire l'interaction qu'il y a eu, et de quelle manière tu as été empathique ?
- Est-ce que tu as pris en compte le discours de la patiente ?
- Est-ce que tu as pris en compte ses émotions ?
- Est-ce que tu as essayé de te mettre à sa place ?

-Est-ce que tu as essayé de te protéger ou de te mettre à distance ? »

3^{ème} partie : l'empathie dans l'activité clinique.

« -D'une manière générale penses-tu que les médecins doivent être empathiques dans leur interaction avec les patients. Pourquoi ?

-Est-ce que selon toi, il est contradictoire ou au contraire conciliable pour un médecin de rechercher l'efficacité technique autant que la qualité relationnelle ?

-L'empathie peut-elle permettre d'améliorer la qualité des soins aux patients et pourquoi ?

- Est- ce que pour toi, ça change l'observance ?

- Est-ce qu'il y a, pour toi, un meilleur partage de l'information ?

- Dans la recherche diagnostique, est ce que tu trouves que ça apporte une aide ?

- Et dans l'aide au choix thérapeutique ?

- Et concernant le soutien social et émotionnel ?

- Est-ce que tu penses que l'empathie clinique peut être développée, apprise ou penses-tu au contraire qu'elle est figée, cristallisée ? Pourquoi ? »

La 4^{ème} partie est une partie sur les facteurs favorables ou défavorables à l'empathie clinique.

« - Ton empathie dépend-elle de ton humeur (positive, négative) et d'états émotionnels spécifiques (stress, anxiété, joie). Si oui, de quelle manière ?

-Et les états émotionnels (stress, anxiété) ?

- Est-ce que ton empathie clinique dépend de moments de vie particuliers (soucis personnels, fatigue au travail, retour de congé) et si oui de quelle manière ?
- Est-ce que ton empathie clinique dépend des moments de la journée (arrivée au travail, repas, fin de garde) ?
- Est-ce que ton empathie clinique dépend du climat dans lequel tu travailles (l'ambiance du service, des équipes..). Si oui, de quelle manière ?
- Est-ce que ton empathie clinique dépend du type de maladie, des symptômes que présente le patient ?
- Est-ce que ton empathie clinique dépend de la personnalité des patients (patient exigeant, revendicateur, désintéressé) ? Si oui, pourquoi ?
- Est-ce que ton empathie clinique dépend de la classe sociale et des caractéristiques sociales et économiques de tes patients ?
- Est-ce que ton empathie est liée à ta personnalité (extraversion, introversion, optimisme..) ? »

Ensuite c'est la 5^{ème} partie, c'est sur l'impact de l'empathie sur ta santé.

- «- Est-ce que l'empathie peut être dangereuse pour ton équilibre personnel (puise ton énergie, demande trop de temps, met en péril ton fonctionnement social) ou au contraire est ce que c'est salubre ?
- On définit le burn-out 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 burn-out. Peux-tu me dire sur la base de ton expérience clinique celles que tu estimes vraies et pourquoi ?
- Le burn-out diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation de la part du soignant.

-L'empathie favorise le burn-out parce qu'elle crée une fatigue compassionnelle, estimes-tu que c'est vrai ?

-L'empathie diminue le burn-out car elle favorise la satisfaction du patient mais aussi du soignant et favorise ainsi la perception d'un accomplissement personnel. Est-ce que tu penses que c'est vrai ? »

La dernière partie est la partie sur le développement de l'empathie pendant l'internat.

« -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 ?

-Est-ce que tu as 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 ?

-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 ?

-Si tu penses que l'internat est un temps de formation, par la pratique au diagnostic, aux gestes techniques, au traitement, est ce que tu penses que c'est aussi un temps de formation à l'empathie ?

-A quel moment au cours de tes études faudrait-il te préparer à la formation sur l'empathie ?

-As-tu suivi pendant ton externat des cours, tu m'as dit que «oui» tu en avais suivi, sur le thème du comportement et des relations médecin patient ?

- Et est-ce que ça t'a servi dans ta pratique ?

