

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 2013

N°16

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINEEmpathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques
des médecins généralistesPrésentée et soutenue publiquement
le 19 février 2013

Par

Aude WOERNER

Née le 3 février 1985 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Annie Catu-Pinault

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury Président
M. Le Professeur Silla Consoli Membre
M. Le Professeur Philippe Cornet Membre
Mme Le Docteur Emilie Boujut Membre

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

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Jaury,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, vous qui avez participé à part entière à cette étude. J'espère que mon travail achevé sera à la hauteur de vos attentes.

A Madame le Docteur Annie Catu-Pinault,

Pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir fait confiance. Votre aide a été précieuse. La réflexion autour de ce sujet m'a beaucoup appris, non seulement pour la thèse mais pour mon exercice de la médecine au quotidien.

A Monsieur le Professeur Silla Consoli,

Pour avoir répondu avec tant d'enthousiasme à ma sollicitation. Vous me faites l'honneur de participer au Jury.

A Monsieur le Professeur Philippe Cornet,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury, d'autant plus que vous avez participé à cette étude. J'espère que ce travail vous montrera justement les retombées de cette étude et vous apportera dans votre pratique.

A Madame le Docteur Emilie Boujut,

Pour me faire l'honneur de participer au Jury. Egalement pour tous vos conseils, votre patience pour me guider à travers le monde des statistiques et mettre au point les résultats de cette étude. Votre aide et votre temps m'ont été précieux.

A Franck Zenasni, Laurent Rigal, Serge Sultan,

Pour votre accompagnement et vos conseils tout au long de cette thèse.

A Marion et Céline,

Le fait de travailler ensemble pendant cette étude a été d'un grand réconfort pour mener ce travail à son terme, et votre aide m'a été d'un grand secours.

A tous les médecins qui m'ont formée pendant mon cursus,

Jean Marc Pinot, ces six mois ont été déterminants pour mon choix d'avenir, vous avez su me montrer une médecine à la fois proche des gens et rigoureuse, vous m'avez permis d'aborder la relation médecin-patient avec beaucoup d'équilibre.

Gilles Valin et Delphine Menguy, pour votre accueil si chaleureux au sein de votre cabinet, votre confiance, et vos conseils. Restez empathiques comme vous l'êtes déjà!

Bruno Genevray, pour votre joie de vivre et votre optimisme à toute épreuve. Il n'est pas toujours facile de garder une équipe soudée, et vous le faites à merveille. Merci à toute l'équipe de Léopold Bellan également, pour votre écoute et votre accueil.

A Joëlle Lehmann,

Pour m'avoir donné l'occasion de découvrir la formation Balint pendant mon internat.

A Claire et Jean Nicolas,

Merci de m'avoir donné l'occasion de prendre goût si tôt à la médecine, et dans quelles conditions ! Vous faites une médecine admirable, dans des conditions difficiles, mais si fantastiques...

A Nicole,

Pour tes discussions, ton soutien et tes encouragements réconfortants, que ce soit pour la thèse, mais aussi pour toutes les étapes parcourues jusqu'à maintenant.

Aux secrétaires du département de médecine générale, et notamment Anne Marie Gratadour,

Pour votre aide précieuse tout au long de l'internat, et encore plus depuis mon départ à Lyon. Votre disponibilité a grandement facilité mes démarches effectuées à distance. Je vous en remercie.

A mes parents,

Vous m'avez accompagnée dans toutes ces étapes, avec patience et ferveur. Vous avez su me montrer votre soutien, si important en médecine pour garder la tête sur les épaules. Ce travail, l'aboutissement de ces neuf années d'étude, n'aurait pas été possible si vous ne m'en aviez pas donné la capacité.

A Franck,

Pour ta présence indispensable depuis ces six ans et demi, agrémentés d'excursions plus polaires qu'exotiques. Ton écoute, et nos débriefings m'ont permis d'avancer, surtout ces derniers mois, pour ce travail auquel tu as beaucoup contribué.

A ma sœur Géraldine,

Que j'ai rejointe à Lyon. Ton aide a été très précieuse, et je te remercie d'avoir trouvé le temps et parfois même le courage pour les nombreuses relectures, même en plein travail, et c'est le cas de le dire...

A mon frère Guillaume,

Pour avoir mis tes talents d'écrivain fantastique aux services de la médecine, que tu n'hésites pas d'ailleurs à incorporer dans tes nouvelles, je resterai une fervente lectrice !

A mes relecteurs de choc, Mélanie, Geoffroy, Sébastien, Aurélie, Béné L,

Pour avoir donné de votre temps avec tant de facilité pour m'aider aux nombreuses relectures, aux moments les plus critiques. Je n'hésiterai pas à le faire en retour !

A Anne,

Ta présence à ma toute première présentation orale à Nice a été d'un grand réconfort, et j'espère que cela a été réciproque !

A Christelle,

Pour nos débriefings réguliers sur la médecine. Je te souhaite tout le bonheur possible et beaucoup de courage pour la fin de ta thèse.

A mes confrères carabins de KB, Denis, Guilou, Antoine, Mathias, Béné C, Steph et You,

Vous qui m'avez accompagnée pendant toutes ces années, et que d'aventures...

A mes confrères et amis rencontrés pendant l'internat, Charlotte, Camille, Hermine, Judith, Bezad, Simon, Gaëlle, Naomi, Dan, Samir,

Vous avez été d'une grande importance dans ce parcours éprouvant. J'espère que nous garderons contact malgré la distance !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	18
II. CONTEXTE	21
A. L'EMPATHIE	21
1. <i>Evolutivité de la définition</i>	21
a) La sympathie	21
b) L'empathie : les différentes théories	22
2. <i>Evolution de l'empathie</i>	26
a) Le développement psychologique : identification, partage et discrimination	26
b) Les avancées en neurophysiologie	27
c) Influence de l'enseignement professionnel.....	27
(1) Variations de l'empathie au cours de la vie professionnelle.....	27
(2) L'enseignement existant en formation initiale.....	30
(3) L'enseignement en formation continue	32
(4) La formation Balint.....	34
3. <i>La place de l'empathie dans la relation thérapeutique</i>	36
a) La rencontre du médecin avec son patient.....	37
b) L'évolution sociale et l'autonomisation du patient dans la relation thérapeutique	41
c) Critères de qualité de la relation médecin-patient.....	43
(1) La personnalisation de la relation de soin	43
(2) La communication	45
(a) La communication venant du médecin, reflet de sa conception de la relation	46
(b) La communication venant du patient	47
(3) Une relation asymétrique mais équitable ?	48
(4) L'utilisation de l'empathie dans la relation	50
4. <i>Faire face au stress de la relation : le coping ou « stratégie d'ajustement »</i>	51
a) Une conception transactionnelle	51
b) L'évaluation du stress et choix de la stratégie	52
c) L'ajustement au stress.....	52
d) Le retentissement du coping	53

B. LE BURN OUT.....	55
1. <i>Apparition du concept</i>	55
2. <i>Définition</i>	55
a) Le trépied	55
(1) L'épuisement émotionnel.....	56
(2) La dépersonnalisation/déshumanisation de la relation à l'autre	56
(3) La diminution de l'accomplissement personnel	57
b) Les personnes concernées	57
c) Symptômes physiques et psychiques	58
d) Diagnostics différentiels ⁴⁵	59
3. <i>Etat des lieux du burn out en France, en Europe.</i>	60
a) Présentation brève des différentes études françaises	60
b) Etat des lieux en Europe, aux Etats-Unis.....	62
4. <i>Les Facteurs de risque du burn out</i>	63
a) Les caractéristiques personnelles	65
(1) Les évènements de vie personnels	65
(2) Les traits de personnalité	65
(3) L'influence du sexe.....	66
(4) L'âge	66
(5) L'orientation de carrière	66
b) Les ressources professionnelles	67
c) Les exigences liées à l'environnement professionnel.....	68
d) Une situation complexe avec des facteurs intriqués	69
5. <i>Conséquences du burn out</i>	70
a) Pour le médecin.....	70
b) Pour le patient	71
c) Pour la société	72
6. <i>Prise en charge du burn out</i>	73
a) Prévention primaire, les mécanismes régulateurs ou coping positif.....	75
(1) Au niveau individuel.....	75
(2) Au niveau professionnel	76
(3) Au niveau de la collectivité.....	77
b) Prévention secondaire et tertiaire.....	77

C.	REVUE DE LA LITTERATURE CONCERNANT LA RELATION ENTRE EMPATHIE ET BURN OUT.....	80
1.	<i>Hypothèse 1 : le burn out est néfaste pour l'empathie</i>	81
2.	<i>Hypothèse 2 : l'empathie engendre le burn out</i>	84
3.	<i>Hypothèse 3 : l'empathie protège du burn out</i>	84
III.	METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	86
A.	ARTICULATION DE L'ETUDE.....	86
B.	POPULATION SELECTIONNEE POUR L'ETUDE.....	87
1.	<i>1ère partie</i>	87
2.	<i>2ème partie</i>	88
C.	LES ECHELLES ET QUESTIONNAIRES UTILISES.....	88
1.	<i>La MBI (Maslach Burnout Inventory)</i>	89
2.	<i>La JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy)</i>	91
3.	<i>La TEQ (Toronto Empathy Questionnaire)</i>	92
4.	<i>Mesure de la précision empathique</i>	92
a)	La BREF IPQ (Brief Illness Perception Questionnaire).	92
b)	La BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition).	93
5.	<i>La DDPHQ-10 Fr (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire à 10 items version française)</i>	94
D.	RECUEIL DE DONNEES	95
1.	<i>Méthodes d'analyse statistique</i>	95
a)	Logiciel utilisé	95
b)	Analyse de 2 variables qualitatives.....	95
c)	Analyse d'une variable qualitative avec une variable quantitative	95
d)	Analyse de 2 variables quantitatives.....	95
IV.	RESULTATS DE L'ETUDE	96
A.	PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE.....	96
1.	<i>Déroulement</i>	96
2.	<i>Description de la population de la 1^{ère} partie de l'étude</i>	97

a)	Caractéristiques sociodémographiques et organisation professionnelle des médecins	98
b)	Formation initiale et continue.	102
c)	Etude du burn out.....	104
d)	Etude de l'empathie	105
e)	Mesure du burn out dans l'échantillon de médecins généralistes	107
3.	<i>Recherche de liens entre burn out, empathie, et données sur la démographie, la pratique, et la formation des médecins généralistes.....</i>	<i>108</i>
a)	Burn out et données sociodémographiques.....	108
b)	Burn out et formation.....	112
c)	Burn out et conditions d'exercice	116
d)	Empathie et données sociodémographiques	118
e)	Empathie et formation.....	121
f)	Empathie et conditions d'exercice	124
4.	<i>Lien entre burn out et empathie ?</i>	<i>126</i>
B.	RESULTATS DE LA 2^{EME} PARTIE ETUDE	129
1.	<i>Déroulement.....</i>	<i>129</i>
2.	<i>Description de la population de la seconde partie de l'étude</i>	<i>131</i>
a)	Caractéristiques sociodémographiques	131
b)	Etude du burn out.....	135
c)	Etude de l'empathie	136
3.	<i>Lien entre empathie et burn out : analyse des auto-questionnaires médecins JSPE, TEQ et MBI.....</i>	<i>138</i>
4.	<i>Analyse des dyades</i>	<i>140</i>
a)	Précision empathique	140
b)	Précision empathique et auto-questionnaire d'empathie	143
c)	Précision empathique et auto-questionnaire de burn out	144
5.	<i>Etude du score de difficulté de la relation médecin-patient DDPR-10 Fr en fonction du burn out, de l'empathie et de la précision empathique.....</i>	<i>145</i>
V.	DISCUSSION.....	147
A.	A PROPOS DE LA METHODE.....	147
1.	<i>Méthodologie</i>	<i>147</i>
2.	<i>Echelles utilisées.....</i>	<i>149</i>

B.	CONCERNANT LES RESULTATS.....	150
1.	<i>Analyse critique de la population de la première partie de l'étude</i>	150
a)	Caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins de la première partie de l'étude	150
b)	Burn out dans la population de la première partie de l'étude	153
c)	Empathie dans la population de la première partie de l'étude	155
2.	<i>Analyse critique de la population de la seconde partie de l'étude</i>	158
a)	Caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins de la seconde partie de l'étude.....	158
b)	Burn out dans la population de la seconde partie de l'étude.....	159
c)	Empathie dans la population de la seconde partie de l'étude	160
d)	Précision empathique dans la population de la seconde partie de l'étude	160
C.	CONCERNANT LES HYPOTHESES PRINCIPALES ET SECONDAIRES	162
1.	<i>Critère principal : relation entre empathie et burn out</i>	162
2.	<i>Lien entre précision empathique et empathie dans la seconde partie de l'étude</i> ..	164
3.	<i>Lien entre précision empathique et burn out dans la seconde partie de l'étude</i> ...	165
4.	<i>Etude du lien entre relation difficile et burn out, empathie, et précision empathique</i>	165
VI.	CONCLUSION	167
VII.	ANNEXES	169
A.	PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE	169
1.	<i>Page d'information</i>	169
2.	<i>Questionnaire sociodémographique</i>	170
3.	<i>Questionnaire JSPE</i>	172
4.	<i>Questionnaire Maslach Burn-Out Inventory</i>	173
5.	<i>Questionnaire TEQ</i>	174
B.	DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE	175
1.	<i>Questionnaire médecin</i>	175
a)	Questionnaire médecin - Description de votre pratique	176
b)	Questionnaire JSPE.....	177

c)	La TEQ.....	178
d)	GHQ 12.....	179
e)	La MBI.....	180
2.	<i>Questionnaire médecin/patient</i>	181
a)	Questionnaire sociodémographique.....	182
b)	BREF IPQ.....	185
c)	SF 12.....	186
d)	BDI-II.....	188
e)	DDPR-10 Fr.....	190
3.	<i>Questionnaire patient</i>	191
a)	Questionnaire sociodémographique.....	193
b)	BREF IPQ.....	194
c)	SF 12.....	195
d)	BDI-II.....	196
e)	EUROPEP.....	198
f)	La Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure.....	200
4.	<i>Lettre de participation à la première partie de l'étude</i>	201
5.	<i>Lettre de participation à la seconde partie de l'étude</i>	202
C.	CALCUL DU SCORE DE NIVEAU SOCIO PROFESSIONNEL FAMILIAL.....	203
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	205
IX.	RESUME	2

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Superposition de l'empathie affective et cognitive ¹⁸	25
Figure 2 : L'équité médecin/patient rétablie	42
Figure 3 : Une relation équitable qui repose sur le partage des informations.....	49
Figure 4 : Organisation des différents facteurs de risque du burn out en fonction du sexe d'après I. Houkes ¹¹⁵	64
Figure 5 : le cercle vicieux médecin-patient d'après E. S. Williams ¹²⁴	72
Figure 6 : Représentation des différentes interventions potentielles visant à limiter les répercussions néfastes du burn out sur le médecin et sur le système de santé d'après Jean E. Wallace ¹²⁹	74
Figure 7 : Les dix étapes de la prise en charge du burn out d'après M. Delbrouck ⁴⁵	78
Figure 8 : Protocole de la première partie de l'étude	97
Figure 9 : Niveau socioprofessionnel familial global dans la population de la première partie de l'étude.....	98
Figure 10 : Répartition des médecins ayant des enfants dans la première partie de l'étude....	99
Figure 11 : Statut marital dans la population de la première partie de l'étude	99
Figure 14 : Psychothérapie chez les médecins de la première partie de l'étude.....	100
Figure 12 : Répartition des médecins ayant rencontré des problèmes de santé familiaux dans l'enfance. Première partie de l'étude	99
Figure 13 : Conflits familiaux dans l'enfance. Première partie de l'étude	99
Figure 15: Condition de travail des médecins dans la première partie de l'étude.....	101
Figure 16: Réalisation d'un 3ème cycle chez les médecins généralistes de la première partie de l'étude.....	102
Figure 17 : Répartition des scores d'épuisement émotionnel (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude	104
Figure 18 : Répartition des scores de dépersonnalisation (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude	104
Figure 19 : Répartition des scores d'accomplissement personnel (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude	105
Figure 20 : Répartition des scores d'empathie émotionnelle (TEQ) chez les médecins de la première partie de l'étude	105
Figure 21 : Répartition des scores de prise de distance (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude	106

Figure 22 : Répartition des scores de compréhension émotionnelle (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude.....	106
Figure 23 : Répartition des scores de « se mettre à la place du patient » (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude.....	107
Figure 24 : Répartition des scores élevés des 3 dimensions du burn out chez les médecins de la première partie de l'étude	108
Figure 25 : Corrélations entre les scores des dimensions du burn out et la durée de consultation	117
Figure 26 : Protocole de la seconde partie de l'étude.....	130
Figure 27 : Situation économique actuelle des médecins de la seconde partie de l'étude.....	131
Figure 28 : Niveau Socioprofessionnel familial global des médecins de la seconde partie de l'étude	131
Figure 29 : Statut marital des médecins de la seconde partie de l'étude	132
Figure 30 : Répartition des médecins ayant des enfants de la seconde partie de l'étude	132
Figure 31: Psychothérapie chez les médecins de la seconde partie de l'étude	132
Figure 32 : Conditions de travail des médecins dans la seconde partie de l'étude.....	133
Figure 33 : Répartition des dimensions élevées du burn out dans la population de la seconde partie de l'étude.....	135
Figure 34 : Répartition des scores d'empathie « prise de distance » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude	136
Figure 35 : Répartition des scores d'empathie « compréhension émotionnelle » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude	137
Figure 36 : Répartition des scores « se mettre à la place du patient » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude.....	137
Figure 37 : Répartition des scores d'empathie émotionnelle (TEQ) dans la population de la seconde partie de l'étude.....	138
Figure 38 : Schéma explicatif de la méthode d'analyse de la précision empathique	140
Figure 39 : Représentation de la précision empathique des médecins en fonction des trois dimensions de l'échelle BREF IPQ.....	141
Figure 40 : Représentation de la précision empathique des médecins sur l'échelle BDI-II et sur la moyenne de la différence de score global de la BREF IPQ.....	141
Figure 41 : Représentation de la précision empathique sur l'échelle BDI-II par rapport à la représentation cognitive de la maladie (BREF IPQ).....	142

Tableau 1 : Physician-patient interaction : a reliable and valid check-list of quality ⁷⁴	45
Tableau 2 : Synthèse des travaux menés auprès des médecins libéraux sur le burn out	61
Tableau 3: Données sociodémographiques de la première partie de l'étude.....	98
Tableau 4 : Organisation du médecin dans la première partie de l'étude.....	100
Tableau 5: Comparaison du nombre de consultations par semaine entre les deux sexes par le test de Khi2	102
Tableau 6 : Formation initiale et continue des médecins de la première partie de l'étude	103
Tableau 7 : Répartition des trois dimensions du burn out dans la population de la première partie de l'étude.....	107
Tableau 8 : Comparaison de moyenne Anova des dimensions du burn out en fonction du sexe	109
Tableau 9 : Comparaison du burn out en fonction du sexe par le test de Khi2	109
Tableau 10 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du statut marital	110
Tableau 11 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la présence d'enfants.....	110
Tableau 12 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la réalisation d'une psychothérapie par le médecin généraliste.....	111
Tableau 13 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du niveau socioprofessionnel familial	111
Tableau 14 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du niveau socio professionnel familial	112
Tableau 15 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la réalisation d'un 3ème cycle des études médicales	112
Tableau 16 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la participation à une formation spécifique de la relation médecin-patient.....	113
Tableau 17 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la participation à une formation spécifique Balint.....	113
Tableau 18 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de l'adhésion à la société Balint	114
Tableau 19 : Comparaison des scores d'accomplissement personnel en fonction de l'adhésion à la société Balint par le test Khi ²	114
Tableau 20 : Comparaison entre les différents scores de burn out et le fait d'être formateur par le test Khi ²	115
Tableau 21 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et	

la durée de consultation	116
Tableau 22 : Corrélations entre durée de consultation et les dimensions du burn out	116
Tableau 23 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et le nombre de consultations par semaine	117
Tableau 24 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et le secteur conventionnel.....	118
Tableau 25 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le sexe	118
Tableau 26 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le statut marital.....	119
Tableau 27 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait d'avoir des enfants.....	119
Tableau 28 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait de réaliser une psychothérapie.....	120
Tableau 29 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le niveau socioprofessionnel familial	120
Tableau 30 : Comparaison de moyennes Anova des scores d'empathie TEQ et JSPE en fonction de l'existence de problèmes de santé familiaux	121
Tableau 31 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la réalisation d'un 3ème cycle des études médicales.....	121
Tableau 32 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la réalisation d'une formation spécifique à la relation médecin-patient.....	122
Tableau 33 : Comparaison de moyennes Anova des scores d'empathie TEQ et JSPE en fonction de la participation à une formation spécifique Balint.....	122
Tableau 34 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'adhésion à la société Balint	123
Tableau 35 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait d'être formateur	123
Tableau 36 : Corrélations bivariées entre scores d'empathie et durée de consultation	124
Tableau 37 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le nombre de consultations par semaine	124
Tableau 38 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le secteur conventionnel.....	125
Tableau 39 : Corrélations bivariées chez les médecins de secteur 2 entre empathie et durée de consultation.....	125

Tableau 40 : Corrélations bivariées entre les dimensions du burn out et les dimensions de l'empathie	126
Tableau 41 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et les scores des dimensions du burn out	127
Tableau 42 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'épuisement émotionnel.....	127
Tableau 43 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la dépersonnalisation.....	128
Tableau 44 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'accomplissement personnel.....	128
Tableau 45 : Age et sexe de la population de la seconde partie de l'étude	131
Tableau 47 : Organisation professionnelle des médecins de la seconde partie de l'étude	133
Tableau 48 : Participation à la formation. Médecins de la seconde partie de l'étude	134
Tableau 49 : Répartition des trois dimensions du burn out dans la population de la seconde partie de l'étude.....	135
Tableau 50 : Corrélations bivariées entre les trois dimensions du burn out selon le MBI et les scores d'empathie selon la JSPE et la TEQ	139
Tableau 51 : Corrélations bivariées entre précision empathique (BREF IPQ et la BDI-II) et empathie mesurée par la JSPE et la TEQ.....	143
Tableau 52 : Concordance des réponses de l'item 9 de la BREF IPQ en comparaison des moyennes Anova avec les scores d'empathie JSPE et TEQ.....	144
Tableau 53 : Corrélations bivariées entre précision empathique (BREF IPQ et BDI-II) et dimensions du burn out.....	144
Tableau 54 : Concordance des réponses de l'item 9 de la BREF IPQ en comparaison de moyennes Anova des scores des trois dimensions du burn out MBI.....	145
Tableau 55 : Corrélations bivariées entre DDPR-10 Fr et les dimensions du burn out.....	145
Tableau 56 : Corrélations bivariées entre le résultat du DDPR-10 et les scores d'empathie	146
Tableau 57 : Corrélations bivariées entre les résultats du DDPR-10 et la précision empathique	146

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

AFMG : Atelier Français de Médecine Générale

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

BDI : Beck Depression Inventory

BO : Burn out

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DDPRQ : Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Examen Classant National

EUROPEP : European Task Force on Patient Evaluation of Practice

GHQ 12 : General Health Questionnaire 12 items

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPQ : Illness Perception Questionnaire

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IRI : Interpersonal Reactivity Index

JADDO : Juste après dresseuse d'ours

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPPE : Jefferson Scale of Patient Perceived Empathy

MBI : Maslach Burnout Inventory

NSP : Niveau socioprofessionnel

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ONM : Ordre National des Médecins

ORS : Observatoire régional de santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

PCI : Professionalism Climate Measurement

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SEPT : Société d'Etude du Psychodrame Thérapeutique et Théorique

SDSCAM : Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

SF 12 : Version abrégée du questionnaire SF 36, Medical Outcomes Study Short Form
General Health Survey

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SMB : Société Médical Balint

TEQ : Toronto Empathy Questionnaire

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

WCC : Ways of coping checklist

I. INTRODUCTION

« [...] Les malades me vident de mon énergie, ils m'aspirent, ils m'effraient. [...] . Ils ont mal et je ne suis pas une fée, ils veulent vivre alors qu'ils vont mourir, ils veulent comprendre et ils ne comprennent rien, ils ont peur et j'ai peur avec eux, ils ont mal et j'ai mal avec eux. Je n'ai pas tant d'énergie à donner, je n'ai pas assez de force vitale pour tous, et j'en crève. Sauf les bons malades, que je peux supporter. [...] »

Extrait du blog de Jaddo¹

Témoignage d'une jeune femme médecin, car c'est la cruelle vérité du quotidien du médecin... Nous vivons ce métier avec nos états d'âme, nos connaissances, notre expérience. Parfois, nous nous emportons quand le patient n'a pas fait ce qu'on lui a demandé, ou nous nous désespérons face à une maladie qui ne s'améliore pas. Les situations difficiles, le manque de temps, la surcharge de patients, de demandes peuvent conduire à l'épuisement professionnel, au burn out. La presse médicale tire la sonnette d'alarme depuis plusieurs années, et dernièrement encore : « *L'activité médicale grignotée, généralistes « multitâches »* »², « *Un médecin épuisé met sa santé et ses patients en danger* »³, « *Le cri d'alarme d'une interne, le respect de la législation en question* »⁴, « *Epuisement, sentiment d'abandon, insécurité juridique, après les généralistes, les internes cibles du burn out* »⁵. Les médecins sont de plus en plus touchés par ce syndrome⁶, pouvant atteindre une proportion inquiétante. Le taux de suicide chez les médecins en activité était de 14,8% contre 5,6% dans la population générale en 2003, soit un risque majoré de 2,37 fois³. 34% des médecins bourguignons ont déjà pensé au suicide⁷, 17% de ces derniers présentent un état de détresse psychologique. En Ile de France, 53% des médecins se sentent menacés par le burn out⁸.

On parle du burn out comme du « fléau du XXIème siècle », de « mэрule émotionnelle ». Ce phénomène, connu depuis longtemps sous d'autres noms n'a été que récemment clairement identifié comme pathologie atteignant les professionnels de la relation d'aide. Comment en arrive-t-on là? Progressivement, pour finalement ne pas se rendre compte qu'on y est déjà. Le médecin n'y fait pas exception au contraire. Ce médecin que l'on pensait invincible, peut lui aussi se consumer à trop s'investir dans cette relation d'aide avec son patient et se voit désenchanté par la confrontation entre son idéalisme et une réalité toute autre.

Mais au delà de rapporter son ampleur, il s'agit maintenant d'en approfondir le mécanisme, afin d'en trouver les remèdes, et il semble que la relation médecin-patient y prenne une part importante. D. Truchot rappelle l'influence de la relation médecin-patient sur le stress du médecin⁹. Récemment remodelée par le modèle social qui l'entoure, les progrès scientifiques

ahurissants, influencée également par la justice, la relation est affaire de sentiments, de réflexions et d'expériences, dans laquelle le médecin doit redéfinir sa place. D'un côté les progrès techniques et scientifiques, de l'autre le patient, demandeur d'une relation et d'une communication de qualité¹⁰. La recherche actuelle met aussi au goût du jour la qualité de la relation médecin-patient, comme si la technicisation de la médecine avait engendré un besoin d'humanité en compensation. Education thérapeutique, prise en charge des malades chroniques, observance thérapeutique, nombreux sont les thèmes de formation sur le sujet. Et dans cette quête, nombreux sont les scientifiques à s'intéresser à l'une des bases fondamentales de cette relation, à savoir l'empathie.

L'empathie que l'on a souvent du mal à définir, et qui résonne différemment selon la profession, est une qualité reconnue comme indispensable à tout médecin¹¹. Elle l'aide à trouver la bonne distance avec son patient, distance minimale pour lui permettre de répondre aux attentes de ce dernier, mais aussi distance minimale sans laquelle le médecin manquerait de se consumer, tel Icare qui se brûle les ailes à trop se rapprocher du soleil. Cette distance est particulière à la médecine générale, et peut être différente de celle enseignée à l'hôpital pendant les études. En médecine générale, il faut accepter, comme le souligne Louis Velluet¹², d'être « *plongé dans un bain d'inconscient* », et garder son objectivité malgré tout, sans non plus tomber dans les gestes stéréotypés. La bonne distance serait alors l'ange gardien contre le surinvestissement émotionnel et une distance insuffisante ferait peut-être le lit de l'épuisement émotionnel ?

Cette conjoncture, nous amène à interroger le lien entre empathie et burn out. Peu d'études ont démontré ce lien et uniquement chez les étudiants anglo-saxons. M.R. Thomas a mis en évidence dans une population d'étudiants, que le burn out était inversement corrélé à l'empathie¹⁴, et S. Passalacqua retrouve un lien chez les internes, entre déclin de l'empathie et burn out¹⁵. Qu'en est-il chez les médecins généralistes en France? Chez les médecins, certains auteurs ont montré que les médecins en burn out modifiaient leurs comportements en consultation par des prises de décisions moins coûteuses humainement et moins chronophages en se désengageant de la relation médecin-patient¹³. Qu'en est-il de leur empathie?

Tout d'abord, dans un premier chapitre, il paraît indispensable de rappeler le sens du mot empathie. Il existe actuellement un réel problème de relation entre le médecin et son patient, plus souvent triangulaire que duelle, prenant en compte de façon indissociable la société dans laquelle nous vivons¹⁶. Sur quoi repose cette relation de nos jours? Quelle est la place de l'empathie dans la relation médecin-patient ? Cela fera l'objet de la première partie de cette thèse.

Ensuite, dans un second chapitre, nous reconsidérerons le burn out, ses facteurs de risque, ses enjeux, sa prise en charge et l'importance qu'il prend dans la population médicale.

Dans un troisième chapitre, nous aborderons les études ayant déjà traité ce sujet sous forme d'une revue de littérature.

Enfin, nous exposerons l'élaboration et les résultats de notre étude transversale réalisée grâce au partenariat entre le département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes, et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes. Elle comporte deux parties. La première partie de cette étude nous a permis de mesurer les caractéristiques du lien entre burn out et empathie dans un échantillon de médecins généralistes. La seconde partie a visé à évaluer chez un plus petit nombre de médecins la précision empathique, reflet de l'empathie réelle du médecin, et d'observer les corrélations avec le burn out d'une part, et l'empathie mesurée par l'auto déclaration d'autre part. Nous avons également étudié l'influence d'une relation difficile sur l'empathie, le burn out et la précision empathique.

II. CONTEXTE

A. L'EMPATHIE

1. Evolutivité de la définition

Si le terme d'empathie est largement utilisé, la signification exacte est finalement, quant à elle, mal connue. Bien que le concept existe de tout temps, on utilise le mot « empathie » uniquement depuis le début du XX^{ème} siècle, contrairement au mot « sympathie », qui est employé depuis des siècles. D'ailleurs, et nous le verrons, la différence est subtile, et il persiste parfois des confusions. C'est pourquoi, pour mieux comprendre ce qu'est l'empathie, précisons d'abord ce qu'est la sympathie.

a) La sympathie

L'étymologie du terme provient du grec « syn » « pathos », traduit par « souffrir ensemble ». La **sympathie** est la participation aux émotions, ou l'imitation du comportement d'autrui¹⁷. Au XVIII^{ème} siècle, le sociologue **Adam Smith**, dans son œuvre la « Théorie des sentiments moraux », soutient que la vie sociale est comme un spectacle, où chacun est à la fois spectateur et acteur, ce qui implique d'être jugé en permanence. Or, cela n'est supportable que par le fait que chacun cherche à plaire à autrui, et est en quête de son approbation. Le sujet se met à la place de l'autre, pour essayer d'imaginer ce qu'il ressent. Ainsi il constitue sa conscience, en se créant l'idée d'un « *spectateur impartial* » (« *The man within* »). Cette idée est reprise et illustrée par le philosophe allemand Emmanuel Kant en ces termes : « *penser par soi-même* » et « *penser du point de vue de l'autre* »¹⁷. Nommée sympathie, elle permet d'élargir les limites de nos réflexions personnelles, et permet d'anticiper le comportement d'autrui. Elle est « *la faculté de partager les passions de l'autre* ». Certains diront qu'Adam Smith est un précurseur de l'empathie, comme le révèle cette citation sur la sympathie : « *La sympathie [...] n'est pas tant suscitée par le spectacle de la passion, que par celui de la situation qui l'excite* »¹⁷.

Pour Herbert Spencer¹⁷, philosophe et **sociologue** du XIX^{ème} siècle, la sympathie reflète un sentiment d'affiliation des membres d'une même espèce, impliquant une coordination des comportements affectifs d'individus, expérimentant un même événement physique ou social. Dans la psychologie sociale, la sympathie est reliée à la notion d'**attraction**. Elle définit, à

l'intérieur d'une relation, la dimension affective à l'égard des autres qui se caractérise par l'expression d'attitudes positives et peut se traduire par le désir de se rapprocher d'eux. On la rapproche de la **contagion émotionnelle**, sorte de propagation automatique d'une émotion d'un individu à l'autre, telle une épidémie. Ce phénomène s'observe chez les nourrissons, lorsque la différenciation entre soi et autrui n'est pas encore bien établie, ou également dans les mouvements de foule, sorte d'abolition momentanée de la distinction entre soi et le collectif. La sympathie reste cependant différente de la contagion émotionnelle, car la distinction entre soi et l'autre est conservée dans la sympathie.

Nous venons de voir que la sympathie comporte une part affective quasi-totale. Maintenant, observons l'empathie, qui se distingue de la sympathie autour de trois principes : c'est un processus **volontaire**, émotionnellement **neutre**, avec une composante **cognitive** en plus de la composante affective.

b) L'empathie : les différentes théories

Depuis qu'est apparu le terme d'empathie, sa définition a beaucoup évolué. Repris par de nombreuses spécialités, psychologie, médecine, psychanalyse, sociologie, il n'a pas toujours la même signification. Il provient du latin « in » « patior » et du grec : « en » « pathos », signifiant souffrir dans. Il a d'abord été créé par le philosophe allemand Robert Vischer, en allemand « **Einfühlung** »¹⁸ traduit par « ressenti de l'intérieur », initialement pour désigner l'empathie esthétique, c'est à dire ce que l'on ressent face à une œuvre inanimée. A ce moment là, la relation entre le sujet et l'œuvre d'art permet d'accéder à son sens. Repris par l'Allemand Théodore Lipps¹⁹ en philosophie de l'esprit, ce dernier le transpose pour la compréhension des autres personnes et de leur état mental. Il est ensuite traduit par Titchener en 1909¹⁸ en anglais « empathy », c'est-à-dire se projeter dans ce qu'on observe, puis il est finalement traduit en français par le terme d'« intropathie » puis d'« empathie ». On le distingue alors, des autres mots tels que compassion, du latin « cum » « patior » « souffrir avec » et de la sympathie dont il a déjà été question.

Lorsque Théodore Lipps a repris « l'Einfühlung » de R. Vischer, il conçoit une définition basée sur l'imitation intérieure, plus ou moins inconsciente appelée **théorie de l'imitation**¹⁹, inspirant de nombreux philosophes. Il utilise l'image du **miroir**, et sa définition rejoint alors, mais sans s'y superposer, celle de la sympathie, en incluant en grande partie la dimension de l'affectivité. Le principe de cette théorie est d'accéder aux émotions de l'autre en répétant ses gestes, et, par ce moyen, de déclencher l'émotion correspondante. Par exemple, percevoir la

tristesse d'autrui, c'est faire appel aux souvenirs de notre propre tristesse. Toute expression peut symboliser une émotion, et grâce à l'empathie, c'est à dire en imitant cette expression, on accède à sa symbolisation. Mais, bien qu'imitation et empathie soient étroitement liées²⁰, la théorie de l'imitation ne prend pas en compte de processus de régulation de l'émotion.

Dans l'application au cadre professionnel, cela serait difficilement acceptable, de nos jours, de se laisser envahir par les émotions de cette manière. C'est pourquoi, Carl Rogers, psychopédagogue américain né en 1902 et l'un des pères fondateurs de la psychologie humaniste, introduit la notion de **neutralité bienveillante**²¹, qu'il considère comme la véritable empathie. Dans son travail sur l'empathie, il enregistre avec ses étudiants des entretiens entre patient et psychothérapeute, pour ensuite analyser l'attitude du thérapeute : son écoute et surtout ses réponses. L'empathie est selon lui la qualité première d'un thérapeute. Voici sa définition de l'empathie : « *Entrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit, et s'y trouver comme chez soi* »²². Deux mots sont nécessaires pour comprendre la démarche de C. Rogers : **compréhension empathique**. La compréhension fait référence au fait de se faire comprendre, mais aussi de comprendre l'autre. Etre empathique correspond à la communication affective avec une autre personne. La compréhension empathique est donc la faculté de percevoir objectivement un phénomène, une chose, une personne²³. Elle nécessite plusieurs étapes : comprendre ce qui est dit, comprendre pourquoi cela a été dit, déchiffrer le vrai message au-delà des mots, et, étape ultime et complexe, pouvoir renvoyer les sentiments du patient, en les lui reformulant éventuellement à notre manière, tout en restant fidèle à ce qu'il ressent. La compréhension empathique implique le fait d'entendre que nos propres pensées peuvent déformer les messages des autres, et que le processus empathique demande de « *laisser de côté son propre moi, ses propres opinions, ses propres valeurs, afin de pénétrer sans préjugés dans le monde de l'autre* »²², d'où une neutralité bienveillante, qui sous entend l'absence totale de jugement. « *Saisir les sentiments et réactions personnelles éprouvés par l'autre à chaque instant, sans toutefois le juger, ni l'évaluer* »²². Ce concept reste cependant théorique et controversé, du fait que personne ne peut rester complètement neutre, pour la simple raison que le contre transfert, réponse inconsciente du médecin, est inévitable et nous y reviendrons. L'écoute empathique de Carl Rogers a été aussi beaucoup critiquée par les psychologues et les psychiatres, et surtout les psychanalystes et caricaturée en tant que **thérapeutique non directive**²² comme le montrent certains médias représentant le psychologue répétant les derniers mots de son client tout en somnolant. Mais elle prend dorénavant une place de choix, non seulement dans le milieu psychanalytique, mais aussi dans toute relation entre le médecin

et son patient.

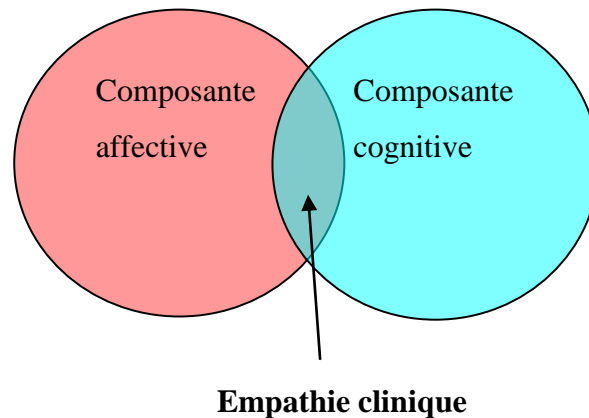
Dans la définition de Carl Rogers, apparaît une dichotomie entre l'**affect**, et la **cognition**. Trois théories principales se sont développées par la suite : celle prenant en compte uniquement l'aspect affectif, l'autre incluant uniquement la dimension cognitive, et enfin, celle combinant les deux. Jodi Halpern, professeur en bioéthique et sciences humaines de l'Université de Californie²⁴, explique que les médecins ont conçu une nouvelle définition de l'empathie, que l'on peut résumer comme le moyen de comprendre correctement l'état émotionnel de l'autre sans l'expérimenter soi-même. De cette manière, la seule dimension cognitive est prise en compte, modifiant la définition générale de l'empathie. Les médecins se justifient par le fait que l'empathie affective ou sympathie risque de conduire à une **sur-identification** du médecin par rapport à son patient. Jodi Halpern réagit à cela, en indiquant que la dimension affective est indispensable pour pouvoir utiliser la dimension cognitive. Cependant, il est nécessaire d'observer un instant séparément l'une et l'autre des dimensions pour pouvoir comprendre la prise en compte des deux.

L'**empathie affective** est la réponse émotionnelle d'un sujet observant les émotions d'un autre. C'est un mécanisme décrit par la plupart des auteurs comme **inconscient** et involontaire. S. Baron Cohen¹⁸ décrit quatre variétés d'empathie affective, en fonction du **degré de correspondance du sentiment** de la personne spectatrice à celui de la personne observée. La première est que le sentiment de la personne observée correspond au sentiment de la personne spectatrice, la seconde que le sentiment de la personne observante est approprié sans correspondre complètement au sentiment de la personne observée, la troisième que le sentiment de l'observateur peut être n'importe lequel, pas forcément approprié à celui de la personne observée, la quatrième que le sentiment de l'observateur peut être un sentiment en rapport avec une détresse en général.

L'**empathie cognitive** implique de comprendre les sentiments de l'autre. C'est l'aptitude à se mettre dans la situation du patient tout en gardant une **distance émotionnelle**. Elle désigne les processus cognitifs permettant à un individu d'expliquer ou de prédire ses propres actions et celles des autres personnes. L'empathie permettrait en quelque sorte d'anticiper les émotions de l'autre.

Comme beaucoup, S. Baron Cohen¹⁸ ou A.R. Damasio²⁵ s'accordent à dire que l'empathie nécessite en fait les deux composantes, à la fois affective et cognitive, résumée sous le terme d'**empathie clinique** : « *Il n'y a pas de cognition sans émotion, ni émotion sans cognition* »²⁵. Cette thèse est représentée par ce schéma où l'empathie est en fait la partie où les deux composantes sont superposées (cf. Figure 1).

Figure 1 : Superposition de l'empathie affective et cognitive¹⁸



Une fois l'émotion créée par la situation, l'observateur réfléchit à l'action appropriée pour réduire la détresse de l'autre. Il **résonne** et se plie pour épouser les sentiments de l'autre, comme une tige flexible, qui reviendra ensuite à sa position initiale et en raisonnant à partir de ce qu'il a ressenti²⁶.

S. Lelorain²⁷, psychologue à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes a étudié les liens entre empathie cognitive et empathie affective dans notre étude : la formation du médecin à la relation médecin-patient, telle que la participation aux groupes Balint semble atténuer de façon significative la dépendance entre empathie émotionnelle et cognitive, permettant ainsi au médecin d'être moins influencé par ses émotions.

D'autres auteurs, évoqués par K.A. Stepien et A. Baernstein²⁸ ajoutent deux dimensions : l'**empathie morale**, correspondant aux motivations internes du médecin à être empathique, et l'**empathie comportementale**, équivalent à la capacité à transmettre en retour sa compréhension des émotions et des représentations du patient.

Dans les terminologies récentes, l'empathie se réfère à la **théorie de l'esprit**, très étudiée dans les pathologies comme la schizophrénie, l'autisme, le syndrome d'Asperger, mais aussi dans le cadre du développement des thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie. Elle a été développée par Premack et Woodruff en 1978²⁹. Il s'agit de pouvoir concevoir ce que l'autre peut ressentir, savoir, ou vouloir. C'est donc une des voies incontournables pour entrer en communication avec l'autre²⁵. Se posent les questions suivantes : comment devient-on empathique, et existe-t-il une part innée ?

2. Evolution de l'empathie

a) Le développement psychologique : identification, partage et discrimination

Des recherches se sont orientées vers le développement psychomoteur de l'enfant. T.D. Shanafelt³⁰ pose l'hypothèse que l'empathie affective est innée, tandis que la composante cognitive peut être développée. L'**éveil empathique** a beaucoup été étudié chez les nouveaux-nés¹⁷, et la plupart des chercheurs s'entendent à dire que le développement de ce dernier commence très tôt, ce qui suggère que les enfants naissent équipés d'un mécanisme et d'une motivation leur permettant d'interagir avec les autres individus : **identification** avec l'autre, **partage** d'affects et **discrimination** soi-autrui.

Cette discrimination du soi apparaît très tôt : dans les expériences de Rochat¹⁷, des nouveau-nés âgés de 48h répondent de façon différente à une stimulation tactile lorsqu'elle est auto-administrée et lorsqu'elle est d'origine externe. La discrimination du soi apparaît à un âge bien moins avancé que celle mise en évidence vers 18 mois par le **test du miroir**, qui est appelée la co-conscience de soi et traduit le moment où l'image de soi devient aussi le reflet de soi tel qu'autrui le perçoit. L'identification avec l'autre débute par la capacité d'**imitation**, qui se caractérise par la tendance à reproduire les mouvements des autres et à s'identifier à ses congénères, lors des interactions avec les personnes qui l'entourent. Chez le nourrisson, cela se traduit par exemple par le fameux « sourire réponse ». Frans de Waal³¹ a montré que vers l'âge de 3-4 ans se développe la possibilité de se représenter l'émotion d'autrui en mobilisant la capacité de se représenter soi-même comme distinct de l'autre, ou **inférence émotionnelle**. Elle représente le processus d'imagination qui permet de comprendre l'émotion de l'autre, même sans l'avoir vécu soi-même. « *Pour être humain, il faut donc une bonne dose d'imagination*³¹ ». Vers l'âge de 5 ans, l'enfant est donc capable d'interagir avec les états mentaux d'un autre³².

Pour étayer cette hypothèse, Danziger³³ a mis en évidence que des personnes rendues insensibles à la douleur suite à une affection, ont développé une plus grande capacité d'empathie. En revanche, des désordres neuro-développementaux tels que l'autisme, ou encore les **troubles de la personnalité** peuvent entraver le degré de compréhension empathique d'un individu²².

b) Les avancées en neurophysiologie

Concernant les récentes recherches en neuro-imagerie fonctionnelle et en neurophysiologie, plusieurs régions du cortex cérébral ont été repérées comme étant destinées à la précision empathique, découvertes au cours des années 1990 par l'équipe de Giacomo Rizzolati, professeur de physiologie italien³². Elles illustrent en somme la théorie de l'esprit. Les neurones impliqués dans cette capacité sont appelés **neurones miroirs**. Ils peuvent être activés par une sensation ou une action corporelle, tout comme par l'observation de cette même action chez une autre personne.

Les possibilités de ces neurones miroirs peuvent être remarquées très tôt dans le comportement de l'enfant, comme nous l'avons vu plus haut³⁴. Situés dans le cortex prémoteur et le cortex pariétal inférieur, les neurones miroirs permettent de traduire l'expérience émotionnelle des autres en une représentation propre à l'observateur. Cela a été notamment démontré pour la **douleur** : lorsqu'une personne ressent une douleur, toute la matrice est activée, tandis que lorsqu'une tierce personne expérimente la douleur d'une autre, une partie seulement de la matrice est activée, c'est une réaction **atténuée**. Il existe des circuits respectifs pour les actions de soi et pour celles d'autrui. Cela sous-entend qu'il existe une **régulation** de l'émotion, qui permet à l'autre de ne pas être submergé par les émotions le protégeant ainsi du risque de détresse personnelle. D'autres travaux ont porté sur la mise en évidence d'une région du cortex préfrontal, ayant pour rôle de comparer les émotions propres à celles d'autrui, faisant ainsi fonction d'**interface** entre émotion et cognition. Par exemple, Il a été montré que **les médecins régulaient leur circuit de réponse empathique à la douleur en inhibant les neurones impliqués dans la réponse à la douleur**. J. Decety²⁰ soulève d'ailleurs le risque d'interférences avec l'efficacité du thérapeute en cas d'afflux émotionnel important.

c) Influence de l'enseignement professionnel

(1) Variations de l'empathie au cours de la vie professionnelle

L'empathie ne se résume donc pas à la part innée, ancrée et physiologique²⁰. De nombreux auteurs ont démontré que ces capacités sont **modulables**, et varient au cours de la vie³⁵. Eric R. Marcus³⁶, Professeur en Psychiatrie clinique de l'université de Columbia, développe les différents stades de développement des capacités contribuant aux aptitudes humaines des

jeunes praticiens. D'ailleurs, l'empathie est reconnue comme faisant partie intégrante du **professionnalisme** du médecin³⁷.

La première étape se résume à l'**identité empathique**, l'humanisme de l'étudiant. Dans un second temps, l'étudiant se rend compte qu'il n'est pas comme le patient, c'est la **dys-identité empathique**³⁶. Puis l'étudiant développe son **identité professionnelle**, en centrant son humanisme sur son métier. Finalement, l'**humanisme professionnel** lui permet d'achever son identité professionnelle en se centrant sur le patient.

La littérature soulève un important problème, à savoir le **déclin de l'empathie** pendant le cursus médical. La plupart des études qui se sont penchées sur la question ont été effectuées aux Etats-Unis, hormis une réalisée en Pologne, deux au Royaume-Uni^{38;39}, et je rapporterai également les résultats de la thèse d'Olivier Fabre de Morlhon à Paris Descartes⁴⁰. Toutes montrent une stagnation ou une baisse de l'empathie durant les études médicales³⁸⁻⁴⁰. M. Hojat³⁹, professeur en recherche dans le département de psychiatrie et du comportement au Jefferson Medical College, démontre que les étudiants ayant un score d'empathie initialement élevé semblent moins à risque de perdre leur empathie par rapport à ceux ayant un score initialement faible. Récemment, la thèse d'Olivier de Fabre de Morlhon⁴⁰ a montré que le score « d'empathic concern », qui analyse la composante émotionnelle de l'empathie dans l'échelle d'empathie IRI (Interpersonal Reactivity Index), décline pendant l'année de DCEM 2, entraînant la mise à distance du patient.

Les raisons pour lesquelles l'empathie baisse n'apparaissent pas clairement. Il n'y a pas de concordance avec l'âge ni le sexe. Pour autant, les étudiants semblent choisir une **spécialité plus ou moins centrée sur le patient** en fonction de leur degré d'empathie. Chantal M. L. R. Brazeau⁴¹, professeur associé au département de médecine de famille de la New Jersey Medical School, évoque la possibilité d'une réponse à l'enseignement qui manque de modèles. Pour étayer cette hypothèse, Andrew H. Brainard⁴², médecin urgentiste à Bethléem, Palestine, analyse des discussions d'étudiants sur des forums, dans des focus groupes, et des rencontres supervisées. Il démontre que **l'encadrement de l'enseignement** est peu propice au développement du professionnalisme. L'environnement dans lequel évoluent les étudiants est finalement très subjectif, et beaucoup d'enseignants ne montrent pas forcément le bon exemple, influençant à leur tour l'attitude des étudiants. M. Hojat³⁹, souligne également le manque de temps, un enseignement trop chargé, la **fatigue excessive**, le recours important à la **technologie** ou encore la volonté de **neutralité clinique** comme raisons à cette baisse. D'un point de vue neurophysiologique, **la crainte, le stress et la pression diminueraient l'activité entre les neurones miroirs** responsables de l'empathie, réduisant ainsi leur signal¹⁵. Stacey A. Passalacqua¹⁵, professeur à l'école de communication, de l'université

James Madison, explique que cette diminution est une **technique de survie**. On se refuse à éprouver de la colère ou de l'irritation vis-à-vis de son patient, ou à être envahi par les émotions, de peur d'être submergés. Les conventions sociales ont tendance à amener à **minimiser** les émotions²⁵. D'ailleurs, l'article de Jane Macnaughton⁴³ revendique la mise à l'écart de l'empathie dans la relation médecin-patient, en mettant en garde contre le manque d'objectivité qu'elle peut engendrer, et le risque de fonder une réponse erronée sur une mauvaise interprétation.

Pourtant, le patient exprime forcément de la souffrance, des émotions, et une demande d'aide plus ou moins explicite et entière. Le médecin ne peut évidemment pas souffrir constamment avec chacun de ses patients, mais il est désireux de comprendre leur ressenti. M. Balint⁴⁴ explique que dans ses groupes de formation, que nous détaillerons dans la prochaine partie, beaucoup de médecins craignent de ne pas arriver à comprendre les émotions de leur patient dès le premier entretien, ou au contraire, de se trouver rapidement perdus et dépassés par la suite des événements. Un travail en groupe autour des cas permettrait de répondre de façon adaptée à ces appréhensions. Carl Rogers²² cite une étude de G.T. Barrett Lennard de 1962, montrant que les thérapeutes **expérimentés** présentent un degré d'empathie plus élevé à l'égard de leurs clients que d'autres qui le sont moins. Au fil des années, les thérapeutes sont de plus en plus aptes à une compréhension nourrie de sensibilité.

On ne peut être bon à un geste technique si l'on ne l'a pas répété plusieurs fois. Ce ne serait pas différent dans la gestion de l'émotion. Il conviendrait de s'**exercer** à percevoir ses propres émotions et celles de son patient. D'après C. Rogers, plus le thérapeute est cohérent et mature, plus il apporte une aide efficace dans la relation. Carl Rogers cite le fait que l'empathie ne peut être apprise que dans un **climat empathique**, si les professeurs et superviseurs sont eux-mêmes des individus empathiques. C'est le principe **d'identification au leader** développé par L. Velluet¹². Un travail sur soi est également indispensable. Comme le souligne M. Delbrouck⁴⁵ dans son livre « Comment traiter le burn out », le **respect de soi et l'écoute et l'amour de l'autre sont indissociables** : « *Je suis si nourri(e) par l'attention que je me porte que je vais naturellement me tourner vers l'autre. Ce que j'ai écouté et compris chez moi, je pourrai l'écouter et l'accueillir chez l'autre. Ce que je n'ai pas accueilli chez moi, je risque de le projeter sur l'autre à qui je vais attribuer mes imperfections* »⁴⁵.

(2) L'enseignement existant en formation initiale

« *Ce qui est terrible avec les malades dans les lits, c'est qu'ils nous regardent. Et en plus, ils parlent* »⁴⁶.

La nécessité d'un enseignement spécifique de la relation médecin-malade est maintenant acquise par les autorités universitaires. En effet, celui-ci fait maintenant partie du **programme officiel de médecine** de deuxième cycle inauguré en 2004 avec la réforme des ECN⁴⁷. C'est l'item 1 du module 1. Cependant, la manière et les moyens d'enseignement ne sont pas mentionnés. L'empathie est donc bien évoquée dans les objectifs d'enseignements, « *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs* », mais les moyens, et l'évaluation de l'efficacité de cet enseignement manquent. Nous ne détaillerons pas les différents programmes de formation en Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada ou encore en France, qu'Elsa Marin⁴⁸ a répertoriés dans sa thèse. En revanche, nous insisterons sur le fait que, bien que la plupart des programmes d'enseignement fassent référence à l'empathie, l'utilisation de la **communication empathique** en consultation fait régulièrement défaut. Une des hypothèses de ce manque réside dans le fait que les médecins ne savent pas comment répondre de façon empathique.

La formation à l'empathie se heurte à plusieurs difficultés, notamment le fait rapporté par l'équipe de Simpsons, que l'empathie est **peu sensible à l'expérience acquise sur le terrain**⁴⁹. La formation ne consisterait pas à transmettre l'expérience comme l'artisan formerait son compagnon, mais plutôt à utiliser des outils spécifiques pour développer les compétences thérapeutiques des futurs médecins. Cette formation doit également être présente à tous les stades du cursus médical. L'enseignement spécifique de l'empathie est encore souvent **optionnel**, et la plupart du temps regroupé dans un enseignement plus général sur la relation médecin-patient. Ce point peut être contestable d'autant plus que la plupart des enseignements de la relation médecin-patient n'ont jamais prouvé leur efficacité sur l'empathie. Nous y reviendrons lors de l'analyse de notre étude.

Les facultés françaises ont donc élaboré un enseignement théorique avec rappel historique et principes théoriques, mais peu d'entre elles ont ajouté des mises en situation, et une contextualisation. Par conséquent, cet enseignement s'adapte peu à la pratique quotidienne. Nous détaillerons quelques études sur les universités françaises, illustrant la nécessité d'un enseignement se rapprochant de l'exercice de la médecine, et en particulier dans la spécialité de médecine générale.

- Dr Marie-Anne Puel⁵⁰ a répertorié différents programmes développés par les facultés françaises concernant la formation à la relation médecin-malade en groupe. La plupart sont facultatifs, et proposent plusieurs types de groupes : le **groupe Balint**, dont nous expliciterons les principes dans la partie suivante, le **groupe d'échange et d'analyse de pratique**, les **jeux de rôles** comme à Clermont-Ferrand, le **groupe de formation à la relation thérapeutique** à Bobigny, les **groupes de pairs** expérimentés à Reims, ou encore les **groupes de paroles** à Lyon. Ils sont parfois proposés dès le PCEM2 comme à Clermont-Ferrand ou à Bobigny. Les plus représentés sont le groupe Balint et le groupe d'échanges de pratiques.
- L'université de Nantes⁵¹ a expérimenté, durant l'année scolaire 2002-2003 du premier cycle des études médicales, un programme d'apprentissage à la relation médecin-patient, avec une partie formelle, et une partie **contextualisation**. Les données de l'étude nantaise montrent une appréciation relativement positive des étudiants avec le souhait de poursuivre l'enseignement durant le second cycle. Cette étude rappelle qu'actuellement, la France est plutôt en retard par rapport aux autres pays : au Canada, à Montréal et Québec notamment, l'université de Calgary Cambridge a développé des méthodes d'apprentissage axées sur des jeux de rôle qui favorisent un apprentissage expérientiel des habiletés de communication, et ce dès la première année.
- Une enquête réalisée auprès de 123 internes de l'université Paul Sabatier de Toulouse en 2008⁵² a montré que 59% des internes interrogés souhaitaient avoir une formation sur la relation médecin-patient en troisième année, et que 76,5% avaient rencontré des difficultés relationnelles. 72% déclaraient que l'enseignement universitaire qu'on leur avait délivré n'était pas adapté à leur besoin.
- Dans ses propositions de mai 2012, l'ANEMF⁴⁷ suggère de développer les compétences relationnelles médecin-patient en ayant recours à des mises en situation, à la mise en place d'une évaluation de l'apprentissage, et à des interventions de patients ou d'associations de patient avec groupes d'échange de pratique.
- La revue de littérature de Kathy A. Stepien et Amy Baernstein²⁸, docteurs à l'université de Washington School à Seattle, énumère treize études évaluant une intervention dans l'enseignement ayant pour objectif d'accroître l'empathie chez les étudiants. Différentes techniques sont utilisées :
 - Six études utilisent des lectures, des travaux en petits groupes, avec enregistrement audio ou vidéo pour enseigner les techniques de communication, et ainsi **améliorer la capacité à communiquer** ; quatre de ces études ont lieu avec

de vrais patients et permettent aux étudiants de discuter de l'interaction médecin-patient.

- Le théâtre, la littérature et l'écriture sont des méthodes d'enseignement de l'empathie décrites dans quatre des études retenues, utilisant la **narration** comme technique d'enseignement.
- Deux de ces études ont mis en place des expériences pour que l'étudiant se mette réellement à la place du patient, par exemple en se faisant hospitaliser 24 à 30 heures, ou en accompagnant un patient durant ses consultations, faisant appel ainsi à l'**expérience personnelle**.
- En partant de l'hypothèse que le bien-être favorise l'empathie, certains auteurs développent l'apprentissage de l'empathie en **faisant attention à soi**. De ce fait, en apprenant aux étudiants à prendre soin d'eux, ils seront davantage empathiques dans leur profession.
- La plupart de ces études montre une amélioration significative de l'empathie, mais la puissance des études est diminuée par la présence de biais, de petits effectifs, ou d'outils non validés ou trop peu spécifiques. Il s'agirait de construire des études à plus grande échelle, avec moins de biais, utilisant des échelles validées et spécifiques afin de conforter ces premières conclusions.
- Rebecca Garden⁵³, professeur associé au centre de Bioéthique et Humanité à la SUNY Upstate Medical University à New York, soulève des pistes afin d'améliorer l'empathie des étudiants, et ne plus simplement « connaître » l'empathie : mise en situation avec de faux patients, simulation de situations, réflexions à partir de textes, d'exercices écrits. Les études actuelles entravent le développement de l'empathie, avec la surcharge de travail, la pression, la déshumanisation du patient (dissection, science basique privilégiée), conduisant à une **trop grande distanciation** par rapport au patient.

(3) L'enseignement en formation continue

R.M. Epstein⁵⁴ décrit dans le JAMA en 1999 le principe de la « **mindful practice** » ou « **conscience de soi** » : il s'agit de **guider** les médecins à supporter les décisions difficiles, les émotions fortes. Il ne s'agit pas d'un savoir théorique mais plutôt d'une réflexion sur soi permettant la remise en question, afin de reconnaître ses points faibles, accepter l'incertitude, et ainsi mieux exprimer certaines valeurs essentielles telles que l'empathie, la compassion, l'altruisme.

L'équipe de M. Krasner⁵⁶ a intégré cette « mindful practice » dans un programme de formation continue qu'il a analysé dans une étude prospective de cohorte « avant/après ». Il a évalué son retentissement sur l'empathie, le burnout, ainsi que certaines caractéristiques telles que l'humeur, la confiance en soi, la personnalité, de 70 médecins de proximité ayant participé au programme. Le programme de formation continue était basé sur trois techniques. La « mindfulness meditation » représente la **prise de conscience de soi**, permettant de porter son attention sur l'expérience de l'autre sans juger. L'« appreciative inquiry » avec la « narrative medicine » intègrent la capacité d'**écouter**, de **garder l'attention** et de **reformuler** l'histoire de l'autre. Les scores d'empathie, mesurés par l'échelle JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy, cf. Annexe p. 172, et p. 91) s'améliorent de façon significative avec la formation continue. C'est sûrement la première étude à démontrer un impact positif d'un enseignement sur la capacité d'interagir entre deux personnes, et notamment sur l'empathie.

Ainsi, le savoir scientifique seul n'est pas suffisant à la bonne pratique médicale. R.M. Epstein organise le savoir du médecin généraliste en quatre axes, à savoir les **faits** comprenant la théorie, les concepts, les principes, le second repose sur l'**expérience** qui fait appel à l'intuition, à l'interprétation. Le troisième axe est le **savoir faire** (prise de décision, accomplissement d'une tâche), et le dernier axe correspond au **savoir faire faire**, qui englobe la relation, la répartition des tâches. Il est intéressant d'ailleurs de rappeler que cette classification est utilisée dans le programme d'enseignement lors du stage de niveau 1 chez le praticien en troisième cycle de médecine générale à Paris Descartes (savoir, savoir faire, savoir être)⁵⁵.