- Est-ce que tu connais plusieurs méthodes pour te former à l'empathie ? Si oui, lesquelles ? »

Annexe 2 : Une partie du tableau Excel :

Question 6 réponse binaire : Votre empathie dépendant-elle des symptômes du patient"		Question 6 : réponse qualitative
Sujet 1	Oui	Effet de résonance, identification. Facteur négatif: méconnaissance : "des maladies qui vont me rappeler des proches, me renvoyer à moi-même du coup je vais être plus empathique ; mais pareil avec le risque de me mettre à la place du patient et ensuite de me mettre en danger et de ne plus pouvoir aider. Et à l'inverse, il y a des situations que je vais avoir du mal à comprendre et du coup je serai moins empathique "
Sujet 2	Oui	facteur + : Identification, gravité de la maladie, représentation sociale. "suivant la représentation qu'il a de la maladie. Chez certaines personnes suivant des antécédents personnels ou familiaux graves ou me parlant"
Sujet 3	Oui	Facteur + : identification et résonance. Facteur - : patient non compliant " Oui je pense que ça dépend de la pathologie des patients car on est plus ou moins empathique. Il y a l'identification au patient" "; les patients qu'on aime pas trop, les gros fumeurs toujours malades qui continuent de fumer, je pense qu'on est moins empathique "
Sujet 4	Oui	Facteur + identification avec résonance, gravité de la maladie, certitude de la maladie ; Facteur - méconnaissance de la maladie." il doit y avoir des symptômes pour lesquels on ne doit pas avoir d'empathie ca on ne connaît pas; par exemple je n'ai jamais eu mal dans la poitrine donc on comprend pas forcément ; alors que si tu es migraineux, un patient qui vient pour des migraines, tu le comprends mieux et tu sais à quel point on a besoin de le soulager"
Sujet 5	Oui	facteur + : professionnalisme. Facteur - : motifs non justifiés " Quand tu reçois un patient à 4h du matin qui te dit qu'il a mal depuis 4 semaines, ça m'énerve un petit peu" " Mais j'essaie de rester compréhensible"
Sujet 6	Oui	Facteur+ identification, pathologie grave, cancer. facteur - : dépression. "personnellement j'ai eu des gens qui ont eu des tumeurs dans ma famille, donc quand j'ai des patients qui viennent pour ça j'y fais beaucoup plus attention". "Et il y a des patients, c'est un peu bête à dire, mais il y a des patients qu'on supporte moins, des patients qui viennent pour des dépressions " "qu'il y a des patients qu'on a beaucoup moins envie de voir, on a beaucoup moins d'empathie, on se dit qu'il faut qu'ils se prennent en charge"
Sujet 7	Oui	facteur - : patient difficile (hystérique qui se plaint), pathologies psychiatriques, maladie méconnue. "des maladies avec lesquelles je ne suis pas à l'aise (...); peut être quand je flaire l'hystérie à fond" "Les maladies que je maîtrise moins peut être"
Sujet 8	Oui	facteur + maladie grave, chronique, cancer. "moins empathique pour des patients qui viennent pour un problème qui n'est pas pour le long cours type virose, on va pas prendre la même empathie pour le patient que s'il a un cancer et plein de problèmes "