Les programmes de formation à l'empathie semblent donc se développer que ce soit dans la formation initiale ou continue. Cependant, comme le confirme la revue de la littérature de Stepien et Baernstein²⁸ sur les programmes d'enseignement de l'empathie, il faudrait des études de plus grande ampleur pour évaluer précisément l'impact sur le développement de l'empathie, et ce, dès les premières années d'étude.

Nous allons maintenant étudier la formation Balint, reconnue comme formation à la relation médecin-patient.

(4) La formation Balint

Elle est créée par Michael Balint, dès 1949, en vue de former les médecins à la relation avec leurs patients, et notamment à acquérir des qualités psychothérapeutiques⁵⁷. En France, J-P Valabrega est le principal initiateur du groupe Balint dans les années 1960. Pour M. Balint, l'interprétation du sens de cette relation doit être bénéfique pour le patient, comme pour le médecin.

Le groupe est composé d'une dizaine de participants, avec un animateur, généralement psychanalyste ou au moins de formation analytique. Un membre du groupe intervient pour raconter une situation qui lui a posé problème sur le plan relationnel. Il s'agit de raconter sans retenir le spontané et laisser aller le « **ressenti** ». Ensuite, le groupe intervient, en fonction des émotions et des pensées refaisant surface grâce à l'histoire. Il aide le narrateur à analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients, pour rechercher les ressources professionnelles dont le médecin dispose pour faire face, et retrouver une distance suffisante pour une meilleure dynamique de soin. Dans ces groupes s'opère, comme le nomme M. Balint, « *une modification profonde mais limitée de la personnalité professionnelle* », mais aussi, est révélée une connaissance différente du patient⁵⁸.

Le **psychodrame Balint** a été mis au point, tout comme le **groupe Balint** dans le cadre de la SEPT⁵⁹ (Société d'études du psychodrame thérapeutique et théorique) à Paris. Il allie deux approches tenant compte de la dimension inconsciente. Il a été appliqué par Anne Cain à Paris⁵⁷, en 1973, initialement dans le but de sortir d'une situation stagnante, « *Ne racontez pas, jouez !* ». Cette technique engage le soignant présentateur d'un cas clinique, à retrouver dans le jeu, des moments de sa relation avec le patient. Il n'y a pas de scénario prêt à l'avance contrairement au jeu de rôle. Le psychodrame comporte quatre phases :

- Le premier discours : les membres du groupe sont réunis en cercle et une **demande** émerge ou est sollicitée par l'animateur.
- Le second discours : le jeu est mis en place à partir du récit du présentateur de cas. Le **cadre** est posé.
- Le troisième discours : par **l'épreuve du jeu**, le présentateur de cas va souvent se retrouver patient par l'inversion de rôle. Pendant ce temps, les autres participants du groupe vont exprimer en voix « off » les pensées et fantasmes du soignant, mais aussi celles du patient. Pour Anne Cain, le jeu est le moment le plus fertile dans la mesure où tous les participants s'identifient au médecin et au patient, dans un mouvement auquel se mêle aussi la dynamique du transfert que nous approfondirons dans la partie suivante.

- Le quatrième discours : le protagoniste et l'animateur discutent avec tout le groupe, afin d'**analyser** ce qui a été révélé par le jeu.

Bien que M. Balint ne fasse pas référence à l'empathie, il développe le concept de **compréhension émotionnelle** et **compréhension intellectuelle**, rejoignant le principe de l'empathie. L'une sert à comprendre le domaine des sciences exactes et appliquées, en laissant de côté les émotions afin de garder une atmosphère « objective », l'autre sert à prendre en compte les facteurs émotionnels comme comprendre ce que les émotions signifient pour le médecin comme pour le patient. Pour cela, le médecin doit s'**identifier**. La « *capacité d'écouter* » de Balint va au-delà de l'empathie en incluant l'**inconscient**. Louis Velluet écrit : « *C'est bien un processus inconscient qui s'est déroulé, nourri par un transfert d'un certain type, bien réel mais non analysé, parce qu'il ne pouvait l'être à ce stade d'évolution de la patiente* »¹². Il rappelle que c'est bien Winicott et Balint qui ont permis d'élucider cette problématique : l'observateur doit être « *suffisamment libre et sûr de lui pour se départir de sa conscience de soi et de ses particularités individuelles, pour pouvoir ressentir ce que signifie être l'autre personne* ». Mais cette identification doit être réversible, et être abandonnée ensuite par le professionnel pour redevenir objectif, c'est la différence que souligne Balint entre **compréhension personnelle**, et **compréhension professionnelle**⁴⁴.

Dans l'étude réalisée à l'université de Toulouse⁵¹, et dans les différents programmes évoqués par Marie-Anne Puel⁵², se pose la question de la place d'une formation d'inspiration Balint notamment au cours du troisième cycle, afin d'enseigner la relation médecin-patient, mais quel en est son impact sur l'empathie ? Des thèses ont été réalisées sur le sujet.

- Tout d'abord, la thèse d'Oliver Fabre de Morlhon⁴⁰, soutenue en 2010, est une étude quantitative sur l'impact du module type Balint « formation à la relation » de l'université Paris Descartes chez les DCEM2 sur l'empathie mesurée par l'échelle d'empathie IRI. Il ne retrouve pas de modification significative des scores de l'IRI après l'intervention d'un groupe type Balint.
- Une étude qualitative, menée en 2010 par Sophie Brenuchot⁶⁰ à l'Université Paris Descartes chez 13 internes réalisant un SASPAS, rapporte la satisfaction des internes à participer au groupe Balint, car il permet l'acquisition de nouveaux outils pour les étudiants du groupe type Balint dans le champ des compétences émotionnelles.
- Une autre étude qualitative, réalisée par Marion Begot⁶¹, soutenue en octobre 2012, sur la perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint, a rapporté les propos d'un interne qui déclarait que ces

séances d'enseignement permettaient de réfléchir entre autre sur l'empathie.

- Mais ces méthodes sont parfois critiquées, comme le rapporte Mathieu Van Dessel dans sa thèse⁶². Selon une méthode qualitative, les internes en médecine générale interrogés sont très favorables aux cours organisés sous forme de résolution de problème et de cas cliniques en petits groupes. Mais certains reprochent l'abord psychologique excessif de certains cours ou travaux personnels, en faisant référence à l'initiation à la méthode Balint. Les petits groupes ont parfois l'allure de « psychothérapie de groupe ».
- Une étude longitudinale menée par Ghetti C, Chang J, et Gosman G en 2009⁶³ chez 17 des 36 étudiants d'un internat de gynéco-obstétrique américain, permet d'évaluer l'intérêt d'un groupe Balint sur 12 mois : les scores d'empathie sur la JSPE n'ont pas évolué en douze mois, mais les scores de burn out ont significativement diminué, bien qu'ils soient encore élevés en fin d'étude.

Dans tous les cas, les auteurs montrent une augmentation de la satisfaction du médecin avec la participation au groupe Balint. Mais l'empathie, quand elle est abordée, n'est jamais améliorée.

En conclusion, la méthode Balint, à l'heure actuelle, si elle est reconnue comme étant une méthode de formation à la relation médecin-patient, ne semble pas avoir d'incidence sur les scores d'empathie. Nous allons maintenant étudier la place que prend l'empathie dans la relation thérapeutique.

3. La place de l'empathie dans la relation thérapeutique

« C'est une sensation tout à fait terrifiante de s'apercevoir que le docteur ne peut pas voir la réalité de vous même, qu'il ne peut pas comprendre ce que vous ressentez, et qu'il poursuit ses propres idées. Je commençais à sentir que j'étais invisible ou peut-être que je n'étais pas là du tout ».

Témoignage d'un patient après ses premiers contacts avec les psychiatres, rapporté par Laing en 1965²².

a) La rencontre du médecin avec son patient

La **définition européenne** de la médecine de famille de Leeuwenhorst en 1974⁶⁴ est à l'origine de la réflexion sur la définition de la médecine générale. « *Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des **soins primaires, personnalisés et continus**, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la **synthèse** de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une **décision initiale** pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la **continuité** des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la **confiance**, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en **collaboration** avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa **responsabilité professionnelle** envers la communauté* »⁶⁴. Cette définition prend en compte trois lois fondamentales de la relation thérapeutique qui ont été reprises et commentées dans le livre de Louis Velluet¹².

La notion de **relation thérapeutique précoce** traduit le fait que le « *médecin généraliste est placé dans le système de santé pour saisir l'apparition de toute symptomatologie nouvelle et orienter l'évolution vers des conditions non iatrogènes, à condition que s'exprime une demande et qu'il sache l'entendre* »¹².

La **relation thérapeutique continue** permet d'appréhender le patient avec son existence telle qu'elle s'est déroulée jusqu'à ce jour.

La **relation thérapeutique personnelle** implique que le médecin puisse écouter, créer un espace thérapeutique, où l'expression puisse se libérer, sans se précipiter sur un diagnostic.

La rencontre du patient et du médecin s'établit dans un endroit particulier, qui est le plus souvent le cabinet, et dans des circonstances particulières, à savoir la maladie, ou en tout cas une demande, formulée lors de la **consultation**⁶⁵. Le patient vient avec ses a priori, son histoire, le vécu de sa maladie. Il choisit un médecin, de façon hasardeuse parfois, puis il sera tantôt conforté dans son choix, tantôt ébranlé, en fonction de « *l'appropriation mutuel* » qui s'est opéré. Le médecin quant à lui, porte son expérience, son savoir, ses croyances et son

vécu²⁶. Cette expérience se construit elle aussi avec du temps, comme le souligne L. Velluet¹² : « *on ne quitte pas la faculté médecin de famille, on le devient, avec le temps, si l'on en est capable, au terme d'un travail continu sur soi-même* ».

La **formulation de la demande** du patient peut être évidente ou plus subtile, voire ne pas apparaître du tout au premier abord. En effet, on peut parfois différencier le motif de consultation, qui peut être un symptôme mal systématisé, et la demande réelle du patient, c'est-à-dire le sens caché, ou « latent » de la formulation. L'écoute du médecin doit prendre en compte ces deux niveaux. Pour cela, il fait appel à son empathie, à son intuition, et son expérience. En effet, si le médecin laisse le temps à son patient, le symptôme initial peut alors évoluer en une demande plus profonde, plus intériorisée. Mais il faut parfois plus qu'une consultation pour que cette demande s'extériorise.

« *Il paraît qu'un médecin coupe la parole à ses patients au bout de 22 secondes [...] Si on laisse causer davantage, neuf fois sur dix on se facilite le boulot, parce que le patient nous donne lui-même le vrai motif de consultation voire carrément le diagnostic. Bref, j'essaie de laisser parler mes patients. [...].* »⁶⁶

Il peut ensuite utiliser la **reformulation** pour concrétiser cette étape, permettant de donner au patient le sentiment d'être compris. Le médecin approfondit ensuite cette requête par un complément d'investigation composé de l'interrogatoire et de l'examen clinique, pour en arriver au **diagnostic**. A la fin de la consultation, le médecin propose et négocie avec son patient une solution pour « envisager une amélioration ». Pour cela, le patient devra accepter un changement dans son quotidien.

La relation évolue au fil des consultations, influencée par **l'évolution de la pathologie**. Ce cheminement nécessite de prendre en compte la subjectivité du malade, ses **spécificités individuelles** et les capacités **d'adaptation et de réversibilité**. Progressivement se construit ce que M. Balint décrit comme une « *compagnie d'investissement mutuel* », où médecin et patient s'adaptent l'un à l'autre pour leur bien-être réciproque et l'efficacité du soin. Duruz²⁶, définit **l'alliance thérapeutique** comme lorsque deux personnes « *contractent un engagement réciproque* » dans un processus **interactionnel** par lequel client et thérapeute « *expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement* ».

Les échanges verbaux, et non verbaux dépendent d'un phénomène appréciable dans toute relation, thérapeutique ou non : le transfert et le contre transfert. Le **transfert**, dans la relation médicale, est l'ensemble des réactions inconscientes que développe le patient à l'égard de son soignant. Le terme est emprunté de la psychanalyse, il vient de l'Allemand « *Übertragung* »

signifiant « poser au-delà »⁶⁷. Admis depuis Freud, présent dans toute relation interpersonnelle, il repose sur la disposition à reproduire, au cours de la vie adulte, les comportements avec les personnages ayant marqué les premières années de vie. Il est donc **ubiquitaire**, présent dans toute rencontre interpersonnelle et souvent non explicité¹². Il se développe, s'amplifie, et produit un maximum d'effets, dans la mesure où il éveille un **mouvement symétrique** chez le médecin : le **contre transfert**. Transfert et contre transfert déterminent l'accrochage initial dans la relation et l'entretien de la relation. Ils règlent la distance entre les deux personnages, avec le phénomène de **régression**, plus ou moins important, rendant le patient plus ou moins dépendant de son médecin. La **bonne distance**, c'est aussi ne pas négliger la demande de la personne, préconsciente ou inconsciente, qui s'exprime par le corps, c'est trouver la balance à établir entre la fonction médicale, le « *biotope* » et la vie sociale du patient¹², afin de minimiser les dépenses émotionnelles tout en gardant un maximum d'efficacité. C'est le patient qui règle la distance, en fonction de son transfert et le médecin la rectifie par le contre transfert.

Si le médecin prend conscience de ces mécanismes, il peut ainsi mieux comprendre la démarche du malade, l'amener à découvrir le sens de sa demande cachée derrière le symptôme ou la plainte initiale et le conduire à s'identifier comme un être humain à part entière. C'est le principe de savoir se prescrire, notion développée par Balint sous le concept du **remède médecin**. C'est en effet le premier traitement prescrit au patient. « *Nous ignorons ce qui est le plus important, le fait de se plaindre ou les plaintes même qui sont exprimées* »⁶⁸. M. Balint cherche à aider les médecins à « *rester médecins en leur donnant des clés pour mieux soigner et être plus heureux* »⁴⁴. Le médecin doit savoir se connaître pour se prescrire, afin de respecter les contre indications et les effets indésirables. Ce remède médecin fait appel principalement à l'humain médecin, et donc à ses qualités relationnelles⁴⁰. « *Qu'il [le médecin] soit disponible, qu'il soit à l'écoute, pour moi ce n'est pas les ¾ de la guérison mais pas loin, qu'il prenne le temps* ». De cette façon, nous pouvons affirmer que la relation en son essence même est **thérapeutique**.

La démarche du médecin doit s'adapter en fonction de la disposition dans laquelle se situe le patient. En effet, Louis Velluet distingue trois **espaces virtuels** dans lesquels évolue la relation médecin-patient en fonction de la dépendance du patient et du rôle du médecin attendu par le patient¹².

L'**espace premier** consiste à créer un espace filtre, protecteur, dans lequel le médecin accepte la dimension affective de la situation inévitablement présente. Il permettrait au médecin de construire le diagnostic, et au patient d'assimiler et filtrer les stimulations reçues

de l'extérieur et les stimulations internes. Le médecin peut ainsi être utilisé comme un système de « *pare-excitation auxiliaire* », notion construite par Balint pour expliciter la fonction protectrice du médecin en écho à celle qu'a pu avoir la mère dans l'enfance. Une grande partie des patients investit son médecin de cette manière. A ce stade, le patient est souvent incapable de faire une demande structurée, il n'y a pas d'élaboration. Le médecin peut être un élément fonctionnel de l'appareil psychique de ses patients, environnement humain protecteur, non perçu comme distinct de soi-même. L'objectif du médecin sera d'amener son patient dans un espace d'une plus grande autonomie.

L'**espace intermédiaire** regroupe la majorité des relations thérapeutiques dans lesquelles peuvent se dérouler les expériences entre deux sujets moins dépendants l'un de l'autre, où le patient recherche à la fois l'autonomie et la protection à travers les échanges, la négociation et le partage. Cet espace est animé par les objets **transitionnels** médicaux caractérisés par les ordonnances et les examens complémentaires. « *Il s'agit de concilier les exigences de la réalité et les turbulences d'un imaginaire rétif à la domestication.* » Mais le patient reste dépendant du médecin car bien qu'il ait intériorisé son image, ce dernier reste un soutien. Cet espace permet aussi de susciter des modifications profondes chez les deux acteurs qui doivent répondre aux besoins réels du patient par une solution n'excédant pas les capacités du patient à ce stade, tout en laissant à ce dernier la possibilité d'accéder à une plus grande indépendance, le conduisant au dernier espace. Il faut considérer la pratique de la médecine générale comme une dynamique évolutive, mobilisant les possibilités d'adaptation et donc de changement des patients réceptifs.

Dans l'**espace psychosomatique**, le patient reconnaît que le médecin ne détient pas tous les savoirs sans pour autant déprécier son rôle ; la relation transférentielle entretenue avec son médecin l'aide à reconnaître une voie qui est la sienne, et qui ne lui est pas imposée. Les anomalies psychiques et les altérations du corps ne sont plus clivées, elles sont considérées dans leur ensemble. Le corps peut être un alibi ou médiateur, le patient est conscient de son « *unité psychosomatique* ».

Ces trois espaces sont en fait intriqués selon les événements de vie du patient et selon les moments où le patient consulte.

Pour conclure, la position du médecin évolue en fonction des patients. Mais elle est aussi bouleversée par le contexte social. Les attentes des patients sont différentes d'il y a 40 ans, ils sont plus nombreux à l'heure actuelle à vouloir participer à la décision.

b) L'évolution sociale et l'autonomisation du patient dans la relation thérapeutique

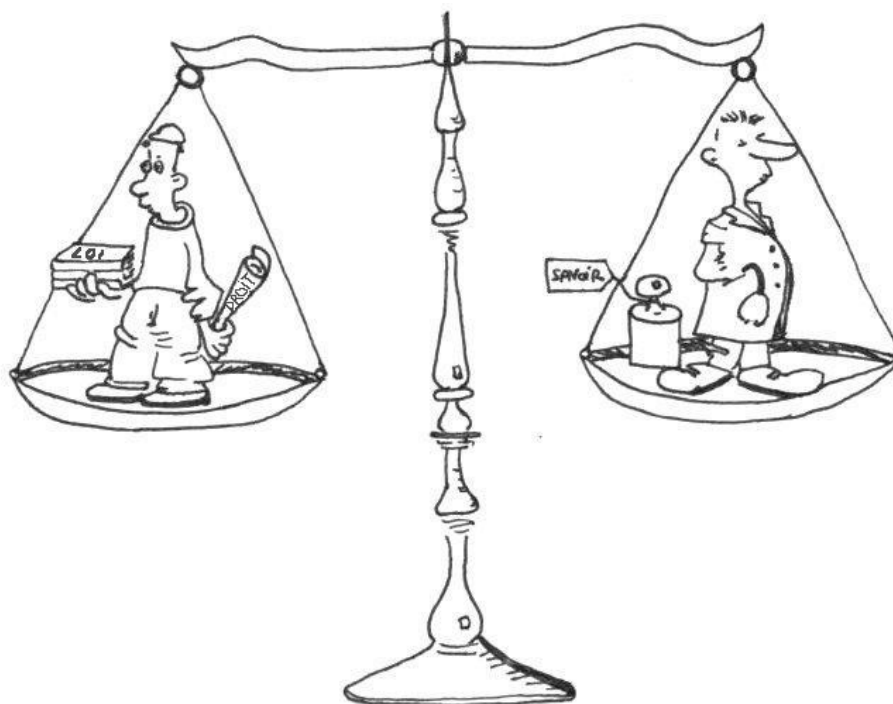
La relation médecin-malade évolue avec son temps. Elle était jadis, dans la médecine classique fondée sur le modèle **paternaliste** qui laissait peu de place à l'échange et au dialogue. Le médecin a longtemps été considéré comme tout puissant car son savoir et sa pratique touchent à toutes les sphères de l'intimité (la nudité, les organes vitaux, la mort...) ¹⁰. Sa position sociale, économique et institutionnelle est spéciale du fait de son indépendance dans le cadre de son métier : il a le monopole sur le traitement des corps et des âmes, d'ailleurs il était souvent soit prêtre, soit sorcier, soit marabout⁶⁹. Les représentations imaginaires dans les médias renforcent le caractère privilégié de cette profession⁷⁰. Cette relation paternaliste est basée sur l'obéissance du patient à son médecin ; d'ailleurs beaucoup de termes datent de cette époque : prescription, ordonnance, et aussi compliance, terme encore beaucoup employé, mais à forte connotation péjorative, sous-entendant que le patient doit se plier aux décisions du médecin.

La relation médecin-malade a précédé l'avènement des courants philosophiques, et sociologiques de la relation « humaniste » qui vont conduire à un modèle plus « **autonomiste** » du patient. Ce dernier demande plus d'informations, devient plus indépendant vis-à-vis du médecin. Il se regroupe en collectifs organisés et associations faisant émerger la notion de « droit des patients » à l'information par exemple, ou à l'éducation...

En 1936, apparaît ainsi la notion de **consentement au soin** dans la jurisprudence française par l'arrêt Mercier de la cours de cassation française du 20 mai 1936⁷¹. C'est surtout dans les années 1990 que se multiplient les textes sur le respect de l'autonomie du patient. Le nouveau code de déontologie médicale en 1995 pose comme principes la primauté de la personne et la liberté du patient. La charte du patient hospitalisé en 1995, remise à jour en 2006, et la loi du 4 mars 2002 permettent d'ancrer encore plus profondément les droits des malades à la qualité du système de santé. L'arrêt Hedreul en 1997 renverse la charge de la preuve : « *le médecin est tenu d'un devoir d'information et de conseil à l'égard de son patient [...]. Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation* »⁷². Le médecin semble perdre une partie de son pouvoir puisqu'il doit rendre des comptes sur l'information qu'il a délivrée au patient qui a dorénavant le droit d'être informé. Toutefois, il garde le pouvoir de décider ce qui va être transmis au patient puisqu'il est le détenteur du savoir (cf. Figure 2). Le **partage d'information** n'implique pas forcément une modification des responsabilités respectives. Comme le décrit une étude rapportée par la revue *Prescrire*⁷², bien qu'une majorité des

patients exprime un fort désir d'être informés, seule une minorité manifeste le désir de prendre une responsabilité dans la décision médicale.

Figure 2 : L'équité médecin/patient rétablie



Ce nouvel environnement oblige le médecin à se repositionner par rapport à son patient et à (ré)apprendre à communiquer. La **judiciarisation** de la médecine, responsable d'un climat de méfiance entre médecin et malade, entraîne un besoin supplémentaire de communication. Ce besoin d'échange se heurte à l'« *l'hyper technicité chronophage et déshumanisante* »¹⁰ de la médecine, et à l'importance des tâches administratives qui surchargent le médecin.

D'autres modèles intermédiaires de relation ont été proposés⁷² :

- Le modèle du **garant** dans lequel le médecin décide seul en tant que représentant fidèle des intérêts du patient, après lui avoir fait exprimer ses préférences.
- Le modèle de la **décision partagée** dans lequel l'information médicale est partagée, et les décisions élaborées conjointement.

Cela sous-entend que le médecin a un rôle important à jouer, pour accompagner son patient, et l'informer à la juste mesure. Peut-être la compréhension empathique l'aiderait dans cette tâche.

c) Critères de qualité de la relation médecin-patient

Est-il possible, voire souhaitable, de définir des critères d'une bonne relation médecin-malade⁷³? En effet, chaque rencontre est différente, de par le motif qui amène le patient, les conditions et les circonstances de la consultation. Alors que les progrès scientifiques se multiplient, les patients acceptent de moins en moins les échecs tandis que les médecins agrandissent leur champ de compétence au risque d'entraver leurs limites. Parallèlement, le besoin d'humanité s'amplifie, en tenant compte de la « *subjectivité du malade* ». La recherche s'intéresse alors au psychisme, à la psychosomatique... Ainsi, la qualité de la relation thérapeutique ne repose pas seulement sur les compétences biomédicales et techniques, mais s'élargit aux **capacités relationnelles**.

(1) La personnalisation de la relation de soin

Alain Moreau, médecin généraliste à l'université Claude Bernard à Lyon, met en garde contre la tendance à vouloir modéliser et idéaliser une relation sans cesse en évolution devant être adaptée à chaque patient et chaque situation⁷⁴. Il s'est penché sur les critères de la relation répondant à la fois à la satisfaction des médecins et des patients. Il a montré que les attentes de ces derniers n'étaient pas toujours bien imaginées par les médecins. Des listes non exhaustives d'items ont été réalisées afin de donner des repères au médecin dans l'évaluation de la relation. La conférence de consensus de Toronto⁷⁴ sur la relation médecin-malade en 1991 évoque plusieurs points comme ne pas interrompre le patient quand il expose le motif de consultation, favoriser l'expression des idées du patient, favoriser l'écoute active, la reformulation fréquente, les questions ouvertes, la clarification des problèmes, la négociation, se méfier des propos rassurants prématurés.

Plusieurs **échelles d'évaluation de la qualité de la relation médecin-malade** existent et des résidents québécois ont réalisé un travail de synthèse en regroupant les 21 items les plus fréquemment rencontrés (cf. Tableau 1). Ces items doivent cependant être modulés par l'organisation du médecin, par le temps dont il dispose pour chaque consultation, ou encore par la difficulté parfois de les mettre en œuvre face aux patients exigeants par exemple. La bonne gestion de l'organisation fait partie des critères communs consensuels d'une bonne relation thérapeutique exprimés par les médecins et par les patients, comprenant la disponibilité du médecin au cabinet et au téléphone, sa ponctualité. Dans la revue du praticien Médecine générale, Alain Moreau a répertorié, dans une liste non exhaustive, les critères de qualité de la relation médecin patient ayant montré leur efficacité thérapeutique par des essais

comparatifs randomisés. Il s'agit de critères axés d'abord sur la **subjectivité** du patient, par exemple en encourageant le patient à exprimer ses émotions, ses attentes, ses soucis, et poser des questions, ensuite basés sur l'**humanisme** de la relation, en montrant de l'empathie et de l'intérêt par un examen soigneux, plutôt qu'orientés sur les éléments biomédicaux. Marco Vannotti, psychiatre et psychothérapeute à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, rappelle dans ce sens qu'il existe deux types de médecins²⁵ : le médecin **efficace** ayant une vision objective du patient et de sa maladie, et le médecin **empathique**, humain. Une dichotomisation ainsi faite peut être réductrice et fautive et un juste milieu semble être la solution idéale. Dans le cas contraire, le patient risquerait de trouver le médecin d'un côté trop intrusif, et trop détaché de l'autre, risquant de compromettre la décision la plus adaptée pour le patient. Le rôle du médecin est donc d'articuler les aspects techniques de la médecine à la gestion de la relation.

Cet auteur décrit le médecin empathique comme étant altruiste, dévoué, faisant attention aux facteurs psychosociaux, désirant assumer des responsabilités, investissant du temps et de l'effort dans sa profession plutôt que dans son salaire. Il tient compte du vécu du patient, des facteurs psychosociaux. Il explique le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informe sur le traitement. Il donne un avis sur le pronostic et rassure chaque fois que c'est possible. Il conseille l'adoption de comportements préventifs comme pour le tabagisme, l'alcoolisme, ou le contrôle pondéral et valorise les démarches d'auto-surveillance. Mais surtout, il **implique** le patient dans la décision thérapeutique.

Tableau 1 : Physician-patient interaction : a reliable and valid check-list of quality ⁷⁴

ACCUEIL	
1.	Accueil verbal
2.	Etablir un contact visuel en cas de première visite
3.	Dire le nom du patient en cas de première visite
4.	Se présenter si première visite
5.	S'adresser verbalement à un accompagnant et lui demander verbalement son degré de parenté
ENTRETIEN	
6.	Demander les raisons de la consultation
7.	Etablir un contact visuel pendant les explications du patient
8.	Interroger sur les problèmes actuels
9.	Eviter les répétitions
10.	Utiliser un vocabulaire adapté à la compréhension du patient
11.	Regarder le patient quand il exprime des émotions
12.	Indiquer l'endroit où le patient peut se déshabiller
13.	Indiquer le moment de se déshabiller
14.	Dire les conclusions de l'examen clinique
15.	Utiliser un vocabulaire adapté pour cela
16.	Expliquer le traitement
17.	Demander si le patient a d'autres questions
18.	Y répondre éventuellement
19.	Expliquer les raisons d'éventuels examens complémentaires
20.	Dire au patient quand revenir
21.	Dire au revoir

(2) La communication

La communication représente également un enjeu important et pose un véritable problème de nos jours. Le manque de temps, la place prépondérante prise par les aspects techniques, le manque d'effectifs, entraîne un manque d'écoute et de parole responsables de litiges. L'influence des médias également fait concurrence aux informations données par le médecin.

(a) La communication venant du médecin,
reflet de sa conception de la relation

Carl Rogers explique que le médecin ne pourra venir en aide à son patient qu'à condition d'être **congruent**²³, à savoir lorsqu'expérience et conscience, et expérience et communication correspondent parfaitement. « *C'est l'aptitude à être soi-même, affirmé dans ses positions, tout en étant rétracté dans son comportement, et empathique* ». C'est ce qu'on appelle parfois « l'innocence de l'enfant », sa capacité à dire les choses crues, sans détour¹⁰.

Le livre de Sylvie Fainzang « La relation médecin-malades : information et mensonge »⁷⁵ illustre un problème d'apparence communicationnelle sous lequel se cache un défaut de conception de la relation médecin-patient où l'ambiguïté du médecin n'est pas prise en compte. Elle reprend des tournures de phrases telles que « pause thérapeutique » signifiant en fait l'arrêt du traitement du fait de son échec. Le discours du médecin peut être confus proposant de ne pas s'inquiéter alors que des examens complémentaires sont prescrits. L'incompréhension et les malentendus peuvent également provenir d'un manque de communication qui entraîne une interprétation erronée. Très souvent des **préjugés** sociaux et culturels en sont à l'origine. Ainsi, les informations relatives aux risques des traitements sont plus volontiers données aux patients de niveau socioculturel élevé. L'ambiguïté des termes, comme « résultat négatif » peut entraîner soit une inquiétude, soit un soulagement, en fonction de l'interprétation, et du contexte d'utilisation.

Cela vient à poser la question du **langage** adopté par le médecin et par le patient. Comme le montre une étude présentée par C. Joeffrion⁷⁶ au congrès national de la société française de psychologie de 2007, sur la représentation sociale de la relation médecin-patient, les deux protagonistes de la relation, à savoir médecin et patient, utilisent deux registres différents. Les professionnels de santé utilisent des termes plus **descriptifs**, renvoyant à la compétence « technique » du médecin, alors que les non professionnels de santé utilisent des termes plus **affectifs**, renvoyant à la compétence « **interpersonnelle** » du médecin. Ce dernier doit être conscient des représentations de la relation pour son patient, pour connaître ses attentes et pouvoir y répondre le cas échéant. On sait très bien que le vocabulaire médical, est considéré par les « non médecins » comme « barbare » et source d'incompréhension. Le professionnel doit adapter son langage à celui du patient, et éviter le jargon médical ou l'expliquer si besoin. André Nossent, docteur en médecine de l'Université de Liège, avance que ce langage hyper-ésotérique constitue une **reconnaissance sociale** entre médecins⁷⁷, permettant de se reconnaître rapidement entre eux. Ce langage « professionnel » est lié pour M. Balint⁴⁴ à la relation professionnelle dans laquelle les modes communication doivent être limités : le

médecin a recours essentiellement à la parole, rarement à l'action, et les gestes qu'il peut utiliser doivent rester dans les limites strictes du cadre professionnel notamment lors de l'examen clinique.

Dans le cadre de l'information du patient, S. Fainzang⁷⁵ met en garde contre la **communication non verbale**, utilisée lors de nombreuses consultations par les médecins, qui disent s'y fier pour détecter la demande d'information du patient, par le regard notamment, et « croient savoir » ce que veulent les patients, source parfois de malentendus. Par exemple, la main sur l'épaule est plus perçue par le patient comme un signe de gravité alors que le médecin cherche à rassurer.

Certains médecins supposent aussi que tous les patients ne sont pas capables d'entendre la vérité, affirmation une nouvelle fois appuyée sur des préjugés, justifiant ainsi le recours au **mensonge**. Dépassant la non-congruence, il est produit dans le but conscient d'amener le patient à observer son traitement. Il est probable qu'inconsciemment, il soit engendré par la difficulté à délivrer certaines informations et par l'affluence des émotions du patient et du médecin lui-même. Ces informations dissimulées ou transformées peuvent avoir des conséquences lourdes comme la perte de confiance envers le médecin et parfois envers la médecine, menant à l'automédication, au nomadisme médical et au recours aux méthodes alternatives.

Afin de favoriser la communication, les enseignants et auteurs sont d'accord pour dire que le médecin doit jouer entre questions ouvertes et fermées, afin de **favoriser l'interaction** plutôt que le discours unilatéral⁴⁵. Ils préconisent d'utiliser la méthode de **l'écoute active**, en reformulant les propos au moyen de mots compréhensibles par le patient. M. Delbrouck⁴⁵ propose une **charte de la communication** dans ce sens. Elle regroupe plusieurs idées fondamentales : se respecter, communiquer, écouter, répondre, soulever les problèmes, et encourager...

(b) La communication venant du patient

Le principal obstacle à la communication pour le patient provient de la **barrière linguistique**. Lorsque patient et médecin ne parlent pas la même langue, le médecin est le plus souvent démuni, et la capacité d'interaction est sévèrement entravée. Hormis ce cas particulier, le patient, tout en s'exprimant dans la même langue que le médecin, a aussi ses propres expressions, verbales et non verbales, qu'il est nécessaire de comprendre, sans trop interpréter à la hâte, comme nous l'avons vu plus haut. Par exemple, il peut utiliser des symptômes, pas forcément cohérents, pour exprimer un malaise plus profond. « *Il travestit sa*

demande sous les mots du vocabulaire médical »¹². Le **discours du sujet**, ainsi nommé par la psychanalyste F. Le Houezec est « *le discours énoncé par le sujet à son insu dans et par le langage* »⁷⁸. Il comprend le langage du corps, mais aussi les « *symptômes du champ de la psychopathologie* », tels que la conversion hystérique, ou l'angoisse, la dépression, qui énoncent quelque chose de la vérité du sujet. Le langage reflète aussi sa culture, pouvant être différente de celle du médecin, avec parfois des images qui ne correspondent pas forcément aux représentations du médecin. « *Mon corps chauffe* », « *j'ai des vertiges* », sont des expressions attribuées au « *syndrome méditerranéen* ».

Quand le patient n'ose pas parler, ce n'est pas lié au fait qu'il ne sait pas ce qu'il veut, ou qu'il ne souhaite pas ce qu'il n'exprime pas d'après S. Fainzang⁷⁵. Cela va à l'encontre des intuitions des oncologues interviewés dans son enquête, qui considèrent que si le patient ne pose pas la question, c'est qu'il ne souhaite pas savoir. « *Le malade ne demande pas qu'on réponde à sa place mais qu'on le mette en état de répondre, donc d'abord d'entendre sa propre question* »⁷⁹, en lui donnant l'espace et le temps nécessaires pour la formuler. Parfois encore, le patient va expliquer sa maladie d'une façon totalement absurde aux vues de la science, mais qu'il faudra respecter, car cela peut être considéré comme un savoir sur lui-même. F. Le Houezec parle alors de « ***vérité du patient*** »⁷⁸. Elle devra être écoutée autant que le savoir du médecin, qui ne doit pas supplanter le langage du sujet, mais doit **s'articuler avec**.

(3) Une relation asymétrique mais équitable ?

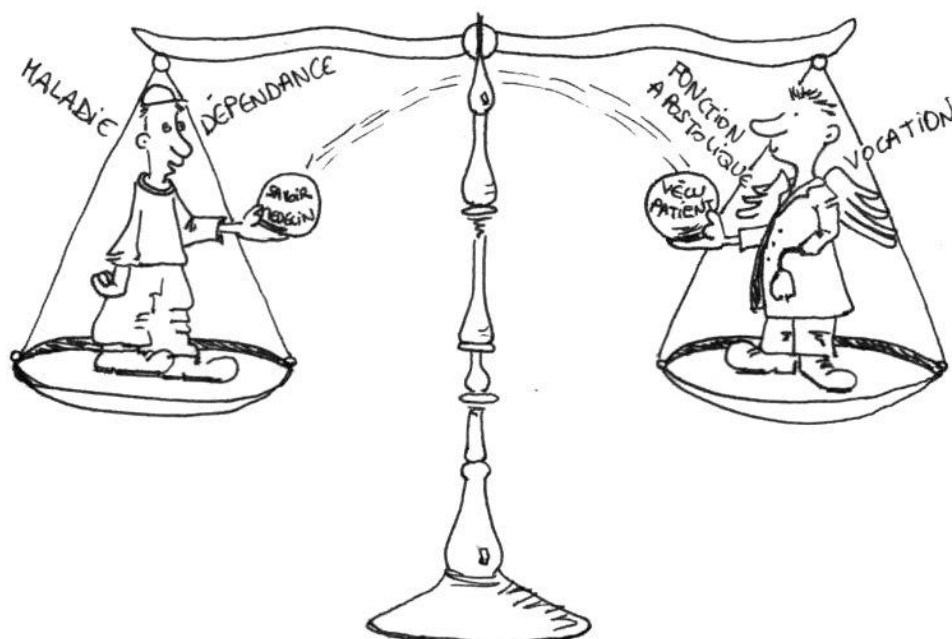
Initialement, la relation paternaliste était marquée par sa forte **asymétrie**. La souffrance du patient diminue son autonomie, sa force morale et sa demande le rend passif. F. Le Houezec⁷⁸ souligne que la relation du médecin avec son patient est inégalitaire du fait indéniable que le médecin possède le savoir. Par ailleurs, il considère que la seule condition d'apparition du transfert est la non-symétrie entre les deux locuteurs. Mais ce dernier n'est pas anodin. Il peut être porteur d'angoisse pour le médecin qui sait que son savoir a des limites. A l'inverse, lorsque le médecin n'a pas conscience de ses limites, il risque de se conduire en maître tout puissant. Le transfert peut aussi être angoissant pour certains patients qui vivent mal le fait de se sentir dépendants, contrairement à certains qui s'y complaisent. D'ailleurs, L. Velluet met en garde contre la situation extrême qu'il appelle le « *piège de la régression* »¹². Le médecin est, dans ce cas, celui à qui l'on peut tout demander, qui peut régler tous les problèmes, le mettant ainsi dans une position de toute puissance. Le patient devient **dépendant**, par sa maladie principalement, du fait qu'il devient incapable de rechercher seul ses propres

solutions. Mais le médecin devient aussi parfois dépendant du fait de trop de complaisance à la répétition des exigences du patient. Comme l'écrit M. Balint⁴⁴, le déséquilibre s'observe dans ce sens car la **vocation** du médecin, comme beaucoup d'étudiants et de médecins le soulignent eux-mêmes, c'est de pouvoir soigner, sans notion d'argent. Dans ce cas, le médecin risque de se perdre dans ce don d'humanité. « *Ainsi la compulsion du médecin à donner doit être surveillée, car le don doit être déterminé par les besoins du patient et non par les siens* »⁴⁴. L'auteur souligne que dans une relation professionnelle idéale, la relation entière est centrée sur le patient, et que les intérêts du médecin, ses émotions, ses problèmes doivent rester ignorés autant que possible. En contrepartie, le médecin recherche un peu de reconnaissance et d'estime, et reçoit de l'argent, ce qui permet peut-être de tenir à l'écart plus facilement la ronde des sentiments.

En revanche, si le patient se pose comme un usager de soin qui établit un contrat avec un praticien, voulant rendre le dispositif symétrique, le risque est que le transfert ne s'établisse pas. La relation ne sera alors vue que du point de vue scientifique et Frédérique Le Houezec⁷⁸, psychanalyste et pédopsychiatre à Rennes, met en garde contre le fait que le médecin risque de traiter la maladie en oubliant le sujet toujours en souffrance.

Ainsi, sans pour autant vouloir rendre la relation symétrique, D. Truchot souligne l'importance d'avoir une relation **équitable**⁹, qui permet à chaque protagoniste d'en retirer un bénéfice. En cas de déséquilibre, le médecin risque le burn out. Pour E. Galam⁷³, médecin et patient sont liés par les informations qu'ils échangent, pour en retirer quelque chose de meilleur pour chacun d'eux (cf. Figure 3).

Figure 3 : Une relation équitable qui repose sur le partage des informations



(4) L'utilisation de l'empathie dans la relation

Gaston⁸⁰ considère que la relation thérapeutique est fondée sur quatre principes, où nous voyons apparaître la place de l'empathie. Le premier repose sur la **relation affective** du patient à son thérapeute, le second sur la capacité du patient à poursuivre un **objectif thérapeutique**. C'est dans le troisième point que l'auteur évoque la **compréhension empathique** et l'implication du thérapeute. Quant au dernier, il rappelle la négociation aboutissant à l'**accord patient-thérapeute** sur les objectifs et tâches de la thérapie.

On sait que l'empathie peut améliorer la relation médecin-patient : *Elle dissout l'aliénation*²². Elle diminue le sentiment d'isolement et d'abandon du patient. En effet, en se sentant compris, le patient se sent relié : « *puisque'il a compris, je ne suis pas tellement étrange ou étranger* ». Le patient retrouve ainsi un contact avec les autres. Tout comme elle augmente la satisfaction du patient⁸¹, elle améliore aussi celle du médecin³⁴. De nombreux auteurs s'accordent dorénavant à affirmer que l'empathie fait partie intégrante du **professionnalisme**⁸².

Au cours de la consultation, **l'empathie permet de travailler sur les émotions, l'une des tâches les plus difficiles et complexes de la consultation**. L'expression des émotions est hétérogène d'un patient à un autre. Le médecin réagit aux émotions exprimées par son patient. L'empathie émotionnelle, appuyée sur son propre vécu, lui permet de résonner, tout en reprenant une distance grâce à une élaboration cognitive, afin de renvoyer au patient un sentiment de compréhension empathique. Louis Velluet décrit cette « *aptitude du médecin à saisir ce qui se passe au-delà des apparences, qui est bien évidemment liée à son histoire, et à ce qu'il est en tant que personne* »¹². Ce qui est enfoui dans sa mémoire va entrer en résonance avec les émotions de son patient, ainsi il pourra les décrypter. Scott R. Smith et R. B. Hoppe de l'université de Michigan résument ce processus en six étapes⁸³ : reconnaître les moments d'émotion, demander au patient ce qui se passe, nommer l'émotion. Il s'agit ensuite de la formuler, ou aider le patient à la nommer en formulant des hypothèses, la **légitimer** en reconnaissant que les sentiments du patient sont compréhensibles et normaux dans sa situation, ce qui est un point central de la relation empathique. Il faut enfin respecter les efforts du patient pour faire face et lui offrir aide et soutien pour le futur.

Ces efforts et cet appel à contrôler l'émotion peuvent être source de stress, que le médecin doit apprendre à gérer. En effet, certaines situations sont plus complexes que d'autres. Nous pouvons citer en exemple les « **heart sink patient** » ou les pathologies psychiatriques, et demandent au médecin un investissement supplémentaire en compréhension.

L'empathie est donc un élément clé de la relation, dans un contexte de crise économique, où chaque examen est décompté et où l'on cherche la rentabilité. On s'intéresse timidement aux conditions du médecin notamment à ses limites, et à ses ressources (caractère, état physique, contraintes extérieures...). Il est au cœur du système de santé, car le premier accès au soin de la population, la porte d'entrée indispensable chez le spécialiste. Il est, par conséquent, d'autant plus soumis à un stress important auquel il doit faire face et reste fragile du fait qu'il doit s'adapter à chaque circonstance sans pouvoir se réfugier dans un automatisme de soin.

4. Faire face au stress de la relation : le coping ou « stratégie d'ajustement »

a) Une conception transactionnelle

Le coping est une approche cognitive et comportementale médiatisée par deux processus : l'**évaluation cognitive** (contrôlabilité) et les **stratégies de coping** (recherche de contrôle effectif)⁸⁴. C'est le comportement d'un individu pour faire face à une situation stressante excédant ses ressources. La définition du coping nécessite à la fois d'inclure les fonctions de **régulation émotionnelle** et de **résolution de problème**. Elle englobe les stratégies inconscientes et conscientes que le sujet met en place pour s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçant. C'est donc une conception **transactionnelle** : en effet, stress et coping sont engendrés par l'interaction entre sujet et environnement, mais ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus⁴⁵. Ce sont donc des stratégies adaptées à l'environnement, et on ne peut parler de stratégie systématiquement efficace, ou inefficace puisque cela varie en fonction de la situation dans laquelle elles sont mises en œuvre.

C'est un processus **multidimensionnel** : il existe diverses sources de stress, et divers équilibres à préserver (psychologique, physique, financier, social...). Cependant, I. Paulhan⁸⁵ nomme des critères essentiels pour un coping réussi : la qualité du **processus** (souplesse, degré d'adhérence à la réalité) et la qualité du **devenir psychologique**.

b) L'évaluation du stress et choix de la stratégie

Le coping fait appel à deux formes d'évaluation où différentes variables peuvent entrer en compte dans le choix et l'application de la stratégie de coping⁸⁵.

Dans l'évaluation **primaire**, l'individu identifie les **caractéristiques de la situation** (danger, possibilité de se modifier, imminence, durée), lui donne une signification (menaçante ou non) et estime les coûts associés.

Dans l'évaluation **secondaire**, le sujet évalue ses capacités à faire face à la situation problématique, source de réactions émotionnelles. Les stratégies de coping se développent grâce aux **ressources sociales et personnelles**. Les premières se composent surtout du réseau d'aide de l'individu. Les secondes renferment les croyances (religieuses, mais aussi en ses capacités), l'endurance, le sens de la maîtrise personnelle, et l'anxiété, ce dernier trait étant la tendance générale à percevoir les situations comme menaçantes. J.K. Ito⁸⁶ démontre que le niveau initial de ressources personnelles est corrélé de façon positive à l'utilisation de stratégies de coping **actif** (orientation positive, travailler plus dur, chercher de l'aide, des conseils), et corrélé négativement aux stratégies d'**évitement**.

Trois « médiateurs » vont moduler la réaction au stress : les **expériences** antérieures qui vont modifier la perception du facteur stressant, les **mécanismes de défense** du moi, inconscients, tels que le déni, la répression, et les **efforts conscients** comme la mise en place de plans d'action.

c) L'ajustement au stress

L'ajustement au stress peut s'effectuer à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, le sujet peut **modifier l'attention par rapport au stress**. D'après Suls et Fletcher⁸⁵, on oppose le coping **évitant** au coping **vigilant**. Le premier est un style de coping passif, comme le déni. Il est plus efficace à court terme car il éviterait d'être débordé et permettrait d'assimiler progressivement la réalité. Les stratégies de défense ainsi mises en place sont rigides et inconscientes. Le second essaye de prévenir et de contrôler le facteur de stress en lui faisant face, par la recherche d'informations et par la mise en place de plans de résolution. Les actions instaurées sont **intentionnelles**, conscientes et flexibles, contrairement aux précédentes. Il semblerait qu'à long terme, ce style de coping actif soit plus efficace.

Ensuite, le protagoniste peut **altérer la signification subjective** de l'évènement, par le déni, l'humour, l'optimisme, la réévaluation positive, par exemple en transformant une menace en un **défi**.

Enfin, en modifiant les termes actuels de la relation personne-environnement, le sujet peut essayer de **transformer la situation** soit par la confrontation et l'esprit combatif, soit par l'élaboration de plans d'actions.

Les stratégies de coping peuvent être très variables d'un individu à un autre. Elles peuvent être évaluées par le questionnaire de Lazarus et Folkman⁸⁷, le « *ways of coping checklist, WCC* ». Ces auteurs proposent un classement différent. D'un côté sont regroupées les stratégies centrées sur la **résolution du problème**, par la recherche d'information, l'esprit combatif, l'acceptation de la confrontation, le contrôle de la situation en analysant et planifiant les conduites, et la conversion par la transformation des actions. De l'autre côté, celles centrées sur la **régulation émotionnelle**, par la prise de distance, la minimisation des menaces, la réévaluation positive, le contrôle des émotions, la maîtrise de soi, l'auto accusation, la fuite-évitement, et la recherche de soutien social. Le déni, la distraction, et l'alexithymie sont autant d'attitudes employées dans ce cas.

D'après Didier Truchot⁴⁵, le coping n'est plus uniquement une stratégie réactive, mais il s'agit également d'un processus d'anticipation ou « **proactif** » permettant aux individus d'**anticiper** les facteurs de stress potentiels et d'agir en amont pour les prévenir. « *Les menaces se transforment en challenge grâce au coping proactif* ». Ce dernier aurait un effet bénéfique sur le cynisme du médecin, du fait de la meilleure gestion de la situation.

d) Le retentissement du coping

Les stratégies de coping ont plusieurs conséquences. Sur le plan somatique, elles modifient les réactions physiologiques de stress. Les stratégies d'évitement peuvent entraîner des phénomènes d'**addiction**, ou encore perturbent les mécanismes d'adaptation, par exemple par la minimisation de la souffrance, ou par le déni. Aperçus tardivement, cela retarde d'autant la consultation engendrant une situation parfois pire que l'initiale.

La réaction d'ajustement face au stress est donc subtile, et le fait de ne pas avoir conscience de ces différentes stratégies risque de conduire un individu à utiliser un coping inadapté à la situation vécue. Le coping peut alors retentir sur le comportement du médecin, en se mettant en retrait ou en adoptant une attitude cynique⁸⁸. Le médecin peut être amené à préférer n'éprouver que de l'indifférence à l'autre, au risque d'être perçu comme cynique. Le cynisme est alors considéré comme une variante émotionnelle vécue en négatif²⁵. Or, certains enseignements actuels incitent parfois les médecins à minimiser leurs émotions par un **réflexe**

d'auto-protection, dans un contexte où il faut soigner efficacement (progrès technique, nécessité de faire des économies). Le fait de réprimer les émotions risque donc d'être source de frustration et d'insatisfaction, tant pour le patient que pour le médecin.

Un médecin étant confronté à des situations très différentes, ses stratégies de coping doivent être nombreuses. Parmi quelques situations difficiles, prenons l'exemple du patient **psychotique** ou encore du patient **non compliant**. Ces relations sont considérées comme fatigantes par tous les médecins.

Les patients schizophrènes ou présentant une personnalité schizoïde raisonnent différemment, de par leur rupture avec eux-mêmes. C'est une difficulté supplémentaire pour le médecin d'imaginer le monde morcelé dans lequel vit son patient, tout en gardant son propre système de références⁴⁵. Il est compréhensible qu'un soignant mal préparé à ce genre de situation soit désespéré et puisse s'égarer entre ces deux mondes. Souvent, à force d'être ébranlé dans sa position de soignant et d'être malmené sur ses failles, des perturbations s'installent progressivement. Encore une fois, il va falloir au médecin gérer la **bonne distance** entre trop d'activisme, et trop d'apragmatisme. Les rencontres régulières entre pairs, notamment par les groupes Balint peuvent l'y aider.

Quant au patient non compliant, les études réalisées ont montré qu'entre le tiers et la moitié des patients l'étaient⁸⁹. La compliance est corrélée à la confiance accordée au médecin, à son savoir et à son statut⁹⁰. Dans son étude, J.L. Donovan soulève le fait que souvent ce n'est pas une question de coût-bénéfice du traitement qui est en cause, mais que l'influence des **circonstances personnelles et sociales** dans lesquelles les patients vivent, est cruciale pour l'acceptation et la prise du traitement. Il semble donc indispensable de favoriser les échanges entre le médecin et son patient, et que le médecin puisse connaître au mieux son patient.

De ce fait, la qualité des soins repose sur les aptitudes du médecin résumées en trois dimensions : « le savoir, le savoir-faire, et le savoir-être ». Pour l'équilibre et la qualité de la relation médecin-malade, le médecin doit être à l'écoute. D.C. Dugdale⁹¹ souligne que la relation médecin-patient est source de satisfaction chez le médecin, mais elle peut être, comme nous l'avons vu, fatigante et retentir sur la santé du médecin, pouvant mener à l'insatisfaction, voire au burn out. Comment pourrait-il alors conserver une écoute centrée sur le patient, s'il est lui-même insatisfait ? Etudions maintenant cette pathologie de la relation d'aide qu'est le burn out.

B. LE BURN OUT

1. Apparition du concept

Bien que les recherches portant sur le burn out ne datent que d'une trentaine d'année, le phénomène existe déjà en 1768, lorsque le Dr Tissot⁹² décrit les conséquences néfastes de l'acharnement au travail sur la santé chez les gens de science, les médecins et les gens de lettres. Il semble que la notion de burn out soit née aux Etats-Unis, dans les années 70, grâce aux travaux du réputé psychanalyste américain, Herbert J. Freudenberger qui l'a initialement décrit chez des soignants très investis dans la difficile relation aux toxicomanes, dans les « Free Clinics », lieux de soins gratuits pour les gens en situation de précarité.

En fait, dès 1959, le psychiatre français Claude Veil, observe déjà pendant les consultations de psychiatrie du travail un état particulier d'épuisement professionnel chez les soignants⁹³. Cet état d'épuisement est ensuite repris et développé par Christina Maslach, professeur en psychologie sociale à Berkeley, et son équipe en 1981⁹⁴. Alors qu'initialement 48 définitions existaient⁹⁵, elle améliore la définition du terme grâce à une échelle mesurant l'intensité du burn out, la Maslach Burn out Inventory ou MBI toujours utilisée de nos jours (cf. Annexe p.173, et p. 89). Entre les années 70 et 90, de nombreux articles paraissent sur le burn out. Cependant, l'idée n'est pas toujours très bien reçue, et les articles sont même retournés par les revues scientifiques comme le raconte P. Canoui⁹⁶. Dans son livre « Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel », il définit le burn out d'abord comme une pathologie de la relation soignant-soigné. Plus récemment, Michel Delbrouck écrit que la perturbation profonde de la relation avec le patient est le symptôme de l'épuisement du soignant⁶⁹. Actuellement, des études telles que celle d'Arigoni⁶ en Suisse montrent une augmentation du nombre de médecins en burn out durant la dernière décennie.

2. Définition

a) Le trépied

Ce syndrome revêt plusieurs noms, le plus connu étant le « burn out syndrom » chez les anglo-saxons. Les Japonais décrivent le **Karoshi** qui en est la forme extrême puisque le terme sous entend la mort par la fatigue au travail⁴⁵. En France, le terme anglo-saxon est repris le plus souvent, parfois traduit par **syndrome d'épuisement professionnel**. Le burn out

apparaît quand la personne se sent surchargée émotionnellement dans son travail, entraînant symptômes anxieux ou dépressifs, et auto-dévalorisation⁶. Ils conduisent à une perte de sens du travail et à une remise en question du sens de la vie⁴⁵. Les symptômes du burn out ont été regroupés dans un **trépied** élaboré par C. Maslach et Susan E. Jackson. Ces trois composantes sont **l'épuisement émotionnel**, la **dépersonnalisation** et la **diminution de l'accomplissement personnel**. Ces phases n'apparaissent pas toutes en même temps et le burn out est souvent détecté tardivement, lorsque la dernière phase s'installe. D'après H.J. Freudenberger, « *le burn out c'est le fait de s'user ou d'être épuisé après avoir sollicité de soi trop d'énergie et trop de ressources* »⁴⁵. D'après M. Delbrouck, c'est « *être vidé intérieurement mais d'apparence intacte* »⁴⁵. D'après C. Maslach, **l'organisation du travail** prend une place capitale dans l'installation du syndrome ; il existerait un décalage entre le vécu de la personne et **six dimensions du travail** : charge, reconnaissance, soutien de la communauté, sentiment d'équité ou de justice, respect des valeurs et du sens⁴⁵. Nous y reviendrons dans une partie consacrée aux causes de ce syndrome.

(1) L'épuisement émotionnel

Cette dimension est souvent la première à apparaître, et donc la plus sensible aux facteurs de stress liés à l'environnement de travail. L'épuisement est autant **physique** que **psychique**. C'est le sentiment d'être « vidé », avec des difficultés à être en relation avec les émotions de l'autre. Il est difficilement amélioré par le repos et peut se traduire par des crises de colère, ou des troubles de la concentration. La profession médicale est particulièrement attachée à la croyance qu'un médecin doit rester fort, sans exprimer ses faiblesses, déviant ainsi l'émotion vers des **comportements de contrôle**. A l'extrême, l'épuisement émotionnel peut conduire au « **John Wayne syndrome** »⁴⁵, quand la distanciation est telle que le sujet ne peut plus exprimer d'émotion face aux problèmes, amenant ainsi à la seconde dimension.

(2) La dépersonnalisation/déshumanisation de la relation à l'autre

La dépersonnalisation, ou plutôt la déshumanisation de l'autre, terme plus parlant à premier abord, peut être assimilée au **cynisme**. Cette dimension est problématique, dans le sens où elle peut **altérer le professionnalisme** du médecin⁸². Le cynisme peut conduire à l'humour noir, à des comportements déplacés vis-à-vis des patients comme le rejet, la froideur, voire la maltraitance⁹⁸. Le corps est alors visualisé comme une machine, un ensemble d'organes, en

oubliant l'humain. La dépersonnalisation est considérée comme un **mécanisme d'adaptation** du médecin pour se protéger face à l'épuisement des ressources internes, mécanisme cependant inadapté si on se place du point de vue du patient, du fait de la mise à distance du patient.

Il est intéressant de souligner l'utilisation d'un terme emprunté à la psychiatrie, mais dont le sens a été sensiblement modifié. En effet, la dépersonnalisation en psychiatrie est un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme personne⁹⁹. Elle est observée le plus souvent au cours des phases évolutives de névroses et psychoses et appartient au cadre des pathologies de l'identité au même titre que les **troubles dissociatifs de l'identité**. Les caractéristiques principales de ce processus relèvent de la sphère du moi psychique : « *le sujet éprouve le sentiment que l'ensemble de ses affects, pensées, actes ont perdu les qualités par lesquelles normalement toute expérience vécue se réfère à l'image intime que chacun se fait de sa personne* »⁹⁹. Ses actions, paroles et émotions lui paraissent étrangères et étranges, voire irréelles. D'ailleurs, il est intéressant de dresser un parallèle entre l'empathie qui est la capacité à comprendre l'autre en se mettant à sa place « comme si », et la dépersonnalisation telle qu'elle est définie en psychiatrie, où l'individu n'est même plus capable de se mettre à sa propre place, se sentant comme irréel.

(3) La diminution de l'accomplissement personnel

Le médecin ne se sent plus capable de faire son travail conduisant à une **dévalorisation de soi**, une culpabilité et une démotivation. Il n'a plus confiance en lui, ce qui entraîne un sentiment **d'échec professionnel**. Certains auteurs considèrent la diminution de l'accomplissement personnel plutôt comme un trait de personnalité que comme une réelle dimension du burn out^{13;100}. Elle est faiblement corrélée aux deux autres dimensions du burn out¹⁰⁰. Elle est reliée aux ressources professionnelles plutôt qu'aux sollicitations émanant du cadre de la profession, ce qui peut amener à la voir comme un facteur de risque de burn out¹⁰⁰.

b) Les personnes concernées

De la spécificité du soignant, le burn out a été élargi à tous les professionnels de la relation d'aide, à la fois ceux qui choisissent délibérément le métier de soignant et ceux qui se retrouvent, parfois malgré eux, dans une relation d'aide à la population (juriste, pompier, policier, personnel de cadre...). M. Delbrouck⁴⁵ l'étend même aux personnes ayant des

responsabilités importantes comme les travailleurs « débordés par leur tâche professionnelle » ou les accompagnants non soignants de grands malades. Nous n'évoquerons ici que le problème spécifique du burn out chez le médecin, et plus particulièrement le médecin généraliste.

Plusieurs études ont montré que les médecins étaient touchés très tôt par cette pathologie, et même pendant leurs études. Certains travaux ont mis en évidence le burn out pendant l'**internat**¹⁰¹⁻¹⁰⁶, mais il semble qu'il en existe des prémices pendant l'**externat**¹⁰⁷. Toutes ces études évoquent le fait que ce sujet est encore **tabou** dans cette population¹⁰⁸. Cary Cherniss, professeur en psychologie à l'Université de Rutgers aux Etats-Unis, a décrit le burn out à partir d'entretiens de professionnels dans leur première année d'exercice, dans des métiers assez divers⁹ (avocats, infirmiers de santé publique, enseignant, professionnels de santé mentale). La **désillusion** provoquée par un déséquilibre entre ressources personnelles et exigences du travail semble être l'une des origines du burn out¹⁰⁷. Les stratégies d'adaptation de l'individu face au stress, c'est-à-dire le coping négatif ou positif, seraient aussi des facteurs de burn out et nous y reviendrons.

c) Symptômes physiques et psychiques

Les symptômes s'installent progressivement, favorisés au départ par un « *enthousiasme idéaliste* »⁴⁵ et une **sur-identification** aux patients. Cet excès d'enthousiasme initial peut masquer la souffrance laissant apparaître une phase de stagnation, où le travail n'est plus aussi excitant. Vient ensuite une période de **frustration**, où le sujet remet en question son efficacité au travail, pour finalement laisser place à une apathie, responsable d'un absentéisme.

L'épuisement peut se traduire par des plaintes atypiques qui sont les **somatisations** de la souffrance psychique : troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques, manifestations cardiovasculaires, troubles digestifs, plaintes neurologiques (céphalées, migraines, vertiges, tremblements, troubles sensitifs), voire de maladies organiques systématisées comme l'ulcère ou l'hypertension artérielle.