Sujet 9	Oui	Facteur + : identification, cancer, douleur, gravité. "Je pense que ça peut dépendre de l'histoire personnelle" "c'est que l'empathie, faut se mettre à la place des autres, donc si on se retrouve un minimum dedans, forcément on sera un peu plus empathique et donc sympathique dans ce sens là". "Quelqu'un qui aura des douleurs, ou qui vient par rapport à des symptômes dus à des cancers. "
Sujet 10	Oui	Facteur + : volition, régulation. " Parce que si c'est un patient qui a surtout besoin d'être rassuré pour aller, (...) faire un peu preuve d'empathie pour qu'il se calme un petit peu au lieu de lui crier dessus, (...) je pense que ça marche mieux"
Sujet 11	oui	Facteur + : souffrance. " Ben plus il souffre, plus j'ai envie d'être empathique"
Sujet 12	Oui	Facteur - : pathologies non graves. Facteur +: cancer, souffrance, familles en deuil. "moi, je pense que je suis moins empathique en me disant « oh ben ce n'est pas très grave" "je suis assez sensible on va dire aux patients qui ont des cancers" "la douleur physique, je trouve ça difficile aussi de voir les personnes souffrir. Le décès de proches. Les enfants, les enfants qui souffrent"
Sujet 13	Oui	Facteur + : identification; type pathologie (cancer). "Moi je sais que je suis beaucoup plus sensible du coup maintenant à toutes les pathologies cancéreuses " "sont des choses qui sont graves mais pour lesquelles, de par mon histoire (après ça dépend des gens), je serai moins «envahie» entre guillemets par mon émotion que quand j'annonce un diagnostic d'un cancer ou autre chose. Mais je pense que ça dépend de l'histoire des gens."
Sujet 14		
Sujet 15	Non	"Je ne pense pas que ce soit une pathologie particulière ou des symptômes (...) qui influencerait mon empathie "
Sujet 16	Non	
Sujet 17	oui	facteur + type pathologie (pathologies psychiatriques); gravité. "certaines pathologies qui font que j'ai plus d'empathie euh certaines maladies psychiatriques, maladies graves ou des choses comme ça moi ça me touche pas mal et du coup j'essaye plus"
Sujet 18	Oui	facteur - la traumatologie, pathologie non grave. "Et puis qu'est ce qui peut influencer d'autre ... le fait que ça nous interpelle moins. Un problème qui nous va nous sembler pas grand chose comme la traumatologie "
Sujet 19	Oui	facteur +: identification, maladie grave; "Ta propre conception de la maladie... C'est à dire ? Si on a soi-même été atteint d'une maladie grave je pense qu'on réagit pas de la même façon."
Sujet 20	Non	"C'est plus leurs traits de caractères qui font que ça se passe bien plutôt que leur pathologie qui me donnent envie de m'investir je pense."

Sujet 21	Oui	facteur positif : identification, facteur + gravité maladie, souffrance, patient triste, mourant, maladie lourde de prise en charge; "éventuellement le vécu personnel aussi, c'est à dire que si on a eu dans sa propre, dans son propre entourage des gens qui ont eu la même situation, la même maladie ou éventuellement un décès qu'on ait eu soi-même et qu'on est face à un patient qui vient de subir le décès de sa mère ou de son père et bien du coup, on développera plus facilement l'empathie " " Donc là aussi des gens qui souffraient énormément, qui étaient très tristes, affectés, atteints, qui avaient besoin d'un soutien psychologique etc. Donc là aussi, de nouveau c'était plus facile d'être empathique. "
Sujet 22	Oui	facteur + maladies graves. ", c'est plus facile pour les maladies graves pour moi peut-être"
Sujet 23	Non	
Sujet 24	Non	

RÉSUMÉ

Objectifs : L'empathie est une qualité nécessaire aux internes en médecine générale. Nous avons recherché les déterminants de l'empathie clinique chez les internes en médecine générale.

Méthode : Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 24 internes en médecine générale parisiens (12 filles et 12 garçons). Entretiens comportant une partie semi-structurée et une partie structurée.

Résultats : Nous avons identifié un premier groupe de facteurs nommés antécédents : personnalité de l'interne (traits à tendance stable et traits variables), personnalité du patient, caractéristiques de la situation clinique (contrainte organisationnelles, environnement de travail et caractéristiques de la situation clinique). Le deuxième groupe identifié comprend des processus : identification, volition.

Conclusion : Cette étude a permis l'enrichissement de la partie antécédent du modèle de Larson et Yao et l'approfondissement de certains processus.

TITRE en anglais : QUALITATIVE STUDY OF EMPATHY DETERMINANTS ON GENERAL PRACTICE RESIDENTS

RÉSUMÉ en anglais

Objectives : Empathy is a necessary skill to residents in general practice. We aimed to identify determinants of GP residents' clinical empathy.

Methods : It is a qualitative research with semi-directed interviews of 24 Parisian GP residents (12 men and 12 women). The interviews consist of a semi-structured part and a structured part.

Results : We have identified a first group of factors named antecedents such as : resident personality (stable traits and variable traits), patient personality, clinical situation features (organizational constraints, atmosphere of the unit and clinical situation features). The second identified group is about processes : identification and volition.

Conclusion : This study has been able to bring some improvements to the «antecedent» part of the Larson-Yao model and has gone deeper into some of the processes.

DISCIPLINE - SPÉCIALITÉ DOCTORALE : Médecine Générale

MOTS CLES : EMPATHIE CLINIQUE, DETERMINANTS, INTERNES EN MEDECINE GENERALE

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes

15, rue de l'École de Médecine F-75270 PARIS CEDEX 06 www.medecine.univ-paris5.fr