Les symptômes de dysfonctionnement psychique sont également variés, allant de la perte de sens de l'humour à l'oubli de soi, à l'indifférence et l'indécision. On reconnaît également des symptômes **émotionnels** tels que l'irritabilité, le cynisme ou la colère... Ces manifestations peuvent aussi être d'ordre **intellectuel** comme la distraction, l'erreur ou des pertes de mémoire. Les comportements peuvent être altérés, avec parfois des troubles des conduites alimentaires ou un isolement social...

d) Diagnostics différentiels

Le burn out peut parfois être confondu avec d'autres pathologies pouvant le mimer dont nous allons rappeler les caractéristiques⁴⁵ :

- La **dépression** de laquelle le burn out doit être différencié, dans le sens où cette dernière englobe la dimension personnelle et professionnelle de la personne, alors que burn out ne fait référence qu'à la profession. Cela n'empêche pas le fait qu'il peut retentir sur la vie privée comme nous le verrons par la suite. Et le burn out peut conduire à la dépression.
- Les **troubles de personnalité**. D'après M. Delbrouck, certains traits de personnalité pathologiques peuvent mimer un syndrome de burn out. Il accepte cependant le fait que certaines personnes soient fragilisées par leur personnalité, et que, dans ce cas, leurs traits de personnalité puissent entrer dans le cadre des **facteurs de risque**. Par exemple, la personnalité **dépendante** recherche constamment l'approbation de l'autre. Cette dépendance affective entraîne un surinvestissement dans le travail et les relations, à la recherche de bénéfices secondaires qui entretiennent à leur tour ces stratégies inconscientes et favorisent l'épuisement. La personnalité **obsessionnelle compulsive** est caractérisée par sa rigidité, son perfectionnisme, pouvant entraîner un épuisement dans le cadre de son travail. La personnalité **narcissique** décompensée a besoin d'être admirée. Elle est souvent associée à un manque d'empathie, entraînant un isolement et une diminution du recours à l'aide extérieure. La personnalité **évitante** a peur de son environnement, et a tendance à s'isoler socialement en refusant de déranger les gens. Elle présente souvent un défaut d'estime de soi. La personnalité **passive agressive**, en s'enfermant dans une coque afin d'éviter de libérer ses émotions, refuse de réagir face à une situation qu'elle désapprouve ; elle reste alors passive, au risque de conserver des sentiments d'injustice et de rancœur du fait d'un sentiment d'incompréhension qu'elle n'exprime pas. A l'extrême, à force de se renfermer, ces émotions peuvent se transformer en agressivité difficilement contrôlable quand elle fait surface.
- La **fatigue de compassion** est le stade qui précède le burn out. Décrit par C. Figley en 1995¹⁰⁹, c'est un stress qui émerge subitement suite à une situation de sur-indentification au patient. Elle est caractérisée par un sentiment d'impuissance, de confusion et d'isolement. La récupération est plus prompte qu'avec le burn out. Décrite également par M. Delbrouck plutôt comme un syndrome connexe au burn out, elle est liée à la difficulté à gérer la bonne distance avec son patient. Dans ce

processus, « l'expérience intérieure des thérapeutes est négativement transformée par l'attitude d'empathie avec le matériel traumatique des clients »^{45:69}.

- Le **traumatisme par procuration** est considéré également comme un syndrome connexe par M. Delbrouck. Il survient chez le thérapeute prenant en charge des victimes survivant à des traumatismes importants : plusieurs effets éprouvés par le survivant sont alors éprouvés par le thérapeute, entraînant une altération des repères de celui-ci. Il rejoint en partie la fatigue de compassion.
- Le **Bore out** est le syndrome d'épuisement professionnel par ennui décrit par P. Werder, P. Rothlin. Il est caractérisé par le manque de défi, le désintérêt et l'ennui. Il entraîne un ennui, une insatisfaction, une faible estime de soi et à terme un épuisement.

3. Etat des lieux du burn out en France, en Europe.

Ce phénomène est présent aux quatre coins du Globe. Etudions tout d'abord ce qui se passe en France, nous élargirons ensuite à l'Europe et aux Etats Unis.

a) Présentation brève des différentes études françaises

De nombreuses études réalisées en France montrent une population médicale extrêmement touchée par le burn out (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des travaux menés auprès des médecins libéraux sur le burn out

Dimension de burn out	Bourgogne ⁷	Champagne Ardenne ⁸⁸	Poitou Charente ⁸	Loire ⁹⁷	PACA ¹¹⁰
Année	2002	2003	2004	2004	2007
Population	Médecins libéraux	Médecins libéraux	Généralistes	Généralistes	Généralistes *
Effectif	394	408	515	306/480 contactés	511
Epuisement Emotionnel élevé	47,2%	42,3%	40,3%	26%	23%
Dépersonnalisation élevée	32,8%	44,5%	43,7%	34%	19,6%
Accomplissement personnel faible	29,2%	37,4%	43,9	19%	10,6%
3 dimensions élevées	–	–	–	5%	1%
Aucune dimension élevée	–	–	–	16%	25%

* exclusion des modes d'exercice particulier

La proportion des médecins en **burn out** est élevée, quel que soit l'endroit étudié. La région PACA retrouve des chiffres légèrement plus faibles qu'ailleurs, de même que la Loire.

La proportion de médecins ayant un **épuisement émotionnel élevé** va du simple au double d'une région à l'autre, soit de 23% à 47,2%. La proportion de médecins ayant une **dépersonnalisation élevée** s'échelonne également du simple au double, soit de 19,6% à 44,5%. Les médecins ayant un **accomplissement personnel faible** représentent 10,6% à 43,0% soit du simple au quadruple. C'est là que s'observent les plus grandes variations.

Les médecins rapportant les trois dimensions du burn out élevées représentent 5% de la population des médecins généralistes de Loire.

Les régions rurales semblent observer plus de burn out que les régions plus urbanisées. Nous pourrions soumettre l'hypothèse que les zones rurales se **désertifient**, laissant sur place des médecins généralistes de plus en plus surchargés, raccourcissant les durées de consultation, et dégradant ainsi l'écoute et la discussion en augmentant la distance, hypothèse soulevée par D. Truchot⁸⁸. Cependant, nous le verrons plus loin, le milieu rural n'est pas considéré comme étant un facteur de risque significatif¹²⁰.

En juin 2010 sont dévoilés les résultats d'une étude réalisée à l'initiative de la DREES¹¹¹, en partenariat avec l'URML de Bourgogne et l'ORS, sur 1900 médecins généralistes de cinq régions différentes en automne 2008. Les chiffres révèlent l'ampleur du burn out dans cette population. Les **femmes** sont deux fois plus concernées que les hommes. Chez les médecins généralistes Bourguignons, 55,3% des médecins généralistes se définissent comme **sous-bénéficiaires** de la relation médecin-patient, et leur score d'épuisement émotionnel se trouve être plus élevé⁷. Le score des différentes dimensions du burn out est significativement plus élevé que dans d'autres populations de la relation d'aide (travailleurs sociaux, aides soignantes, sapeurs pompiers).

L'étude de Champagne Ardenne rapproche ses résultats de ceux de certaines études non françaises⁸⁸. Bien que les méthodes d'analyse des résultats ne soient pas toutes identiques, empêchant une parfaite comparaison, il semble que le burn out soit plus présent en France qu'en Hollande ou qu'aux Etats-Unis par exemple.

b) Etat des lieux en Europe, aux Etats-Unis

L'équipe de J. K. Soler réalise en Europe une étude transversale auprès des médecins de famille en 2008¹¹². Les 3500 questionnaires sont envoyés dans douze pays d'Europe. Le taux de participation est de 41% avec 1393 réponses renvoyées. Quant aux scores, 43% de ces médecins ont un score d'épuisement émotionnel élevé, 35% ont un score de dépersonnalisation élevé, et 32 % un score d'accomplissement personnel faible. Un tiers des médecins n'a aucune dimension du burn out, et 12% ont les trois dimensions élevées du burn out.

Ces chercheurs remarquent un lien significatif avec la région de la réponse, peut-être du fait de **politique de santé** différente. Ils mettent aussi en évidence que les médecins **satisfaits sur le plan professionnel** sont significativement moins en burn out. Au contraire, le fait d'avoir l'intention de se **reconvertir** professionnellement, les arrêts de travail, la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes, l'âge jeune et le sexe masculin sont liés à un burn out plus important.

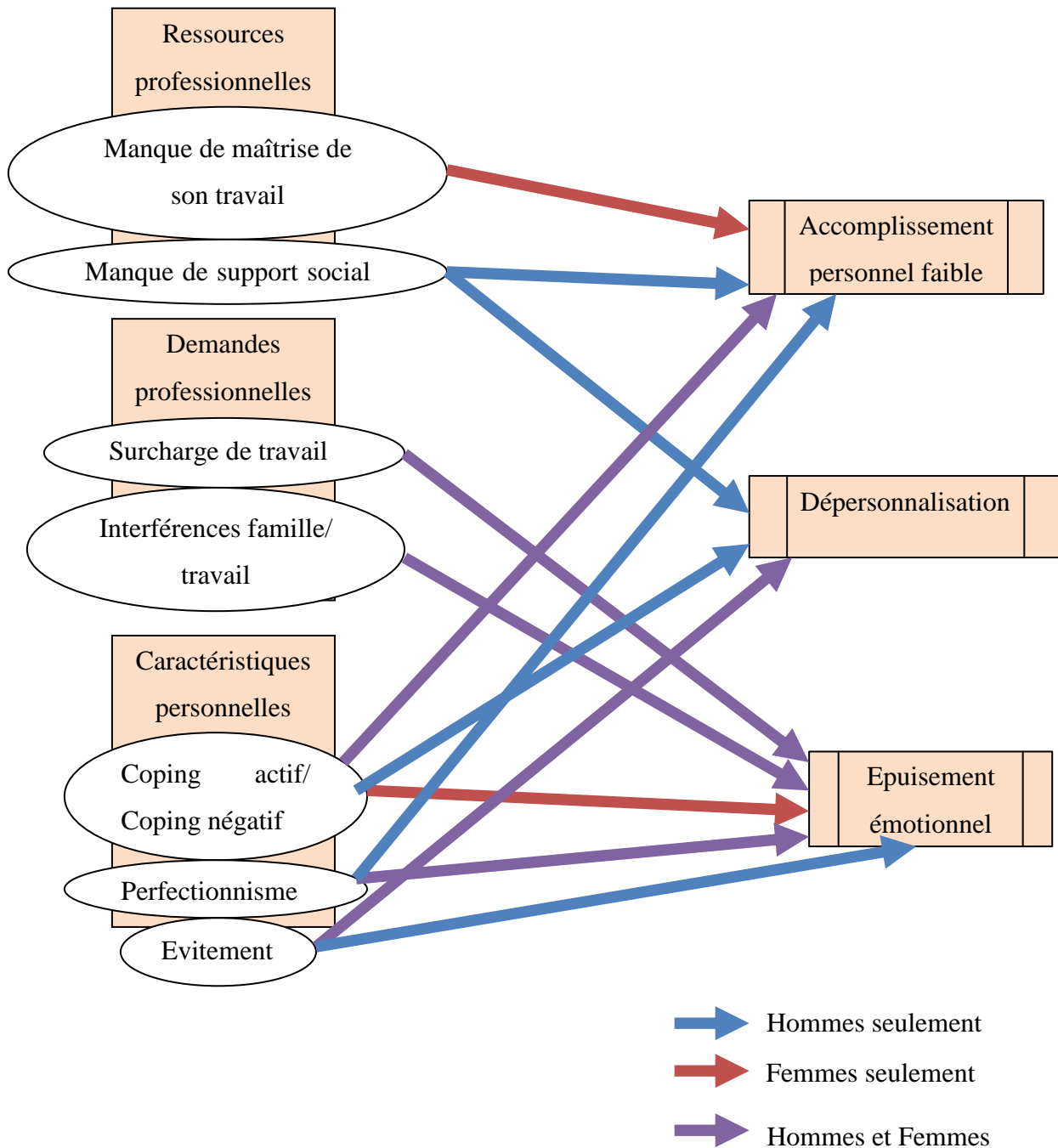
Aux Etats-Unis, T.D. Shanafelt a récemment publié en 2012 une étude nationale comparant un large échantillon de médecins de toute spécialité, recrutés par l'intermédiaire de l'American Association Physician Masterfile, à un échantillon de population américaine¹⁰³. Sur les 27276 médecins contactés, 7288 soit 26,7% médecins ont répondu à l'enquête. L'échelle MBI a été utilisée et 45,8% des médecins rapportaient au moins une dimension élevée de burn out. Les scores les plus élevés de burn out étaient obtenus dans les **spécialités de premier recours** (médecine générale, médecine de famille, et urgence). La population médicale étudiée obtenait des scores significativement plus élevés que l'échantillon global des travailleurs américains. Le burn out frappait en outre plus fréquemment les populations de **haut niveau d'éducation**.

On remarque qu'il est difficile de comparer une étude à une autre, devant la variété d'utilisation de l'échelle MBI.

4. Les Facteurs de risque du burn out

De nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence les différents facteurs conduisant au burn out^{8;97;101;113;114}. Certains sont liés directement à la personne du médecin et à son **vécu**, d'autres à son **environnement**, à son **organisation** professionnelle, ou encore au **patient** et la **relation** qu'il crée avec lui. Le burn out semble être précédé par une phase appelée « **burn-in** »⁴⁵, consistant à être confronté à des conditions extrêmes de travail. Une fois encore, le terme est emprunté au langage technique des informaticiens. Le « *burn in* » correspond au processus visant à tester, avant leur mise en service, la résistance des composants informatiques sous une tension et une température supérieures à la normale. Il équivaut au « **présentéisme** », terme développé par Cary Cooper⁴⁵, pour décrire une présence excessive au travail. Le burn out apparaît alors quand les stratégies de coping sont dépassées. I. Houkes, dans une étude longitudinale sur deux ans, considère que les facteurs de risque du burn out proviennent d'une part des sollicitations émanant du cadre professionnel, et d'autre part des ressources professionnelles du médecin¹¹⁵. Il n'oublie pas néanmoins, l'impact de certaines caractéristiques personnelles. Les stratégies d'ajustement, ou **coping**, seraient elles aussi déterminantes dans le burn out. D'après lui, tous ces facteurs varient en fonction du sexe, ce que nous détaillerons par la suite (cf. Figure 4).

Figure 4 : Organisation des différents facteurs de risque du burn out en fonction du sexe d'après I. Houkes¹¹⁵



Dans l'étude réalisée par l'URML d'Ile de France⁸, les médecins qui se sentent menacés par le burn out sont les médecins généralistes de secteur 1 qui effectuent plus de 6000 actes par an, qui consultent sans rendez-vous, qui effectuent des visites à domicile, âgés entre 45 et 50 ans et célibataires. Mais nous verrons que cela n'explique pas tout, et que ces facteurs pris séparément pour l'analyse, interagissent entre eux.

Nous intégrerons par la suite la dichotomisation « facteurs internes/facteurs externes » élaborée par M. Delbrouck⁴⁵, à la classification du schéma ci-dessus.

a) Les caractéristiques personnelles

(1) Les évènements de vie personnels

Le médecin, confronté régulièrement à son impuissance et à la mort peut être affecté dans son travail. Cette confrontation peut être d'autant plus difficile que le médecin a fait face à des **évènements de vie personnels** négatifs. Leur corrélation avec le burn out a été vérifiée dans une étude multicentrique réalisée par l'équipe de L.N. Dyrbye¹⁰⁵. Cela peut être la répétition de stratégies abusives ou d'exploitation dans l'enfance, ayant tendance à se répéter inconsciemment à l'âge adulte. Cette répétition est susceptible d'engendrer un déplacement d'un conflit intrapsychique sur le terrain du travail, allant jusqu'au mécanisme d'autodestruction, à la maladie... Ce conflit est parfois en lien avec la raison du **choix de la profession de soignant** : le médecin a souvent expérimenté la maladie et le soin avant ses études, soit personnellement, soit dans son entourage. Cela peut être un facteur **fragilisant** : en tentant de résoudre, de réparer ce qui l'a fait souffrir, il peut tomber dans une « *compulsion de répétition à vouloir sauver le monde* »⁶⁹. Mais cela peut aussi être un **moteur**⁶⁹.

(2) Les traits de personnalité

Alors que nous avons vu que les troubles de la personnalité pouvaient imiter le burn out (cf. p.58), constituant plutôt un diagnostic différentiel, plusieurs auteurs soulèvent l'influence de certains traits de personnalité pouvant entraîner le burn out¹¹⁶. La **pathologie du Moi idéal** est le fait de vouloir tout faire soi-même, avec des contraintes de perfection et un excès d'ambition. Les personnalités narcissiques, obsessionnelles ou compulsives éprouvent un sentiment de ne pas en faire suffisamment, et ont des difficultés à trouver leurs limites et un sentiment exagéré de culpabilité. De même, une personnalité dépendante recherche exagérément la réussite sociale ou le pouvoir personnel, conduisant à l'anxiété, qui elle-même mène à l'inefficacité. N.K. Thomas, dans sa revue de la littérature¹⁰¹, soulève l'existence d'un lien possible entre alexithymie et burn out. Ces traits de personnalité, quand ils sont excessifs, entraînent des comportements à risque : esprit d'entreprise poussé à outrance, désir de plaire à tout le monde, sens de l'autocritique exacerbé, incapacité à faire confiance aux autres, mentalité de sauveur...

(3) L'influence du sexe

L'incidence du **sexe** sur le burn out est très controversée, puisque certaines études américaines¹¹⁶ ou françaises¹¹¹, montrent que les femmes seraient plus nombreuses à rapporter des signes de burn out que les hommes, alors qu'une étude à l'échelle européenne¹¹² indique le contraire. Une autre hypothèse, développée par I. Houkes dans son étude longitudinale sur deux ans¹¹⁵, serait que les liens avec les différents facteurs de risque de burn out divergeraient en fonction du sexe (cf. Figure 4). Les femmes seraient plus sensibles à un mauvais climat de travail, à un manque de satisfaction au travail, et auraient des scores d'épuisement émotionnel plus élevés que les hommes. Elles auraient moins de maîtrise sur leur travail, et l'interférence vie privée/vie professionnelle empêcherait de construire une image positive de sa position familiale. Pour l'homme, la dégradation de son image professionnelle est au premier plan, et il obtient des scores de dépersonnalisation plus élevés que chez la femme. I. Houkes a étudié également les stratégies de coping développées par chacun, et montre que le coping actif chez les femmes prévient l'épuisement émotionnel, alors que l'évitement chez les hommes prévient la dépersonnalisation. Cependant, il remarque une **homogénéisation** à deux ans de ces résultats. Il explique ce résultat comme étant la conséquence d'une homogénéisation des comportements rendue possible par la mixité de la population.

(4) L'âge

L'influence de l'**âge** est également controversée. Pour certains, l'âge est inversement proportionnel au burn out, comme dans l'étude réalisée en Ile de France⁸, par exemple, où les médecins entre 45 et 50 ans sont plus en burn out que les plus de 60 ans. Tandis que l'étude de P. Cathébras⁹⁷ ne retrouve pas de différence.

(5) L'orientation de carrière

D. Truchot propose une autre piste de recherche des facteurs de risque de burn out, à savoir l'**orientation de carrière** du médecin. Il les organise en quatre orientations, reprenant le travail de C. Cherniss⁸⁸. L'**activiste** est idéaliste, souhaitant aménager un changement social ; l'**arriviste** est carriériste, il cherche le succès conventionnel, et la reconnaissance sociale ; l'objectif de l'**artisan** est de développer des compétences et des connaissances, afin de maintenir une certaine indépendance ; pour l'**égoïste**, l'important est de satisfaire sa vie

personnelle. De plus en plus de médecins modifient leur orientation de carrière vers une orientation plutôt égoïste, avec une tendance à un **repli identitaire** sur la sphère privée. Ces changements sont plus souvent constatés en milieu rural. De tels médecins présentent plus de symptômes de burn out. Alors que les artisans et les activistes sont moins touchés par le burn out, les égoïstes et les carriéristes sont plus exposés. La relation médecin-patient se trouve également remaniée par ces modifications.

b) Les ressources professionnelles

Dans son environnement professionnel, un **manque de soutien et de reconnaissance**⁴⁵ par les collègues, patrons, subordonnés, structures d'organisation, peut être un facteur de risque supplémentaire face au burn out. Entre en compte également le manque de moyens⁴⁵ face aux attentes des patients.

L'environnement social et familial est aussi un élément important, tout comme l'est également le manque de support social ou l'existence de conflits, d'ordre conjugal ou familial, lesquels favoriseraient le burn out¹⁰¹. N. Brown, B.J. Prasantham et M. Abbot en 2003¹¹⁸ nuancent l'apport du soutien familial, qui serait moins décisif que le soutien fourni par les collègues ou amis.

Malgré un entourage solide, le médecin est, par le respect du secret médical, contraint à un certain **isolement psycho-affectif**. « *Le fait même d'avoir été contenant des souffrances de l'Autre le place à une distance telle qu'il lui devient impossible de maintenir avec ses patients des relations autres que professionnelles* »⁶⁹. Les confidences des patients, parfois lourdes à porter risquent « *d'user à petit feu* » le soignant. D'où la nécessité de créer des espaces spécifiques destinés aux échanges entre médecins. Nous y reviendrons.

L'organisation au travail est un élément important, dont notamment le poids des **tâches administratives**^{97;101}. 95,9 % des médecins d'Ile de France interrogés en 2007 rapportent un excès de formalités. 84,1% d'entre eux manquent de temps pour leur vie privée. On peut évoquer la **charge et le rythme de travail**^{8;45}, mais E. Galam soulève une donnée pouvant être considérée comme paradoxale, à savoir que la charge de travail **objective** élevée, c'est-à-dire l'amplitude horaire, serait plutôt associée à un moindre burn out, tandis qu'un nombre d'actes important contribuerait à accroître le burn out¹¹⁹. Un point indéniable en revanche, repose sur le **manque de contrôle** de son activité professionnelle⁸. Les **conditions d'exercice**, comme la réalisation ou non de visites à domicile, l'exercice en salariat⁸, le manque de clarté dans les tâches à accomplir avec le conflit de rôle dans la **répartition des tâches** lors du travail en équipe sont également sources de burn out. Egalement, le **manque**

de sommeil¹¹⁷ engendré par le rythme des gardes est considéré comme source d'épuisement professionnel.

C. Vaquin Villeminey rapporte une étude irlandaise¹²⁰ démontrant que le fait d'être dans le **secteur public** était une source supplémentaire de stress, par rapport au secteur privé. Certains avanceraient que le **milieu rural** est plus source de burn out, mais les résultats sont controversés et non significatifs¹²⁰.

c) Les exigences liées à l'environnement professionnel

Les facteurs de risque du burn out peuvent émaner de l'environnement professionnel et augmenter la pénibilité au travail. Elles peuvent être d'ordre **institutionnel** et **politique**. Par exemple, l'augmentation des **contraintes collectives** dans le cadre de la politique de travail est mise en cause. Parmi ces contraintes, 88,6% des médecins d'Ile de France citent la pression de la Sécurité sociale qui, cumulée au poids des tâches administratives, serait à l'origine d'un excès d'exigences et de responsabilités professionnelles. Dans le même ordre, L.N. Dyrbye décrit dans le JAMA¹²¹ l'impact des **réformes sociales gouvernementales** sur le burn out au Royaume Uni. Elle se rend compte, que les scores de burn out des médecins ont augmenté à la suite de la mise en place d'une nouvelle réforme de santé. Elle déplore les mesures **coercitives** au détriment des mesures **incitatives**.

A. Brondt¹²² retrouve que les médecins qui travaillent dans le milieu d'**aide sociale** où la demande d'économie de la part des autorités est justement très présente, sont plus en burn out. Les sollicitations pour l'**enseignement** et la recherche lorsqu'elles ne sont pas souhaitées, sont des sources supplémentaires de stress à gérer en plus de l'exercice professionnel⁴⁵.

Elles peuvent être également d'ordre **social**. E. Galam soulève le problème de l'**insécurité** retrouvé dans la thèse de M. Gleize et A. Razavet¹²³. La DREES¹¹¹ rapportant plusieurs études réalisées en France, retrouve qu'un médecin sur quatre en Bourgogne se sent victime de violence ou d'agression. Cela retentit indéniablement sur la santé mentale des médecins, induisant un stress supplémentaire.

Les demandes peuvent être enfin d'ordre **relationnel**. Le médecin éprouve régulièrement des difficultés dans la relation avec son patient. Certaines situations telles que la gestion d'une pathologie grave, la gestion de l'urgence, d'une situation sociale difficile ou de soins palliatifs sont génératrices de stress. D'autres comme la non compliançe du patient peuvent entraîner des conflits à l'origine du burn out¹³. Les demandes des patients ainsi que celles de leur famille sont parfois **excessives** et même ponctuées d'agressivité souvent révélatrice

d'une souffrance sous-jacente. Cette altération de la relation entraîne un **manque de reconnaissance** pour le médecin^{97;101}, rapporté par 90,1% des médecins d'Ile de France⁸. Dans cette même étude, 84,1% des médecins interrogés sont d'accord pour mettre en cause l'**exigence** des patients, et 72,9% évoquent la difficulté à prendre en charge certains patients dans les situations délicates. La médecine générale est une médecine de proximité. En fin de carrière, le médecin est amené à suivre des patients qu'il connaît depuis de nombreuses années, ce qui rend parfois difficile de garder **la juste distance** dans le cas d'annonces de mauvaises nouvelles, et de séparer vie privée et vie professionnelle. La réaction face à ces stress peut être positive, mais d'autres réagissent négativement en augmentant la distance, au risque de déshumaniser leur relation avec les patients. Cette prise de distance difficile peut donc être autant une cause qu'une conséquence du burn out.

d) Une situation complexe avec des facteurs intriqués

Nous l'avons vu, les facteurs de stress sont nombreux, impliquant la vie personnelle et professionnelle du médecin, ainsi que son environnement. Mais finalement, l'intrication entre tous est plus importante que chaque cause prise séparément. Ainsi, le **conflit entre vie privée et vie professionnelle**¹¹⁰ est un facteur de risque plus important que la charge de travail, les caractéristiques sociales et familiales prises de façon isolée. M. Delbrouck déclare qu'il n'existe pas uniquement un environnement propice au burn out, mais que des étiologies psychologiques, ou psychanalytiques sont intriquées avec les facteurs extérieurs⁶⁹.

D'ailleurs, beaucoup de sources de stress sont **subjectives**, comme par exemple la charge de travail, qui est différemment ressentie d'un médecin à l'autre en fonction de leur niveau de saturation. Cathébras souligne que « *l'importance attribuée par les médecins à un facteur de stress ne reflète pas nécessairement son impact réel sur le burn out* »⁹⁷. Ainsi, la charge de travail est plus souvent rapportée par les médecins, mais son poids est moindre dans la balance des facteurs de risque de burn out que les **variables liées aux relations difficiles**.

Le burn out provient également du **décalage** entre la confrontation aux limites de l'efficacité médicale et les attentes irréalistes de la société vis-à-vis de la médecine. « *Une partie de la souffrance des soignants provient de la rencontre entre l'utopie de la santé parfaite et la réalité de l'homme souffrant* »⁹⁷.

En conclusion, de nombreux auteurs s'accordent pour affirmer que l'une des principales causes ne rentre pas dans l'une ou l'autre case mais provient bien des **interférences** entre toutes.

5. Conséquences du burn out

Les conséquences du burn out sont multiples et présentent un enjeu important pour la démographie médicale, pour la santé des patients, mais aussi pour l'économie de la santé.

a) Pour le médecin

Bien qu'elle fasse partie des trois dimensions du burn out, la **diminution de l'accomplissement personnel** est aussi considérée comme la première conséquence du burn out pour le médecin⁸, avec une perte de confiance en soi. Cette pathologie entraîne un **surinvestissement peu productif**⁹⁷, caractérisé par un nombre important d'heures passées au travail sans grande efficacité.

Le **professionnalisme** du médecin est indéniablement altéré⁹⁸. En effet, le burn out conduit à un risque accru d'attitudes de **tricherie**, comme par exemple le recours aux antisèches, ou de **comportements peu professionnels**, comme la signification d'un élément de l'examen clinique normal alors que ce dernier a été oublié⁹⁸, voire même à un nombre d'**erreurs médicales** plus élevé^{102;125}. Ces études restent rares, car c'est un fait difficile à avouer, avec des conséquences désastreuses : culpabilité, honte, stress, qui entraînent le médecin dans une spirale conduisant à une aggravation du burn out.

Les stratégies d'évitement utilisées alors entraînent l'isolement et l'enfermement dans un **retrait psychologique** dégradant les relations interpersonnelles du médecin.

Le recours à l'auto-prescription est plus fréquent également, avec un risque de surconsommation de **psychotropes**. L'enquête de l'URML de Dijon⁷ déclare que 5% des médecins ont rédigé une auto-prescription d'anti déprimeur. 30% des médecins de Loire usent de psychotropes⁹⁷. Parmi les addictions engendrées par le burn out, nous pouvons mentionner le mésusage de l'alcool, avec notamment 5,5% de consommation excessive chez les médecins de Loire.

On assiste également à un taux de **reconversion** élevé. Des médecins changent radicalement de profession pour ne plus être confrontés aux mêmes problèmes. Par exemple, 50% des médecins de Loire envisagent une reconversion⁹⁷. 63% des médecins du Centre vivent mal leur profession actuelle¹²⁶.

A l'extrême, l'étude longitudinale et transversale de L. Dyrbye retrouve que le burn out double voire triple le risque d'**idées suicidaires**¹⁰⁴, indépendamment des symptômes dépressifs. En France, la proportion des médecins ayant des idées suicidaires atteint des chiffres inquiétants dans certaines régions : 34% en Bourgogne⁷, 13% dans le département de

la Loire⁹⁷. Rappelons que l'incidence du suicide chez les médecins en activité est 2,37 fois plus élevée que dans la population générale en 2003³.

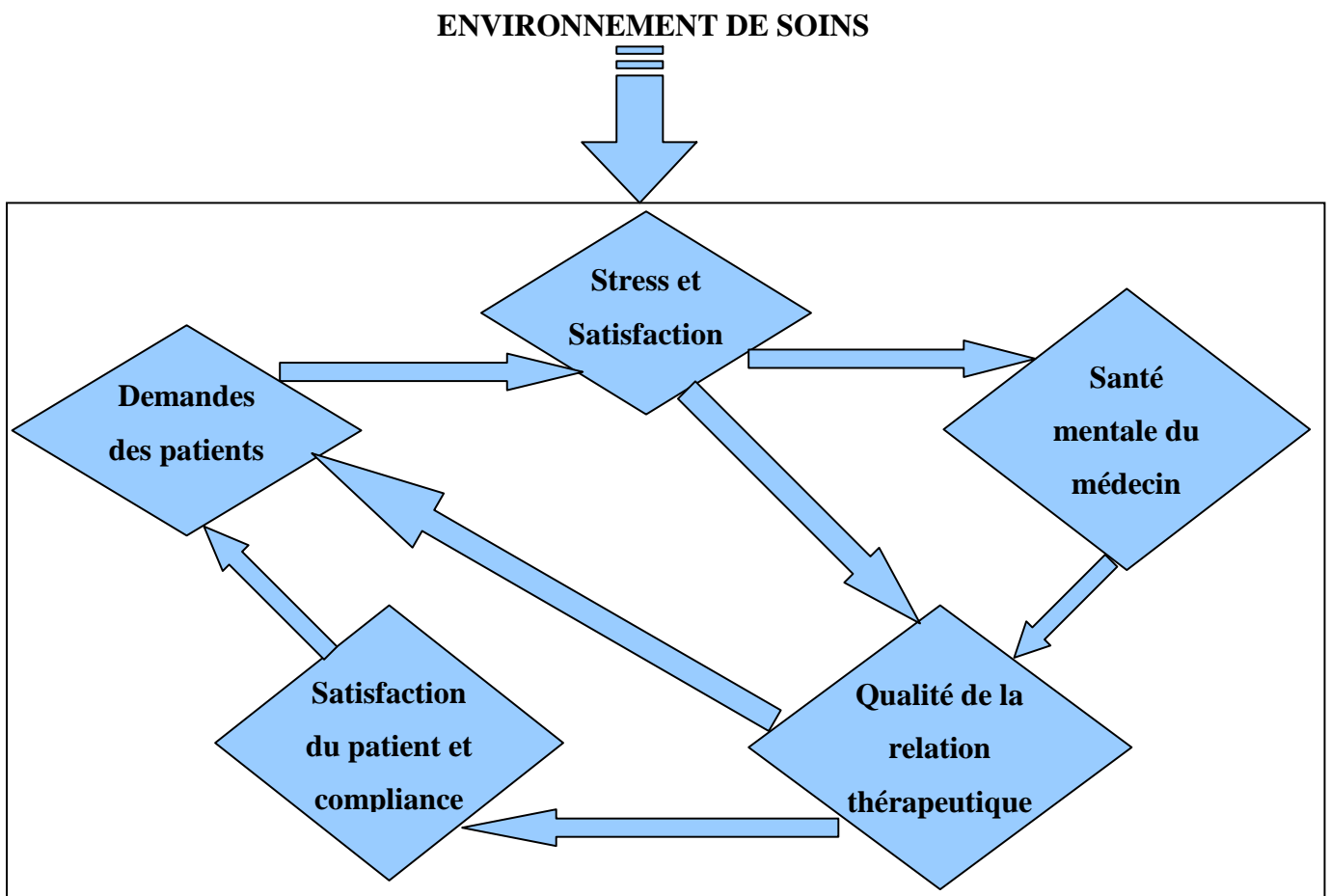
b) Pour le patient

Il existe des répercussions non négligeables pour le patient, qu'il est nécessaire de prendre en compte pour comprendre la gravité de ce syndrome et la nécessité de sa prise en charge. Il conduit à une **altération de la qualité de soin**, et à la diminution du temps que le médecin consacre au patient et au soin. Les patients subissent également les conséquences des erreurs médicales.

La relation médecin patient se dégrade par l'attitude cynique du médecin, et son retrait psychologique. Ce dernier entraîne une **modification dans la prise de décision**, en optant pour le choix nécessitant le moins d'investissement personnel par le médecin.

Le patient finalement n'est pas satisfait, **adhère moins aux soins**¹²⁷, rendant la relation d'autant plus difficile, et créant un **cercle vicieux**^{119;124} (cf. Figure 5). D. Truchot⁸⁸ démontre que la non compliance du patient est étroitement intriquée avec la dimension « épuisement émotionnel » du burn out et au retrait psychologique.

Figure 5 : le cercle vicieux médecin-patient d'après E. S. Williams¹²⁴



c) Pour la société

Tout d'abord, le burn out engendre des **répercussions sur l'accès au soin**, du fait qu'il est responsable d'un **absentéisme** accru dans la population médicale¹¹⁹. E. Galam souligne l'augmentation de 12% des journées indemnisées par la CARMF du fait de l'augmentation des arrêts de travail¹¹⁹ ; on note également une augmentation de **l'invalidité psychiatrique**. Ensuite, comme nous l'avons vu précédemment, il engendre des remaniements de la démographie médicale. En effet, les médecins envisagent plus fréquemment la **reconversion** en cas de burn out. Selon les données statistiques du conseil national de l'ordre des médecins¹²⁸, 903 médecins ont dévissé leur plaque avant l'âge de la retraite en 2010 : 70,4 % étaient des médecins généralistes, 11% exerçaient en milieu rural, 50,3% étaient salariés. 6,7% exerçaient en libéral, et 43% avaient un exercice hospitalier. Dans les raisons évoquées par ces médecins, on note des charges financières trop lourdes, un temps de travail journalier trop important, des tâches administratives trop importantes, et volume d'activité incompatible avec la vie de famille. On retrouve bien les facteurs de risques pouvant conduire au burn out.

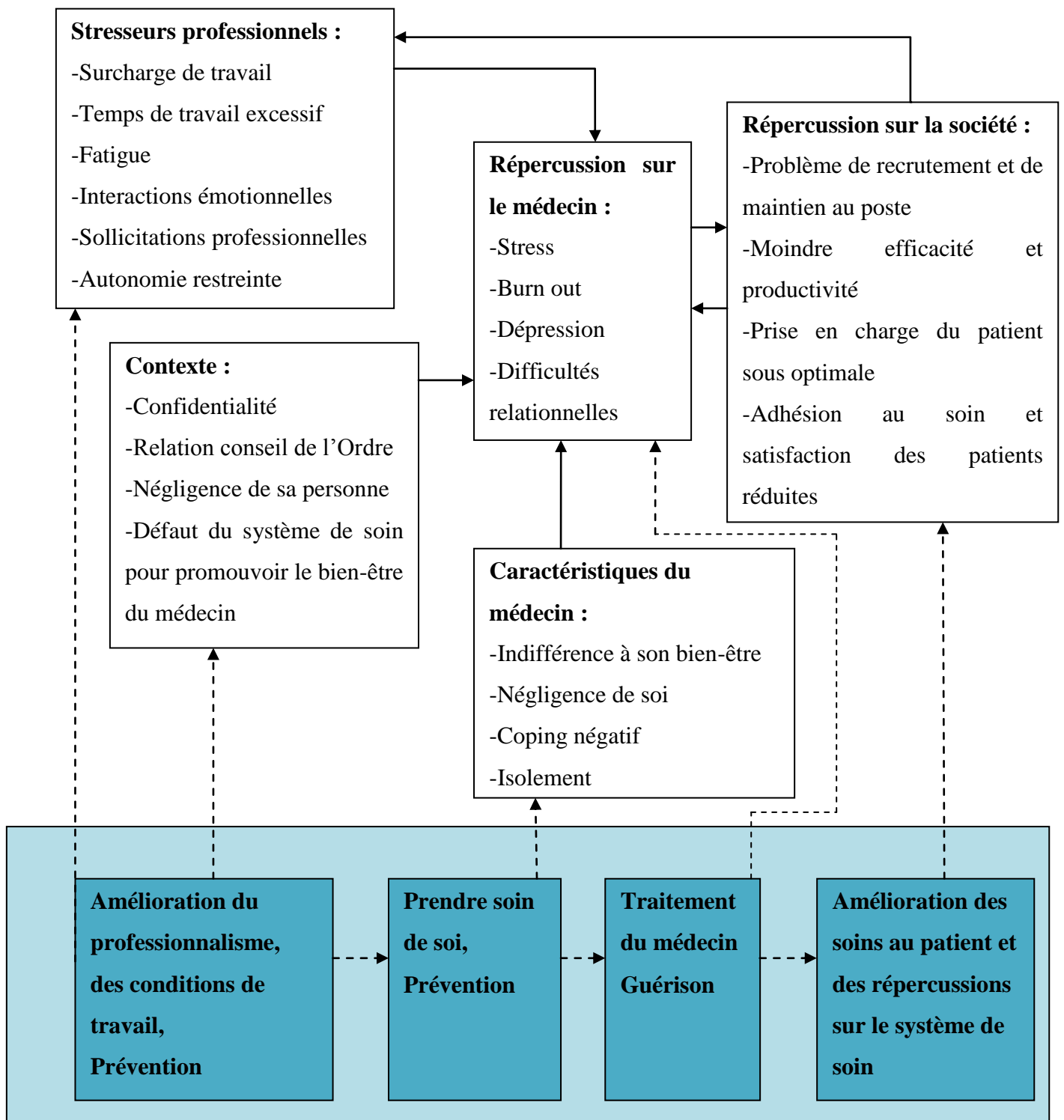
D'ailleurs, 30% d'entre eux accusent directement le burn out. D'après ces mêmes statistiques, 47,3% de ces médecins ne conseilleraient pas à un proche les études de médecine.

Pourtant, 1211 médecins s'installent en libéral, dont 72 % en médecine générale, et un tiers en zone rurale. Les médecins venant de s'installer sont plutôt satisfaits (16,6% très satisfaits, 43,8% satisfaits, 33,5% assez satisfaits, 4,4% peu satisfaits, 1,6% non satisfaits). Il existe donc bien une **désillusion** du métier après l'installation. Il s'agirait donc de comprendre et trouver comment amener ces jeunes médecins à ne pas se consumer dans leur exercice professionnel.

6. Prise en charge du burn out

Les stratégies d'intervention pour prévenir et prendre en charge le burn out, peuvent être mises en place à plusieurs niveaux, en fonction des facteurs de risques développés précédemment. Jean E. Wallace propose de les résumer dans ce schéma¹²⁹ (cf. Figure 6).

Figure 6 : Représentation des différentes interventions potentielles visant à limiter les répercussions néfastes du burn out sur le médecin et sur le système de santé d'après Jean E. Wallace¹²⁹



On peut distinguer trois types de prévention :

- La prévention primaire concerne les médecins **avant tout burn out**
- La prévention secondaire est adressée aux médecins **symptomatiques**
- La prévention tertiaire est réservée aux patients **en plein burn out**

a) Prévention primaire, les mécanismes régulateurs ou coping positif

Un travail qualitatif réalisé chez des médecins travaillant en soins palliatifs, retrouvait qu'en moyenne quatre stratégies par personne étaient utilisées^{109;131}. E. Galam développe les actions possibles sur trois niveaux : individuel, professionnel, et collectif¹³².

(1) Au niveau individuel

Les stratégies visant à développer la **conscience de soi-même** par la spiritualité¹³⁰, la méditation, la psychothérapie ou le développement d'une philosophie personnelle sont mises en avant pour améliorer le bien-être du médecin et donc diminuer le risque de burn out¹³¹. Une croyance, une **philosophie de vie** serait, en effet, un facteur de protection contre le burn out. Jean E. Wallace insiste sur le risque de s'oublier et de négliger sa santé¹²⁹. M. Delbrouck souligne l'importance de l'**estime de soi**, qui positive l'image que nous avons de nous-même. Elle permet d'éviter de fabriquer une image uniquement dans le but de satisfaire les gens qui nous entourent, au risque de perdre une grande part de personnalité⁴⁵. **Promouvoir le bien-être**, la relaxation, s'octroyer des loisirs hors du travail, respecter la frontière entre vie privée et vie professionnelle, mais aussi avoir des **relations personnelles**, partager ses émotions pour **rompre l'isolement**, avoir de l'**humour**, sont autant de stratégies pouvant être appliquées dans le but d'améliorer le burn out¹³¹.

Plutôt que de réduire la charge de travail, risquant d'entraîner un désengagement dans le travail, E. Galam propose, au contraire, de favoriser un **engagement effectif, social et professionnel**, dans le but de ressentir davantage d'**équité** et un moindre burn out¹³². Il prend comme exemple la valorisation de l'engagement dans des actions contribuant à l'amélioration du système de santé. Sa proposition rejoint le sens de l'orientation de carrière **activiste** décrite plus haut par Cary Cherniss, qui est corrélée à un moindre burn out.

Le seul fait de **prendre soin de soi** serait bénéfique. Les conséquences du burn out dépendent des capacités d'adaptation du médecin¹²⁷, et donc du coping. Ainsi, A. Spickard¹³³ explique que comprendre le bien-être du médecin fait déjà partie d'une stratégie de **coping**. En 2002,

l'étude de T.D. Shanafelt réalisée chez des internes, analyse un programme de quatre heures d'enseignement de techniques visant à améliorer ses défenses. Ce dernier est bénéfique sur le score du burn out¹⁰². D'après Leiter⁸⁷, les stratégies de coping de **contrôle** préviennent l'émergence de l'épuisement professionnel. Les personnes qui développent des stratégies de coping d'engagement, c'est-à-dire une tentative active pour éliminer la source du stress ou rechercher du soutien, sont moins dépersonnalisées et sont plus accomplies. Inversement, le coping **d'évitement-fuite**, bien que pouvant être salutaire ponctuellement dans des situations critiques, est lié à un plus grand épuisement et est associé à un moindre accomplissement personnel. Cependant, il existe des stratégies de coping actif, telles que le fait de travailler plus dur dont l'impact sur le burn out reste ambigu⁸⁶. Il est positif quand le travail est réalisé avec optimisme. Dans le cas contraire, il est associé à un épuisement émotionnel plus important.

Ainsi, un haut niveau de ressources et des stratégies de coping actif, soit de contrôle, soit d'engagement, sont généralement associées à un moindre burn out, et notamment un épuisement émotionnel plus faible. Cependant, des stratégies de contrôle excessives ou inadaptées peuvent aussi mener à l'épuisement émotionnel.

(2) Au niveau professionnel

Tout comme au niveau individuel, il s'agit de **développer ses ressources professionnelles** en se réservant des pauses, en se fixant des objectifs réalistes, en variant son exercice et en ayant la passion pour son travail. Le médecin peut rompre l'isolement provoqué par le secret médical par la participation aux groupes Balint, ou aux groupes de pairs¹³⁴. Il peut développer ses **relations professionnelles** ou encore avoir recours aux structures d'écoute et d'accompagnement que nous détaillerons dans la prochaine partie.

Nous reviendrons plus particulièrement sur la participation aux **groupes Balint**. Ces derniers utilisent la relation médecin-patient comme **outil thérapeutique**. J. Benson décrit la profession médicale actuelle comme voulant trop contrôler ses émotions¹³⁵, entraînant un **déni** de ses vulnérabilités, et risquant des dommages plus importants encore. L'intérêt du groupe Balint est d'analyser les émotions déclenchées par l'interaction avec le patient, afin de trouver la bonne distance et pouvoir agir dans le meilleur intérêt des patients. Il est bien démontré que les médecins assistant au groupe Balint sont moins en burn out¹²². Une étude longitudinale serait intéressante afin de déterminer s'il a un effet protecteur ou non. K. M. Swetz évoque **l'humanisation de la relation**, comme moyen de prévention, en faisant appel

notamment à la remémoration des patients¹³¹.

Dans un autre domaine, le développement **d'aides juridiques** serait aussi une mesure nécessaire face au recours croissant à la justice¹³².

Pour conclure, prévenir le burn out nécessiterait avant tout une formation, dans le but d'aider les médecins à assumer les difficultés liées aux soins ou à gérer les tâches administratives. Cet enseignement devrait se produire tôt afin d'accompagner les futurs médecins dans leur parcours professionnel car le burn out peut survenir, comme nous l'avons vu, dans le courant des études.

(3) Au niveau de la collectivité

Cette pathologie est bien une **maladie professionnelle** et la reconnaître en tant que telle par la collectivité permettrait d'engager des mesures afin d'améliorer la **protection sociale** des médecins libéraux et instaurer ainsi une **médecine du travail** pour les médecins.

Le rapport de l'ONM sur la démographie médicale de 2011 rapporte les attentes des jeunes médecins¹²⁸ : multiplier et diversifier les aides, bannir les mesures coercitives, simplifier et alléger les charges administratives et financières, revaloriser la rémunération, favoriser le travail d'équipe, faire connaître davantage l'exercice libéral durant les études, mettre en place une forme de compagnonnage. Avant tout, les organismes institutionnels doivent discuter de la **redéfinition des responsabilités du médecin**, sans dissocier le professionnel médecin avec ses devoirs envers le patient, et le médecin en tant qu'individu avec ses disponibilités, son savoir, ses faiblesses.

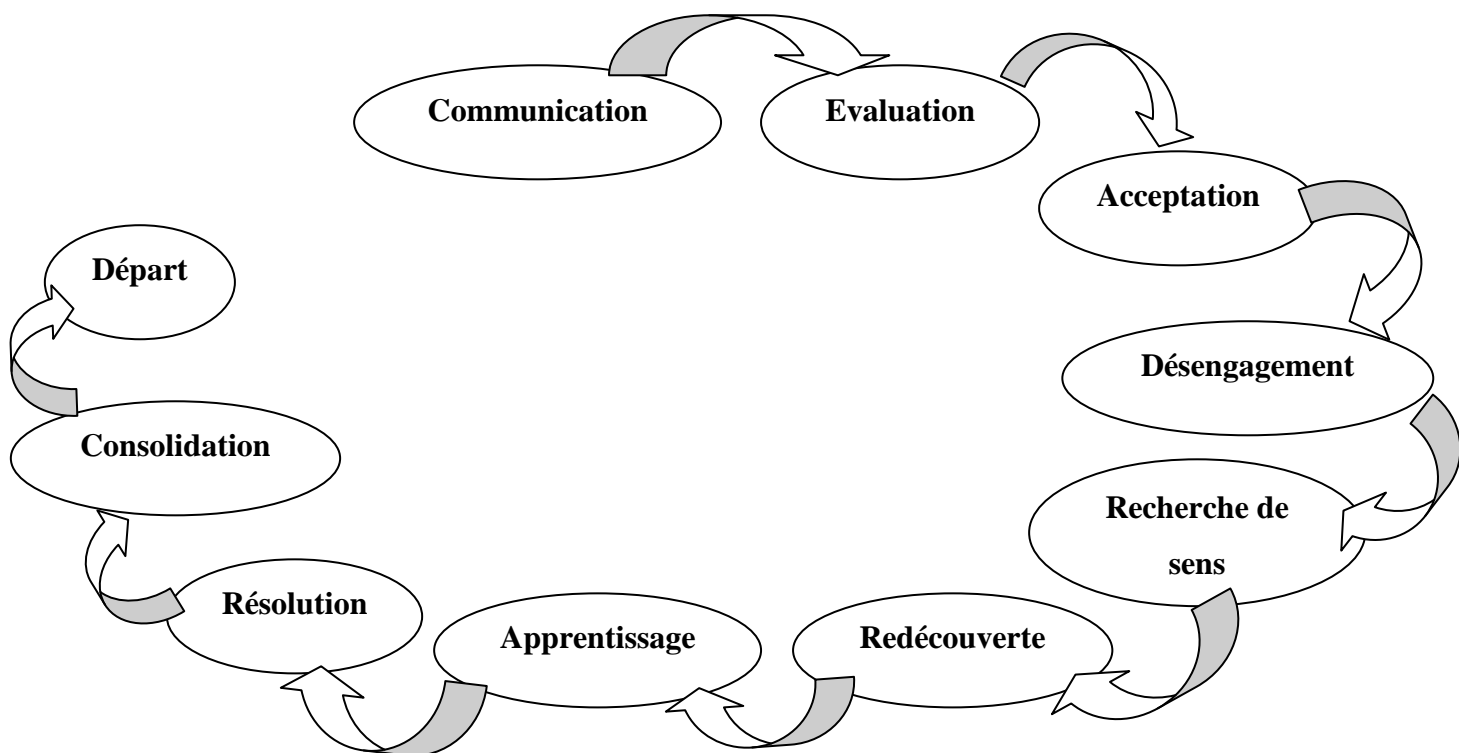
b) Prévention secondaire et tertiaire

Le burn out est encore un sujet **tabou** chez la plupart des médecins en France¹⁰⁸. Des auteurs américains rapportent les craintes de ces derniers si leur état de burn out venait à être découvert, notamment la peur d'un **retentissement sur leur carrière** chez 53% des internes interrogés dans l'étude réalisée par Devi¹³⁶. De façon générale, les médecins ont tendance à négliger leur santé. Jean E. Wallace¹²⁹ rapporte les résultats d'une étude réalisée par l'équipe de Baldwin sur le comportement de jeunes médecins face à une hypothétique maladie. 61% iraient travailler et attendraient la guérison en cas de vomissements incoercibles pendant la nuit, 83% en cas d'hématurie, 76% en cas de suspicion d'ulcère à l'estomac, et 73% en cas d'anxiété sévère. La **négligence** de sa propre santé est donc un obstacle majeur à la mise en

route de traitements en cas de burn out⁴⁵. Accepter d'être en burn out relève du même cheminement qu'accepter un **deuil**. Il est indispensable de passer par les étapes de déni, de colère, de marchandage, de tristesse, de dépression, d'acceptation et de libération.

Un autre obstacle repose sur la **personne traitant ces médecins malades** car beaucoup avouent leur crainte de devoir soigner un de leurs collègues. Le professionnel retenu pour cette tâche se doit d'être empathique afin d'instaurer un climat de confiance, oscillant entre le coaching, la psychothérapie, le médical, l'organisationnel, le managérial et le pragmatique⁴⁵. Il a un rôle d'accompagnement car le patient doit se remettre debout lui-même avant tout (cf. Figure 7). Les médecins doivent donc apprendre à **soigner leurs confrères**.

Figure 7 : Les dix étapes de la prise en charge du burn out d'après M. Delbrouck⁴⁵



Dans une étude transversale de 2008 chez des médecins danois d'Aarhus¹²², Brondt démontre que les médecins suivant une **formation médicale continue** sont moins en burn out. P.M. Dunn, dans une étude américaine prospective multicentrique¹³⁷, teste un programme abordant trois composantes permettant d'améliorer la qualité de travail des médecins :

- la première évalue l'**intendance financière** ;
- la deuxième vise à **améliorer les responsabilités** ;
- la troisième identifie les **facteurs améliorant leur bien-être**.

Ils organisent des rencontres hebdomadaires relatives au contrôle du médecin sur son travail, sur l'efficacité de l'organisation du cabinet et sur la satisfaction du médecin sur le plan clinique et humain. Les scores de burn out diminuent de façon significative tout au long de l'étude.

Dans une étude publiée dans le JAMA en 2009⁵⁶, l'équipe de Krasner évalue l'impact d'une formation continue pendant un an basée sur le développement de l'attention par trois techniques :

- la « **mindfulness meditation** », qui est l'état de conscience permettant de porter son attention, sans jugement, sur une situation donnée,
- l' « **appreciative inquiry** » ou approche positive,
- la **narration**.

Après formation, les scores de burn out sont significativement moins élevés, et ceux d'empathie plus élevés. Nous avons vu précédemment que la technique de « Mindful practice » améliore l'empathie (cf. p.33). Krasner conclut dans la même étude au bénéfice sur la santé des médecins. En rappelant au médecin la **signification de son travail**, la « Mindful practice » permet d'éviter le burn out¹²⁷.

En France, l'Ordre National des Médecins a cofondé l'**APSS**¹³⁸ (Association pour la Promotion des Soins aux Soignants). Elle est chargée de recruter des médecins **volontaires** afin d'assurer le suivi et la prévention de la population médicale. Ils réalisent une formation de deux jours car il faut avoir conscience que le médecin est un malade particulier, très éclairé, souvent dans le déni de soi, ayant recours facilement à l'automédication. L'ONM envisage également, avec le concours de la CARMF, de créer des réseaux de psychiatres et d'addictologues au niveau régional. L'APSS prône le **regroupement** des médecins pour éviter l'isolement et les coopérations entre soignants pour favoriser une meilleure **délégation des tâches**. Il existe également un projet de réservation de lits à disposition des médecins nécessitant l'hospitalisation par l'intermédiaire des ARS.

En 2004, est créée l'AAPML ou Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux¹³². Elle réserve un numéro 24h/24 et 7 jours/7, le 0826 004 580, et un site www.aapml.fr, destiné spécifiquement aux médecins et aux chirurgiens dentistes. Ils délivrent des informations sur les différentes formations organisées sur le sujet et proposent une aide de premier recours, **anonyme** et **gratuite**. Cette assistance est assurée par des psychologues cliniciens de la société Psya, spécialisée dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Cela permet d'orienter les cas plus graves vers une structure adaptée. Grâce au recueil systématique d'informations, cette association enrichit les données sur l'**épidémiologie** des pathologies professionnelles des

médecins. La diffusion du numéro de téléphone et l'information de l'existence de l'association a été réalisée par l'intermédiaire des institutions représentatives des différentes catégories professionnelles (conseil de l'Ordre, syndicat, URML...). L'objectif à terme de l'AAPML est d'étendre ce dispositif aux autres professionnels de santé ; cela concernerait en tout 290 000 professionnels libéraux.

Dans ce chapitre sur le burn out, la **relation médecin-patient** semble prendre une part importante dans l'apparition de ce syndrome. La **préparation insuffisante** à cette dernière est responsable d'une désillusion probablement inévitable en partie, due à la rencontre effective entre l'idéal du moi et de la médecine, et la réalité. L'essence même du burn out, à savoir la dépersonnalisation, semble affecter le professionnalisme et la qualité de la relation. Il semble également que des solutions au burn out puissent être perçues dans ce domaine. Avant d'aborder notre étude, il est important de dresser un panorama des études ayant analysé l'interaction entre empathie et burn out.

C. REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LA RELATION ENTRE EMPATHIE ET BURN OUT

Les études concernant l'empathie, ainsi que celles sur le burn out dans la population médicale remontent à une vingtaine d'années. Cependant les études recherchant un lien entre ces deux dimensions sont rares. En effet, alors que l'on suppose une relation inverse entre empathie et burn out, celle-ci a peu de fois été démontrée, et uniquement dans des études réalisées chez des étudiants en médecine.

Quelques études transversales ont été publiées, mais jamais de lien de causalité n'a été démontré, faute d'étude longitudinale. Nous étudierons dans cette partie le lien possible entre burn out et empathie en soumettant trois hypothèses¹³⁹.

1. Hypothèse 1 : le burn out est néfaste pour l'empathie

Dès l'année 2002, L.M. Bellini, M. Baime, et J.A. Shea¹⁴⁰ repèrent dans une étude de cohorte chez des étudiants de l'Université de Pennsylvanie, durant leur année d'internat, qu'un **changement significatif d'humeur** avec dépression et agressivité est associé à une diminution du score d'empathie sur l'échelle d'empathie IRI (Interpersonal Reactivity Index)⁴⁰.

La même année, Shanafelt¹⁰² démontre un risque accru de prise en charge sous optimale du patient en cas de burn out dans une étude transversale portant sur 115 étudiants en médecine de l'université de Washington, affiliés à l'internat de médecine interne. Il s'intéresse notamment à l'attitude empathique de ces étudiants, par exemple avec l'item « je fais peu attention à l'impact social et personnel de la maladie de mon patient ». Cette question retrouve une **forte corrélation avec la dimension dépersonnalisation**. Cependant, aucune échelle d'empathie n'a été utilisée dans cette étude.

Graham et al.^{141;142}, quant à eux, expliquent en 2002 les résultats de leur étude transversale élaborée en 1996 : le **cynisme**, que l'on peut assimiler à la dépersonnalisation, l'une des trois dimensions du burn out, est une stratégie défensive de coping, afin de préserver sa personne. Il risque néanmoins d'altérer la relation médecin-patient et aussi les relations confraternelles. Leur étude transversale ne permet pas toutefois d'établir un lien de causalité, point d'ailleurs critiqué par Mc Manus¹⁴³.

La même année, en France, D. Truchot⁸⁸, dans son étude transversale portant sur les médecins généralistes de Champagne Ardenne, trouve que le **repli identitaire** ainsi qu'une orientation de carrière « égoïste » exposent plus au risque de burn out. Pour cela, les trois dimensions de l'échelle de burn out MBI sont corrélées avec les différentes orientations de carrières décrites précédemment. Bien que l'empathie ne soit pas directement analysée, nous pouvons supposer que le repli identitaire et une orientation égoïste sont des processus où l'empathie est laissée de côté, ou en tout cas non prioritaire. Dans ce sens, il est probable que le burn out soit lié à une moindre empathie.

En 2007, la revue de littérature de C.P. West et T.D. Shanafelt⁸² conclue au déclin de l'humanisme et de l'empathie durant les études médicales, en partie en raison d'un **stress professionnel intense**, résultat retrouvé également chez les médecins. Il mentionne que certains traits de personnalité, ou plutôt certaines habiletés dans les relations interpersonnelles seraient en cause.

Toujours en 2007, M.R. Thomas¹⁴ démontre un **lien significatif entre burn out et empathie** ainsi qu'entre bien-être et empathie chez les étudiants en médecine dans une étude multicentrique portant sur 1098 étudiants de l'état du Minnesota. Le score d'empathie, mesuré par l'IRI, est plus élevé que dans l'échantillon de population générale du même âge. Les scores d'empathie émotionnelle et cognitive dans les deux sexes sont inversement corrélés au burn out, surtout concernant la dimension dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel chez les hommes est corrélé de façon négative à l'empathie émotionnelle, ce qui n'est pas retrouvé chez les femmes. Enfin, il existe une relation positive entre accomplissement personnel et les deux types d'empathie, à savoir cognitive et émotionnelle. Cette étude souligne qu'il n'existe pas de relation significative entre dépression et empathie chez les hommes, mais que lien est bien présent chez les femmes. Puisqu'il n'existe pas de différence de résultat significative entre empathie cognitive et émotionnelle, les auteurs concluent à un lien entre l'empathie globale et stress professionnel.

En 2009, L'équipe de recherche de M. Hojat examine l'empathie dans une étude de cohorte chez 456 étudiants en médecine de 3ème année du Jefferson Medical College, à l'aide de l'échelle JSPE³⁹. Plus les étudiants avancent dans le cursus médical, plus l'importance de la relation médecin-patient est présente, et plus les scores d'empathie diminuent. Les scores d'empathie sont plus élevés chez les femmes et dans les spécialités centrées sur le patient. Ils sont plus faibles dans les spécialités très axées sur la technologie comme la radiologie ou la chirurgie. Plusieurs facteurs de risque sont retrouvés pour expliquer ce déclin, comme l'attitude parfois peu professionnelle des médecins formateurs, un enseignement trop chargé, le manque de temps, les facteurs environnementaux, et les facteurs en rapport avec les patients. Les auteurs rapportent certaines remarques illustrant ce propos : « quand je rentre dans la chambre d'un patient, je me demande plus comment être efficace, plutôt qu'entrer en relation avec le patient »; « Etre trop occupé détruit l'empathie »; « Difficile d'être empathique quand les patients considèrent la médecine comme un simple business ». Ces témoignages reflètent les stigmates du burn out, avec déjà une surcharge de travail et une **déshumanisation de la relation**.

En 2009 également, comme nous l'avons évoqué précédemment à propos des techniques de formation à l'empathie et dans la prévention secondaire du burn out (cf. p. 33 et p. 79), M.S. Krasner⁵⁶ publie une étude prospective portant sur 871 praticiens généralistes rémunérés du Greater Rochester à New York. Il démontre l'efficacité d'un programme d'éducation à la « Mindful Communication », consistant à développer l'attention du médecin par trois techniques sur l'amélioration de l'empathie et la diminution du burn out. Ces trois techniques sont la « mindfulness meditation », l'« appreciative inquiry », et la narration.

Cependant, il ne réalise pas de corrélation entre les résultats du burn out et ceux de l'empathie. Nous observons uniquement que le programme **améliore l'empathie**, et **diminue le burn out**. La méthodologie altère l'impact des résultats, du fait qu'elle soit non randomisée, avec une population non représentative.

En 2010, Dyrbye⁹⁸ étudie le **lien entre le burn out et le professionnalisme** chez 2682 étudiants, dans une étude multicentrique dans sept écoles de médecine. Elle utilise l'échelle MBI de burn out et des échelles explorant les comportements professionnels. Certains comportements peu professionnels tels que la tricherie, une attitude peu altruiste sont retrouvés de façon plus fréquente chez les étudiants ayant un score élevé de burn out.

L'équipe de C. Brazeau⁴¹ réalise une étude transversale réalisée sur le mode volontaire portant sur les étudiants de quatrième année de la New Jersey Medical School. Le taux de participation est de 71,8%. Elle démontre un lien entre burn out mesuré par la MBI, et l'empathie, mesurée par la JSPE, ainsi qu'avec le professionnalisme, mesuré par une échelle de mesure de professionnalisme, la PCI (Professionalism Climate Measurement). En effet, **le burn out est corrélé à des scores d'empathie plus faible**, ainsi qu'à un moindre professionnalisme. L'analyse statistique retrouve également une relation significative entre empathie et professionnalisme chez les étudiants en médecine. Cependant, on ne peut conclure à un lien de causalité entre burn out et empathie du fait de la transversalité de l'étude.

En 2011, D. Truchot¹³ réalise une étude, portant sur 270 médecins généralistes. Cet échantillon de médecins a répondu à un questionnaire rapportant un cas clinique de médecine générale d'une personne âgée dans un cas compliant, et dans l'autre, peu compliant, afin d'évaluer la réaction des professionnels et leur degré d'engagement vis-à-vis du patient. Les médecins en burn out, mesuré par l'échelle MBI, se **désengagent de la relation**, adoptant des attitudes moins coûteuses en énergie et en temps, démontrant ainsi que le retrait psychologique est lié au burn out. Ce lien est d'autant plus important que le patient est peu compliant.

Enfin, la revue de la littérature de M. Neumann³⁸, montre et confirme le déclin de l'empathie durant les études médicales. Il souligne le peu d'approfondissement sur les origines de cette diminution. Il montre que l'âge et le sexe n'influencent pas les variations d'empathie. En revanche, pratiquement toutes les études citées montrent que le burn out est un facteur significatif de retentissement sur le degré d'empathie, ainsi que certains traits de personnalité, de façon moins significative. Il est intéressant de souligner que le déclin est très prononcé au moment où les étudiants atteignent la phase clinique, moment où la relation avec le patient s'intensifie : à ce stade, les étudiants s'identifient plus aux patients et deviennent plus

vulnérables. Ils développent des stratégies de protection, en déshumanisant le patient par exemple, ou en ayant recours à la dépersonnalisation et au cynisme.

En 2011, S.A. Passalacqua et C. Segrin²² réalisent une étude prospective, unicentrique, chez 93 internes. Ils évaluent l'évolution du burn out, de l'empathie, de la communication centrée sur le patient et du stress durant les gardes pouvant durer entre 24 et 30 heures. Deux hypothèses sont évoquées alors, testant le lien de causalité entre burn out et empathie : le burn out entraîne le déclin de l'empathie, ou le déclin de l'empathie entraîne le burn out. Cette étude longitudinale permet de conclure à une **diminution significative de l'empathie** pendant la garde, et de conclure au fait que le stress perçu **entraîne le burn out**, qui lui-même entraîne la diminution de l'empathie. Ce dernier est responsable d'une diminution de la communication centrée sur le patient. Cette étude permet donc d'établir l'incidence de l'empathie sur le burn out, mais la relation inverse n'est pas éliminée pour autant. Elle reste néanmoins à démontrer.

2. Hypothèse 2 : l'empathie engendre le burn out

Certains auteurs, comme H.G. Nielson et C. Tulinius¹⁴⁴ en 2009, mettent en garde sur une certaine **fatigue de compassion** (« *compassion fatigue* »), terme développé par Figley en 1995, comme nous l'avons vu précédemment. La fatigue de compassion est engendrée, entre autre, par les rencontres difficiles répétées avec les patients. En demandant un investissement émotionnel et empathique importants, ces dernières peuvent conduire au burn out. Certains auteurs suisses parlent de syndrome du Saint Bernard¹⁴⁵, que l'on peut expliquer par l'excès d'empathie, l'absence de distance dans la relation d'aide, constituant un facteur supplémentaire d'épuisement du médecin.

3. Hypothèse 3 : l'empathie protège du burn out

En 2003, J. Halpern²⁴ décrit l'empathie clinique, et cite D. Roter¹⁴⁶ qui identifie un lien entre une communication orientée et engagée sur le plan psychosocial et un risque plus faible de burn out. L'empathie permettrait de donner un **sens au travail**, d'augmenter la **satisfaction professionnelle**. J. Halpern évoque le fait qu'être empathique nécessite de garder une certaine curiosité sur la vie des patients, ce qui est impossible en cas d'anxiété, ou de manque de temps.

De même, en 2008, la revue de littérature de R. Garden⁵³ examine les différentes méthodes d'éducation à l'empathie. Elle évoque la théorie de J. Halpern¹⁴⁷, à savoir l'empathie jouerait un rôle clé dans la satisfaction du médecin, permettant de réduire le burn out en s'ouvrant aux rencontres émouvantes avec les patients. Ces hypothèses manquent malheureusement de confirmations scientifiques.

Hojat, en 2007, évoque l'hypothèse que la satisfaction du médecin dans sa relation avec ses patients, pourrait servir de protection vis-à-vis du stress professionnel, du burn out, des abus de substance, et des attitudes suicidaires¹⁴⁸. Cependant, cette déclaration manque encore de justification et d'argumentation.

En conclusion de cette partie, le **burn out** semble entraîner un **déclin de l'empathie**, avec un impact majeur de la dimension « dépersonnalisation ». La plupart des études sur ce lien empathie et burn out sont réalisées chez les étudiants en médecine, peu chez les médecins généralistes, et aucune n'est réalisée en France. Elles ont cependant un impact important sur toute la population médicale, puisque de nombreux auteurs^{97;119;136} en France, et dans le monde, reprendront par la suite ces résultats dans leurs démonstrations. Les critères des études que nous avons citées ne sont pas tous identiques, avec des entités parfois plus proches du burn out et de l'empathie (repli identitaire, carrière « égoïste »). Cela nous a permis d'établir le contexte dans lequel s'effectue notre recherche, à savoir le manque de données concernant le lien entre empathie et burn out chez les médecins généralistes français. Ceci explique la cible et les objectifs de notre recherche. Nous allons donc étudier la relation entre empathie et burn out chez les médecins généralistes français.

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

A. ARTICULATION DE L'ETUDE

L'étude a fait suite à une première recherche, réalisée par l'équipe du Pr Sultan, professeur en psychologie à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, visant à déterminer l'impact de la **précision empathique** du médecin sur la santé d'une population de patients diabétiques¹⁴⁹. On entend par précision empathique la corrélation entre les représentations du patient sur sa maladie et la compréhension que le médecin en a. Pour l'analyser, le patient d'un côté, et le médecin de l'autre, ont rempli le questionnaire sur la perception de la maladie IPQ-R (Illness Perception Questionnaire Revised). Ce dernier avait pour consigne de répondre comme s'il était à la place de son patient. Les auteurs ont ensuite étudié la concordance des réponses, mesurant ainsi la précision empathique. Il a été ainsi démontré qu'un haut niveau de précision empathique dans certains domaines, tels que le contrôle du traitement, la compréhension de la chronicité de la maladie, était associé à **une meilleure observance** du régime diabétique, et une **optimisation** des contrôles glycémiques.

L'étude que nous rapportons s'est distinguée de la précédente sur deux aspects. Elle a visé à préciser les domaines de compréhension les plus impliqués dans les issues de santé du patient, ce qui a fait l'objet d'une autre thèse. Mais surtout, elle a permis de prendre en considération un facteur important, à savoir la **santé du médecin**, et plus précisément le burn out, et de chercher à comprendre comment ce dernier interagit avec l'empathie. Elle a été conduite en deux parties, toutes deux réalisées de manière transversale. Cette étude a été élaborée progressivement, en collaboration entre l'Institut de Psychologie de Paris Descartes représenté par trois psychologues, et sept membres du Département de Médecine Générale de Paris Descartes, dont deux professeurs associés de médecine générale, un médecin généraliste enseignant, un chef de clinique, et trois internes dans le cadre de leur thèse.

La première partie de cette nouvelle recherche a eu pour objectif principal de **valider la version française** du questionnaire d'empathie sélectionné, la JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy) que nous détaillerons ensuite (cf. Annexe p. 172, et p. 91). Ce premier travail, étape indispensable, a été rapporté par Céline Buffel de Vaure dans sa thèse « déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique »¹⁵⁰. Cela nous a permis de disposer d'un questionnaire d'empathie validé en français afin d'établir une

relation entre le burn out et l'empathie. Nous détaillerons par la suite les différents questionnaires utilisés, à savoir la JSPE, la TEQ (Toronto Empathy Questionnaire, cf Annexe p. 174), et l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory, cf. Annexe p.173). Les données sociodémographiques des médecins, les données sur l'organisation professionnelle et sur la formation ont permis d'approfondir les facteurs pouvant influencer l'empathie et le burn out.

Dans la seconde partie, l'étude transversale s'est basée sur des **dyades** « médecin-patient ». L'intérêt des dyades était d'analyser la précision empathique, plus représentative de « l'empathie réelle » du médecin vis-à-vis de son patient que l'empathie théorique cernée par le questionnaire JSPE. Nous avons donc demandé aux médecins qui ont participé à l'étude de se mettre à la place de leurs patients diabétiques, et d'imaginer comment ils percevaient et connaissaient la maladie, et comment elle retentissait sur la vie quotidienne de leurs patients, ce qui pourrait être une manifestation directe de son **empathie clinique**. Nous avons ensuite confronté les résultats auto-déclarés de la JSPE à la concordance entre les réponses du médecin et celles de son patient.

Cette concordance nous a donc permis de mettre en perspective l'empathie théorique et l'empathie « réelle » du médecin.

B. POPULATION SELECTIONNEE POUR L'ETUDE

1. 1ère partie

Les médecins généralistes ont été inclus à l'occasion du Congrès de Recherche de Médecine Générale de Nice 2010, par la participation des médecins généralistes enseignants des Universités Paris Descartes et Paris Diderot, et par l'intermédiaire des sociétés savantes de médecine générale en lien avec les médecins organisateurs de l'étude, la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), l'AFMG (Atelier Français de Médecine Générale) et la Société médicale Balint. Les médecins inclus devaient être allopathes à 70% minimum.

2. 2ème partie

Les médecins généralistes ont été recrutés dans toute la France, grâce aux mêmes réseaux de sociétés savantes de médecine générale, et par l'intermédiaire du Congrès de Recherche de Médecine Générale de Nice 2011. Ils devaient à leur tour inclure douze de leurs patients diabétiques. Chaque médecin a été **indemnisé** 1 C par dossier patient rempli. Cette indemnisation a été effectuée à partir du retour des questionnaires.

Les **critères d'inclusion** des patients diabétiques étaient :

Inclure les 12 premiers patients diabétiques de type 2 correspondant aux critères d'inclusion.

Inclure un patient par jour maximum, le premier de la journée.

Inclure des patients âgés entre 20 et 80 ans, sans comorbidité grave (cancer, trouble psychologique grave, HIV, trouble neurodégénératif, ALD non cardiovasculaire).

Exclure les diabètes secondaires, des patients ne pouvant pas comprendre suffisamment bien le français ou ne pouvant pas se faire aider pour la traduction.

C. LES ECHELLES ET QUESTIONNAIRES UTILISES

Dans la première partie de l'étude, la **JSPE** (Jefferson Scale of Physician Empathy) version française (cf. Annexe p.172) et l'échelle **MBI** (Maslach Burn out Inventory, cf. Annexe p. 173) ont été exploitées, ainsi qu'un questionnaire de **données sociodémographiques** incluant l'âge, le sexe, le statut marital, le nombre d'enfants, le niveau socio professionnel des parents, les problèmes de santé dans la famille, ou encore si une psychothérapie a été réalisée (cf. Annexe p. 170). Un questionnaire de **données professionnelles** a permis de préciser l'organisation professionnelle avec le nombre d'années d'installation, le nombre de consultations par semaine, la durée moyenne de consultation, le nombre de visites à domicile par semaine, le milieu d'installation, la présence d'un secrétariat, et le type de travail seul ou en groupe. Des données sur la **formation professionnelle** ont également été recueillies précisant la participation à une société savante, à une formation spécifique à la relation médecin-patient, et le fait d'être formateur (cf. Annexe p. 171).

Dans la seconde partie, chaque médecin généraliste a remis à douze de ses patients diabétiques une enveloppe comprenant un questionnaire sur la représentation et compréhension de la maladie **BREF IPQ**, la SF 12 sur la qualité de vie (version abrégée du questionnaire Medical Outcomes Study Short Form General Health Survey ou SF 36, cf. Annexe p. 186), l'échelle de dépression **BDI-II** (Beck Depression Inventory, cf. Annexe p. 185), et l'échelle de satisfaction EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of Practice, cf. Annexe p. 198). Ils devaient également compléter certaines données socio démographiques comme l'âge, le sexe, la date de début de la maladie, leurs mensurations taille et poids, leur niveau socio économique (cf. Annexe p. 193), ainsi qu'une échelle de comportement face au diabète, la SDSCAM, Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (cf. Annexe p. 200).

De son côté, le médecin a reçu les mêmes questionnaires (BREF IPQ, SF 12, BDI-II), qu'il remplissait seul en se mettant à la place du patient inclus. Il a rempli également, comme dans la première partie, les données sociodémographiques, sur sa formation et sa pratique, ainsi que la MBI, et la JSPE version française, ainsi qu'un questionnaire d'évaluation des troubles psychopathologiques, la GHQ 12 (General Health Questionnaire-12 items, cf. Annexe p. 179). Enfin, le questionnaire **DDPRQ-10 Fr** (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire à 10 questions version française) permettait d'identifier les patients jugés « difficiles » par le médecin (cf. Annexe p. 190).

Nous décrivons ici les cinq questionnaires qui ont été nécessaires pour répondre à notre problématique principale, à savoir le lien entre empathie et burn out, et nos problématiques secondaires, comportant le lien entre burn out, empathie et précision empathique, ainsi que l'influence de la difficulté de la relation sur le burn out et l'empathie.

1. La MBI (Maslach Burnout Inventory).

Cette échelle de mesure a été élaborée vers 1980 par Christina Maslach, Professeur de psychologie à l'Université de Californie et Susan Jackson, Professeur en psychiatrie, et validée par la suite en Français en 1994, auprès d'éducatrices et d'infirmières québécoises¹⁵¹. Elle a été également validée chez les médecins français. D'autres échelles de mesures existent cependant : la « Burn out Measure » élaborée par Pines, Aronson et Kafry en 1981, mais c'est bien la MBI qui est majoritairement utilisée dans les études. Elle est composée de **vingt deux items**, comportant neuf items pour la mesure de **l'épuisement émotionnel** (items 1,2,3,6,8,13,14,16 et 20), cinq items pour la mesure de la **dépersonnalisation** (items 5,10,11,15,22), et huit items pour la mesure de

l'accomplissement personnel (items 4,7,9,12,17,18,19,21). Les individus répondent sur une échelle de Likert, allant de « jamais » (=0) à « tous les jours » (=6). Les scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et les scores bas d'accomplissement personnel correspondent au burn out.

Plusieurs méthodes pour évaluer le niveau de burn out ont été utilisées dans la littérature du fait que c'est une **échelle linéaire**. La classification en **trois niveaux** faible, moyen ou élevé, a été réalisée par Maslach et Jackson, validée en France par Dion et Tessier¹⁵¹. Les cut-off sont supérieur ou égal à 27 pour l'épuisement émotionnel élevé, supérieur ou égal à 13 pour la dépersonnalisation élevée, et inférieur ou égal à 31 pour l'accomplissement personnel faible¹⁵¹.

La plupart des études prennent en compte les **trois dimensions séparément**, le score global du burn out étant moins interprétable¹⁰¹. En revanche, les seuils de significativité du burn out diffèrent d'une étude à l'autre ; soit les trois dimensions restent séparées, soit certains auteurs considèrent qu'avoir une ou deux des dimensions « épuisement émotionnel » ou dépersonnalisation » élevée peut être considéré comme burn out élevé. Une autre méthode consiste à utiliser la moyenne. Mais ces choix sont discutables.

Par ailleurs, il semble que les auteurs accordent moins de poids à la dernière dimension « accomplissement personnel », considérant qu'il s'agit plus d'une **caractéristique personnelle** qu'une véritable dimension du burn out. En outre, elle est faiblement corrélée aux autres dimensions du burn out¹⁵². Également, certains auteurs remettent en cause la confection des items, élaborés dans le sens positif, ce qui est moins adapté que s'ils étaient soumis dans un sens négatif. En effet, une échelle d'efficacité donne des réponses différentes d'une échelle d'inefficacité¹⁰⁰. Par exemple : répondre par la négative à « A mon avis, je suis un bon étudiant », cela ne veut pas dire que le même étudiant répondra par l'affirmative à l'item « A mon avis, je suis un mauvais étudiant ».

Dans notre étude, nous nous attacherons surtout aux mesures des trois dimensions prises séparément, mais nous observerons aussi les relations pouvant être retrouvées avec le score global d'une part, et la définition régulièrement reprise dans la littérature, à savoir que le burn out sévère correspond à un score d'épuisement émotionnel élevé et/ou dépersonnalisation élevée¹⁰¹.

2. La JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy).

C'est une échelle anglo-saxonne élaborée par l'équipe de M. Hojat en 2002³⁹. Elle a été traduite en plusieurs langues, mais il n'existait pas encore de version française validée. C'est pourquoi le premier travail de cette étude a consisté à traduire et valider la JSPE version française¹⁵⁰.

Elle comporte **vingt items**, remplis selon une échelle de Likert et est subdivisée en trois parties. La première, « standing in patient shoes » que nous traduirons par « **se mettre à la place du patient** » (items 3,4) et « compassionate care » équivalant à la « **compréhension émotionnelle** » (items 1,7,8,11,12,14,18,19) se rapportent à **l'empathie émotionnelle**. La troisième partie « perspective taking », ou « **prise de distance** » (items 2,4,5,9,10,13,15,16,17,20) est la seule qui étudie distinctement **l'empathie cognitive**. Dix items sur vingt possèdent des **scores inversés**, les dix autres items ont des scores positifs.

L'IRI (Interpersonal Reactivity Index) est une autre échelle d'empathie distinguant empathie affective et cognitive. Mais la JSPE est intéressante car non seulement elle étudie les deux dimensions de l'empathie, mais encore elle **mieux adaptée aux médecins** dans sa forme et dans son contenu. Elle a d'ailleurs déjà été utilisée et validée dans la population médicale, que ce soient les médecins ou les étudiants en médecine. L'empathie cognitive y est prise en compte de façon indépendante or, comme nous l'avons vu précédemment, la dimension cognitive prend une part importante dans l'empathie clinique. Différentes études ont montré, grâce à cette échelle que l'empathie pouvait être liée à certaines caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe, ou que le degré d'empathie évoluait au cours du cursus médical^{39;81;117;140}. La JSPE anglo-saxonne a été validée également en étant **confrontée à l'estimation de l'empathie par les patients** évaluée par la JSPPE (Jefferson Scale Patient Perception empathy)¹⁵³. En effet, la désirabilité sociale peut inciter le médecin à se surévaluer par l'auto-questionnaire, et nous y reviendrons dans la discussion.

3. La TEQ (Toronto Empathy Questionnaire).

Elaborée par l'équipe de R.N. Spreng en 2009¹⁵⁴, cette échelle comportant seize questions, mesure uniquement la **dimension affective** de l'empathie. Validée par trois études, ses résultats sont corrélés positivement à des mesures de comportement social ainsi qu'à d'autres échelles d'empathie (IRI, empathy quotient), et négativement à une mesure du score d'autisme. Chaque item est rempli grâce à une échelle de Likert allant de « jamais » (=0) à « toujours » (=4).

4. Mesure de la précision empathique

Dans la seconde partie de l'étude, nous avons décidé d'utiliser deux questionnaires pour la mesure de la précision empathique. En effet, la précision empathique ne se mesure pas véritablement par un questionnaire spécifique, mais il s'agit plutôt d'analyser la **concordance** des réponses du patient et du médecin, après que ce dernier se soit mis dans la peau de son patient en imaginant comment il réagirait.

Nous avons sélectionné le premier, la **BREF IPQ**, questionnaire de représentation de la maladie, faisant appel de préférence aux facultés **cognitives** du médecin. Le second, la **BDI-II**, échelle de dépression, nous semblait renvoyer plutôt aux émotions du patient, et de ce fait prend en considération la **compréhension émotionnelle** du médecin. Ce choix peut toutefois être discuté.

a) La BREF IPQ (Brief Illness Perception Questionnaire).

Cette échelle a été validée par E. Broadbent, KJ Petrie, J Main, et J. Weinman en 2006¹⁵⁵. Elle propose une alternative à l'IPQ et IPQ-R (Illness Perception Questionnaire Revised), échelles plus exhaustives, étudiant les cinq dimensions de la représentation de la maladie : comment le patient **identifie** sa maladie, ses **conséquences**, ses **causes**, son **évolution** dans le temps, et comment pense-t-il la soigner et la **contrôler**. Plus concise, et donc moins chronophage et plus accessible, la BREF IPQ permet d'être utilisée dans des populations plus larges, notamment pour des patients âgés ou très malades. Elle possède également une **bonne reproductibilité** dans le temps.

Elle comporte **neuf items**. Chacun est confectionné sous la forme d'une question résumant chaque sous-échelle de l'IPQ-R. Les huit premiers sont évalués par une échelle de Likert allant de 0 à 10. Le dernier item (n°9) est une question à réponse libre correspondant à la dimension causale de la maladie «Veillez énumérer par ordre d'importance les trois raisons qui ont - à votre avis - provoqué votre diabète».

Les cinq premiers items explorent la **dimension cognitive** de la représentation, c'est-à-dire les conséquences, l'évolution dans le temps, le contrôle personnel sur la maladie par le traitement, et le niveau d'intérêt pour sa maladie.

Les items 6 et 8 évaluent la **représentation émotionnelle** de la maladie telle que l'implication du patient et ses émotions.

L'item 7 se réfère à la **compréhension de la maladie**. Elle explore la représentation de la maladie en général, mais est aussi bien adaptée pour une pathologie en particulier telle que le diabète. Elle a été d'ailleurs validée chez des patients diabétiques de type 2.

L'item 9 étant une **question ouverte**, il a fallu classer les réponses en **catégories**. Nous avons retenu, a posteriori, neuf catégories pour ranger les raisons évoquées par les patients et les médecins : Alimentation, Stress et dépression, Hérité, Surpoids, Mode de vie et sédentarité, Ne se prononce pas ou pas d'idée, Malchance ou fatalité, Vieillesse, fatigue, Evénement de vie ou pathologie intercurrente. Les réponses des médecins ont pu être ainsi appariées entre elles, par exemple si le médecin répondait «alimentation» et la patient «nourriture», ces deux réponses étaient considérées comme **concordantes**. En revanche, «nourriture» et «obésité» sont classées dans deux catégories différentes, et n'ont donc pas été considérées comme concordantes.

Cette échelle a été utilisée pour mesurer la précision empathique du médecin. Pour cela, il a répondu à ce questionnaire, comme s'il était le patient. La différence de score médecin/patient a été chiffrée, et la **moyenne de ces différences** nommées «delta» a été calculée.

b) La BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition).

La BDI-II est une échelle de **dépression** élaborée par Beck, Steer et Brown en 1996¹⁵⁶. C'est une version élaborée à partir de la BDI classique, et de la version BDI-1A (Amended version of Beck Depression Inventory), version amendée qui a supprimé les termes alternatifs et les doubles négations visant à clarifier le questionnaire. La BDI-II diffère de cette dernière par quatre items (agitation, perte d'estime de soi, perte d'énergie, difficulté de concentration). Le

critère de temps a été modifié, porté à deux semaines, selon la définition du DSM-IV. Elle comprend **21 items** : tristesse, pessimisme envers l'avenir, sentiment d'échec, perte de satisfaction/plaisir, sentiment de culpabilité, d'être puni, sentiment négatif envers soi-même, de reproche à l'égard de soi-même, idées suicidaires, crise de larmes, agitation, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, trouble du sommeil, irritabilité, modification de l'appétit, difficultés de concentration, perte d'énergie, fatigue, libido. Chaque catégorie décrit une manifestation du comportement spécifique de la dépression et est composée d'une série de quatre à cinq états, classés en fonction du degré de gravité allant de « absence de symptôme » à « très grave ». Une valeur numérique allant de 0 à 3 est donnée à chaque proposition afin d'évaluer la sévérité du symptôme.

Le score total est obtenu par l'addition des scores de chaque item, allant de 0 à 63. Les seuils permettant de départager la sévérité des symptômes de dépression s'organisent ainsi : 0-13 état dépressif minimal, 14-19 état dépressif léger, 20-28 état dépressif modéré, 29-63 état dépressif sévère.

5. La DDPQ-10 Fr (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire à 10 items version française).

Cette échelle est la version française raccourcie de la DDPQ, questionnaire de trente items, permettant **d'identifier les « patients difficiles »**¹⁵⁷. Chaque item est évalué par une échelle de Likert allant de 0 « jamais » à 4 « toujours ». Ce questionnaire a été validé par l'équipe de Steven R Hahn en 1994. Lors de la validation, il a été montré que les caractéristiques démographiques et les caractéristiques du professionnel influençaient peu les réponses de cette échelle. Elle explore cinq dimensions : la demande irritante du patient, malaise du médecin face au patient, capacité de communication, la dimension autodestructrice du patient, l'attraction du patient.

La version utilisée dans cette étude comporte **dix items**. Les items 6, 7, et 10 sont inversés. Les scores sont ensuite additionnés, allant de 0 à 40. Elle peut être utilisée comme variable continue, mais il est possible également de déterminer un cut off, évalué par Steven R Hahn à un écart type par rapport à la moyenne. Nous n'utiliserons ici que la variable **linéaire**. Il est intéressant de prendre en compte ce questionnaire, qui représente la difficulté de la relation médecin-patient. Ainsi, il est intéressant d'analyser s'il existe un lien entre empathie, burn out, et relation médecin-patient difficile.

D. RECUEIL DE DONNEES

1. Méthodes d'analyse statistique

a) Logiciel utilisé

Les données ont été analysées par le logiciel de statistiques **SPSS Statistics 17.0**. Les données ont également été mises en formes et exploitées par Microsoft Office Excel 2007.

b) Analyse de 2 variables qualitatives

Afin de comparer les différents pourcentages de différents groupes, le test de **Khi2** a été utilisé afin de vérifier si la différence de pourcentages entre les groupes est significative ou non. Le principe général consiste à analyser l'écart existant entre la distribution théorique postulée et la distribution empirique obtenue, avec un résultat significatif si le degré de signification $p < 0,05$.

c) Analyse d'une variable qualitative avec une variable quantitative

Les **comparaisons de moyennes Anova** ont été employées, avec analyse de la variance F pour comparer les scores de groupes indépendants de sujets sur une variable quantitative. De manière simplifiée, il s'agit de regarder si la variation entre les groupes est plus importante que la variation à l'intérieur des groupes. S'il existe de grandes différences entre les groupes, mais qu'à l'intérieur de chacun des groupes, les sujets ont approximativement le même score, l'analyse de variance tendra à être significative, avec $p < 0,05$.

d) Analyse de 2 variables quantitatives

Les **corrélations bivariées** ont été utilisées dans ce cas. Il s'agit d'étudier les variations de l'une en fonction de l'autre. Le coefficient de corrélation (C) est une mesure d'association entre deux variables quantitatives faisant jouer des rôles symétriques aux deux variables, faisant supposer une relation linéaire. Il est toujours compris entre -1 et +1. Le zéro correspond à l'indépendance linéaire des deux variables.

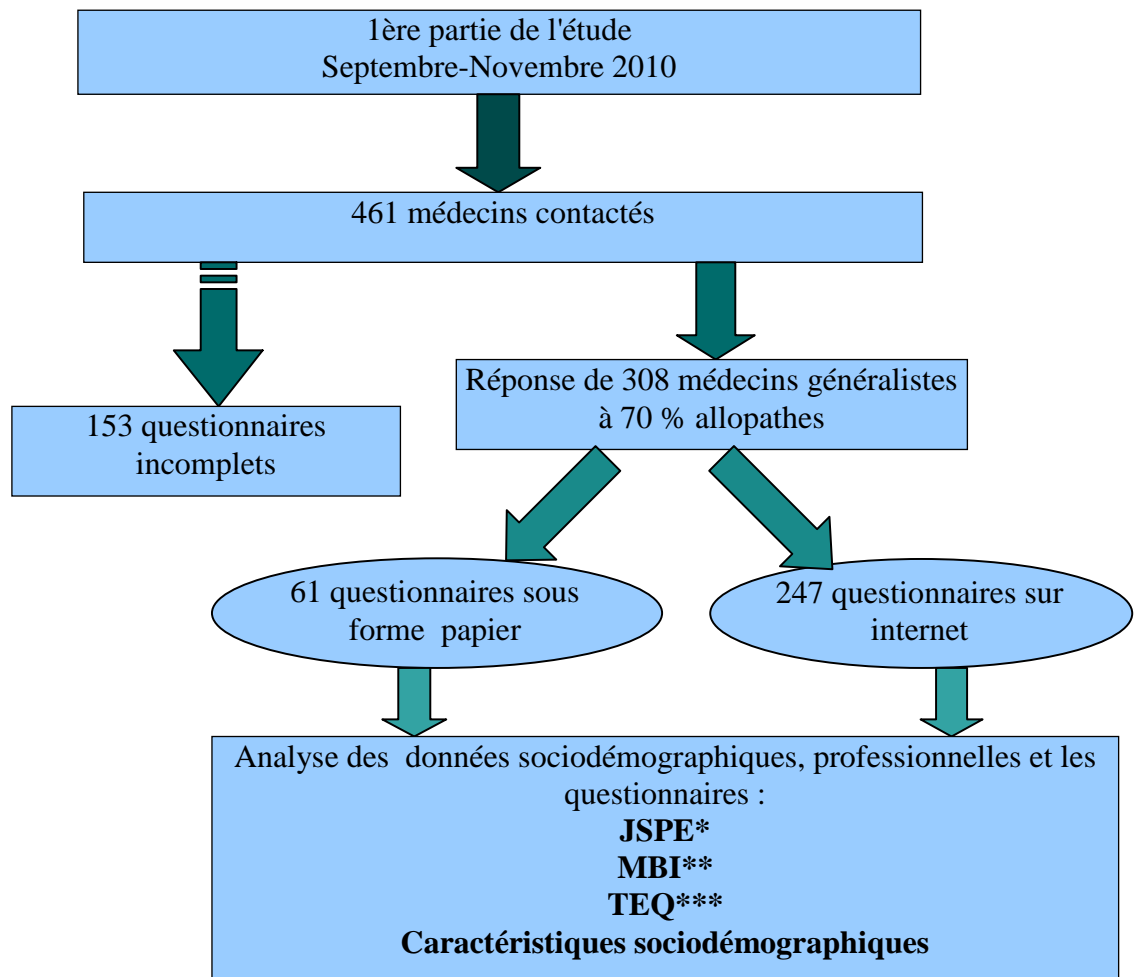
IV. RESULTATS DE L'ETUDE

A. PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE

1. Déroulement

Le recueil des données s'est effectué de septembre à novembre 2010. Les médecins généralistes ont remplis en ligne sur internet ou sous format papier la JSPE version française, la TEQ, la MBI, et un questionnaire de données sociodémographiques avec l'âge, le sexe, le statut marital, le nombre d'enfants, le niveau socio professionnel des parents, les problèmes de santé dans la famille, si une psychothérapie a été réalisée. Un questionnaire de données professionnelles permettait de préciser l'organisation professionnelle avec le nombre d'années d'installation, le nombre de consultation par semaine, la durée moyenne de consultation, le nombre de visites à domicile par semaine, le milieu d'installation, la présence d'un secrétariat, le travail seul ou en groupe... Des données sur la formation professionnelle ont également été recueillies précisant la participation à une société savante, à une formation spécifique à la relation médecin-patient, le fait d'être formateur ... La figure 8 résume le protocole de cette première partie.

Figure 8 : Protocole de la première partie de l'étude



* Jefferson Scale of Physician Empathy

** Maslach Burn out Inventory

*** Toronto Empathy Questionnaire

2. Description de la population de la 1^{ère} partie de l'étude

Dans la première partie de l'étude, 308 médecins généralistes ont répondu au questionnaire soit sur internet, soit sur version papier.

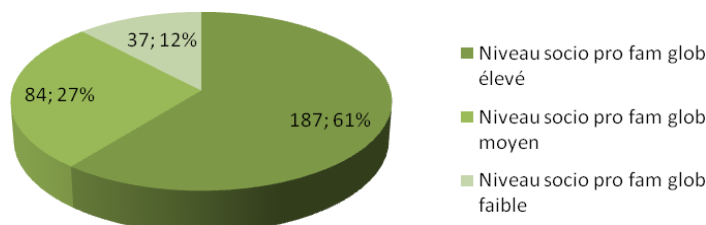
a) Caractéristiques sociodémographiques et organisation professionnelle des médecins

Tableau 3: Données sociodémographiques de la première partie de l'étude

	<i>N</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Sexe		
<i>Homme</i>	158	51,3
<i>Femme</i>	150	48,7
Age moyen	51,1	Mini 27- Maxi 75

La proportion de femmes dans cet échantillon est de 48,7%, elles sont presque aussi nombreuses que les hommes.

Figure 9 : Niveau socioprofessionnel familial global dans la population de la première partie de l'étude



Pour étudier le niveau socioprofessionnel familial, les médecins ont indiqué la profession et le niveau d'éducation de chacun de leurs parents, chacun a été ensuite codé en trois catégories : niveau socioprofessionnel élevé équivalent à 1 (NSP 1), NSP moyen codé par 2 (NSP 2) et NSP bas correspondant à 3 (NSP 3). Cela donne quatre notes pour chaque médecin. Le niveau socioprofessionnel familial est obtenu en retenant la note la plus favorable des deux parents (cf. Annexe p.203).

61 % des médecins ont un niveau socioprofessionnel familial élevé, et 12% des médecins ont un niveau socioprofessionnel familial faible.

Figure 11 : Statut marital dans la population de la première partie de l'étude

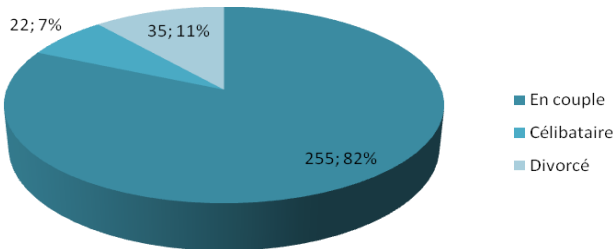
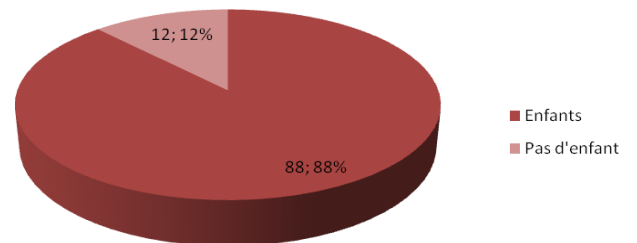


Figure 10 : Répartition des médecins ayant des enfants dans la première partie de l'étude



82% des médecins vivent en couple, 11% sont divorcés. 88% des médecins ont un ou plusieurs enfants.

Figure 13 : Conflits familiaux dans l'enfance. Première partie de l'étude

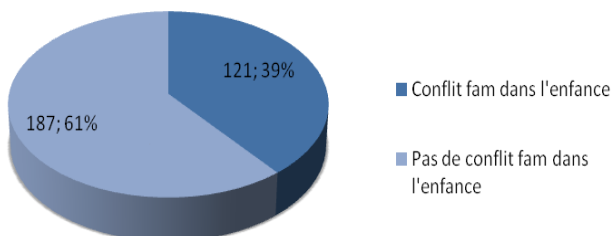
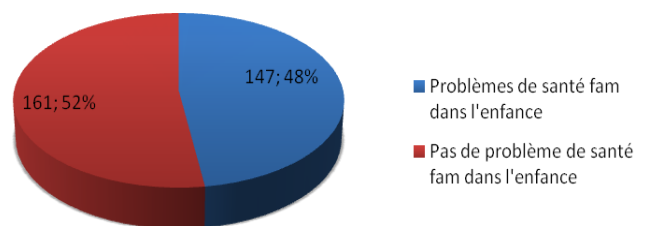
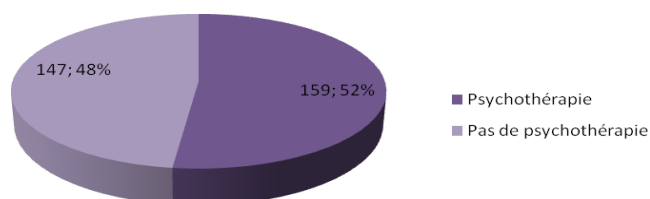


Figure 12 : Répartition des médecins ayant rencontré des problèmes de santé familiaux dans l'enfance. Première partie de l'étude



39% des médecins ont rencontré des conflits familiaux dans l'enfance. 48% ont rencontré des problèmes de santé familiaux dans l'enfance.

Figure 14 : Psychothérapie chez les médecins de la première partie de l'étude



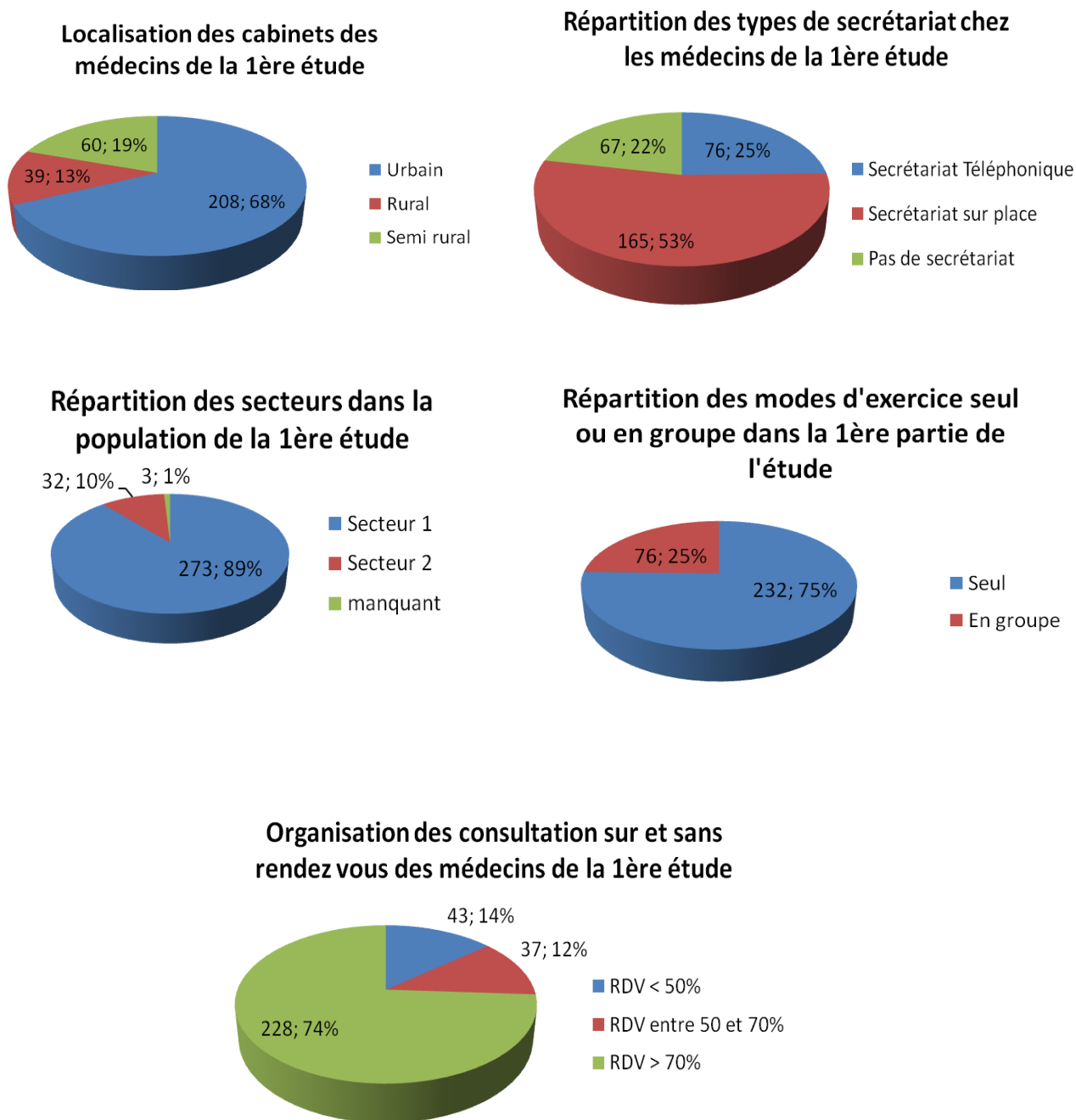
52% des médecins de cet échantillon effectuent ou ont effectué une psychothérapie.

Tableau 4 : Organisation du médecin dans la première partie de l'étude

	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart type</i>
<i>Nombre d'années d'installation</i>	0	46	19,88	10,65
<i>Nombre d'années d'exercice</i>	1	50	22,86	9,98
<i>Nombre de consultations/sem</i>	15	280	91,73	33,29
<i>Nombre de visites/sem</i>	0	50	6,65	7,05
<i>Durée de consultation (min)</i>	8,00	60,00	20,19	5,94

Dans cet échantillon, les médecins exercent en moyenne 22,9 années, effectuent en moyenne 91,7 consultations par semaine, allant du simple au triple. Ils effectuent en moyenne 6,7 visites à domicile par semaine. La durée moyenne de consultation est de 20,2 minutes.

Figure 15: Condition de travail des médecins dans la première partie de l'étude



Dans cet échantillon, 68% des médecins exercent en milieu urbain, et 13% en milieu rural.

78% des médecins ont un secrétariat dont les 2/3 ont un secrétariat sur place.

89% des médecins sont installés en secteur 1.

75% des médecins exercent seuls.

74% des médecins consultent à plus de 70% sur rendez vous.

Tableau 5: Comparaison du nombre de consultations par semaine entre les deux sexes par le test de Khi2

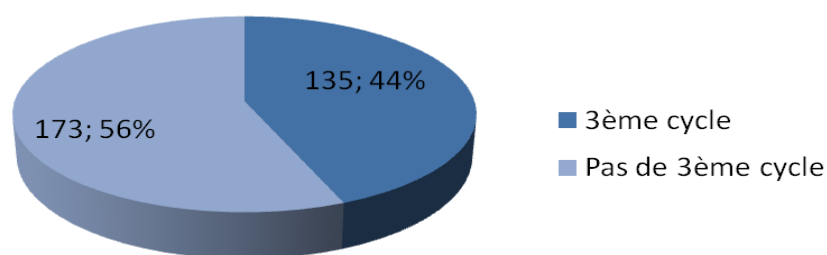
	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
<i>> Ou = 100 consultations</i>	56	35,4	28	18,7	10,919	0,001
<i>< 100 consultations</i>	102	64,6	122	81,3		
<i>Total</i>	158	100	150	100		

Les hommes sont plus nombreux à réaliser plus de 100 consultations par semaine que les médecins généralistes femmes avec le test Khi2 (χ 10,919 ; $p= 0,001$).

b) Formation initiale et continue.

Nous réaliserons les pourcentages sur la population totale des 308 médecins généralistes. Les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses, du fait qu'ils pouvaient cumuler plusieurs formations, et plusieurs sociétés savantes.

Figure 16: Réalisation d'un 3ème cycle chez les médecins généralistes de la première partie de l'étude



44% des médecins ont effectué un troisième cycle

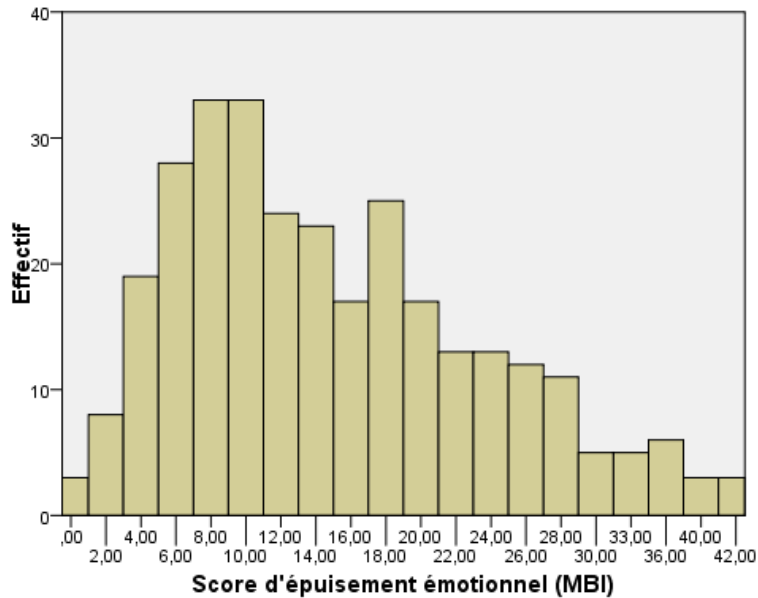
Tableau 6 : Formation initiale et continue des médecins de la première partie de l'étude

	<i>N</i>	<i>Pourcentage (sur 308)</i>
<i>Participation à une société savante</i>	219	71.1
<i>SFMG</i>	80	26
<i>SFTG</i>	45	14.6
<i>AFMG</i>	15	4.9
<i>Balint</i>	59	19.2
<i>Autre</i>	86	27.9
<i>Pas de participation à société savante</i>	89	28.9
<i>Form spé à relation médecin-malade</i>	258	83.8
<i>Formation initiale</i>	41	13.3
<i>Formation continue</i>	130	42.2
<i>Groupe Balint</i>	122	39.6
<i>Groupe de pairs</i>	116	37.7
<i>DU</i>	22	7.1
<i>Autre</i>	58	18.8
<i>Pas de formation spécifique à la relation médecin-malade</i>	50	16.2
<i>Formateur</i>	191	62
<i>Formation initiale</i>	80	26
<i>Formation continue</i>	102	33.1
<i>Maître de stage</i>	155	50.3
<i>Pas formateur</i>	117	38

83.8% des médecins interrogés déclarent avoir participé à une formation à la relation médecin-malade. Dans 13.3 % des cas, elle se passait dans le cadre de la formation initiale. Un médecin généraliste sur deux de l'échantillon est maître de stage. Respectivement, 39,6% et 37,7% des médecins généralistes participent à un groupe Balint, ou à un groupe de pairs.

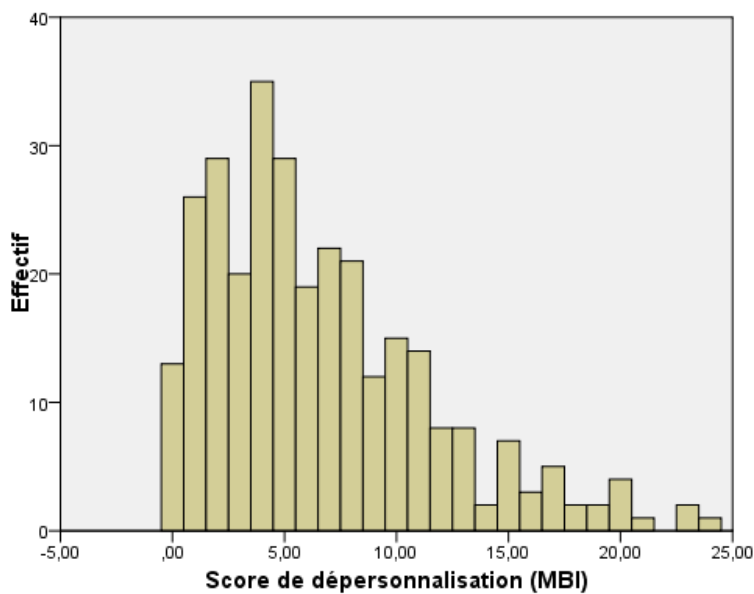
c) Etude du burn out

Figure 17 : Répartition des scores d'épuisement émotionnel (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude



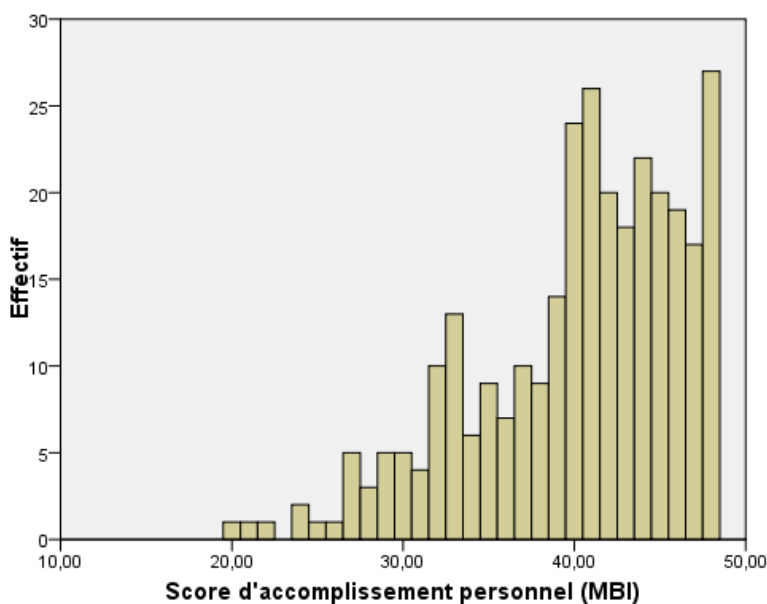
Les scores d'épuisement émotionnel des médecins généralistes sont répartis telle une courbe de Gauss, légèrement décalée vers les scores peu élevés.

Figure 18 : Répartition des scores de dépersonnalisation (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude



Les scores de dépersonnalisation des médecins sont plutôt décalés vers les scores bas. Il reste cependant quelques médecins avec des scores très élevés.

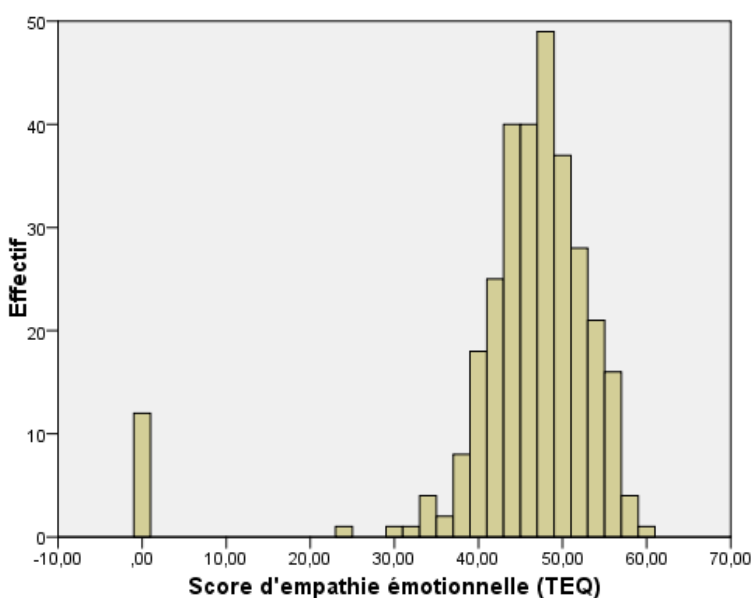
Figure 19 : Répartition des scores d'accomplissement personnel (MBI) chez les médecins de la première partie de l'étude



Les scores d'accomplissement personnel des médecins généralistes sont plutôt élevés, aucun des médecins interrogés ne possède de score très faible.

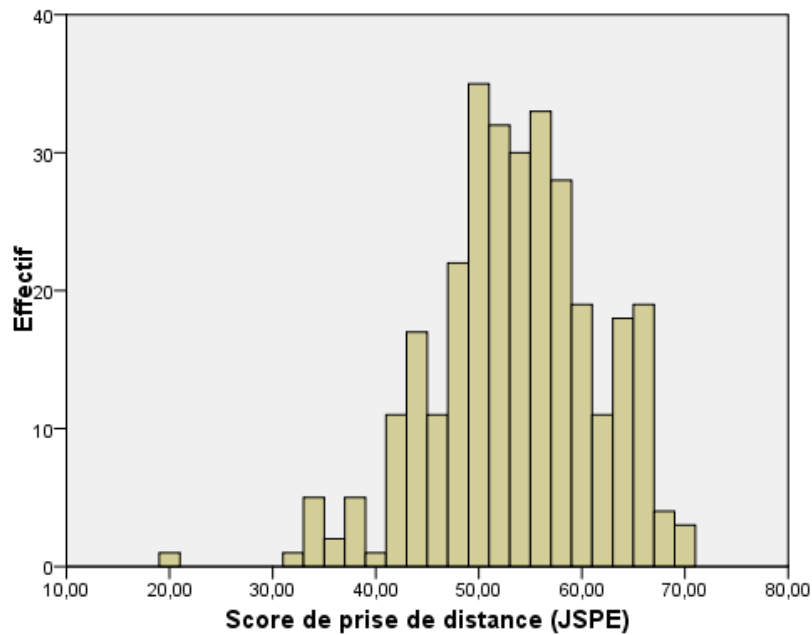
d) Etude de l'empathie

Figure 20 : Répartition des scores d'empathie émotionnelle (TEQ) chez les médecins de la première partie de l'étude



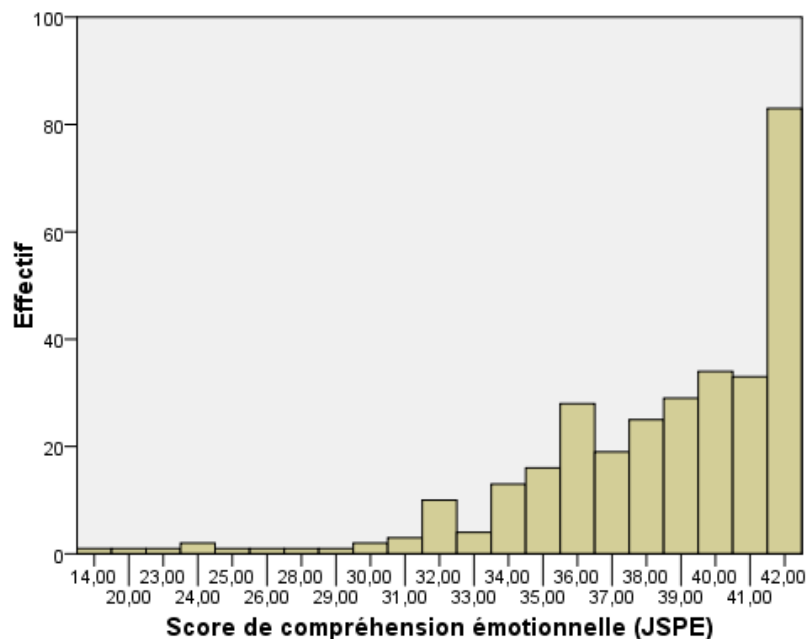
Les scores d'empathie émotionnelle décrivent une courbe de Gauss, avec une répartition relativement étroite, centrée sur les scores très élevés.

Figure 21 : Répartition des scores de prise de distance (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude



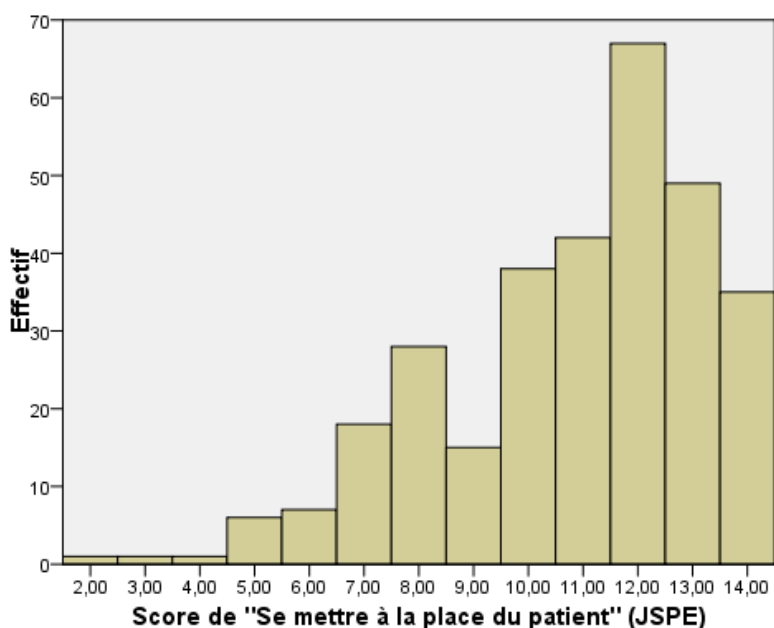
La répartition est homogène, suivant également une courbe de Gauss. Les scores sont également assez élevés, mais plus étalés que pour l'empathie émotionnelle.

Figure 22 : Répartition des scores de compréhension émotionnelle (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude



La répartition des scores de compréhension émotionnelle est décalée sur la droite, avec une majorité de scores très élevés.

Figure 23 : Répartition des scores de « se mettre à la place du patient » (JSPE) chez les médecins de la première partie de l'étude



La répartition des scores d'empathie « se mettre à la place du patient » des médecins généralistes de cette partie de l'étude est large, avec une majorité de scores élevés.

e) Mesure du burn out dans l'échantillon de médecins généralistes

Tableau 7 : Répartition des trois dimensions du burn out dans la population de la première partie de l'étude

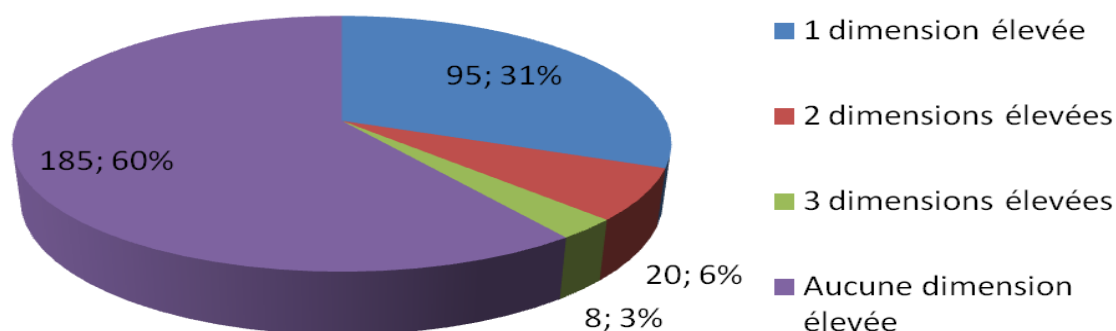
	<i>Faible</i>		<i>Elevé</i>		<i>Manquant</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	226	73,4	74	24	8	2,6	308
<i>Épuisement émot (MBI)</i>	267	86,4	33	11	8	2,6	308
<i>Accomp personnel (MBI)</i>	52	16,9	248	80,5	8	2,6	308

24% des médecins ont un score d'épuisement émotionnel élevé, 11% un score de dépersonnalisation élevée, et 16,9% ont un score d'accomplissement personnel faible.

39,9% des médecins interrogés ont au moins une dimension du burn out élevée.

Si l'on considère le critère de burn out épuisement émotionnel et/ou dépersonnalisation élevées, 29,7% répondent à cette définition.

Figure 24 : Répartition des scores élevés des 3 dimensions du burn out chez les médecins de la première partie de l'étude



60% de cette population de médecin n'a aucune des trois dimensions élevée, et 3% des médecins ont les trois dimensions du burn out élevées (nous comprendrons dans cette tournure : épuisement émotionnel élevé, dépersonnalisation élevée, accomplissement personnel faible).

3. Recherche de liens entre burn out, empathie, et données sur la démographie, la pratique, et la formation des médecins généralistes

Nous analyserons maintenant de manière symétrique l'empathie et le burn out en fonction des données sociodémographiques, de la formation et de l'organisation des médecins dans la 1^{ère} partie de l'étude.

a) Burn out et données sociodémographiques

Comme nous l'avons évoqué tout à l'heure dans la description de l'échelle MBI, nous allons maintenant utiliser comme définition de burn out sévère le fait que le score de la dimension « épuisement émotionnel » et/ou la dimension « dépersonnalisation » est élevé¹⁰¹.

Tableau 8 : Comparaison de moyenne Anova des dimensions du burn out en fonction du sexe

	<i>Homme. N= 154</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Femme. N=147</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuisement émotionnel (MBI)</i>	13,3 (9,18)	15,7 (8,58)	0,019
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	7,2 (5,06)	6,05 (4,86)	0,051
<i>Accomplissement personnel (MBI)</i>	40,3 (5,86)	40,1 (6,32)	0,82

Le score d'épuisement émotionnel est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les autres scores de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel ne diffèrent pas de manière significative entre les deux sexes.

Tableau 9 : Comparaison du burn out en fonction du sexe par le test de Khi2

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>		χ^2	<i>p</i>
	N	%	N	%		
<i>Pas de burn out sévère</i>	98	64,05	113	76,87	5,904	0,015
<i>Burn out sévère</i>	55	35,95	34	23,13		
<i>Total</i>	153	100	147	100		

Si l'on considère la définition du burn out décrite ci-dessus, le test Khi2 révèle que les hommes sont significativement plus en burn out que les femmes (χ^2 5,904, p 0,015).

Tableau 10 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du statut marital

	<i>Célibataire N=56</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>En couple N= 243</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuisement émotionnel (MBI)</i>	16,2 (9,34)	14,1 (8,84)	0.104
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	7,3 (6,09)	6,5 (4,69)	0.235
<i>Accomp personnel (MBI)</i>	39 (6,02)	40,5 (6,07)	0.106
<i>Burn out</i>	32,8 (16,91)	28,1 (14,44)	0.035

Le score global de burn out est significativement plus élevé chez les médecins célibataires, mais les scores des dimensions du burn out prises séparément ne diffèrent pas significativement par rapport au statut marital.

Tableau 11 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la présence d'enfants

	<i>Enfants. N= 36</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas d'enfant. N= 265</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuisement émotionnel (MBI)</i>	14,83 (9,04)	12 (8,07)	0,07
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	6,68 (4,92)	6,25 (5,53)	0,63
<i>Accomp personnel (MBI)</i>	40,15 (6,2)	40,42 (5,19)	0.807
<i>Burn out</i>	29,37 (15,06)	25,83 (14,55)	0.186

Il n'existe pas de lien significatif entre les dimensions du burn out et le fait ou non d'avoir des enfants.

Tableau 12 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la réalisation d'une psychothérapie par le médecin généraliste

	<i>Psychothérapie. N= 155</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de psychothérapie. N=143</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuis émot (MBI)</i>	15,8 (9,69)	13 (7,89)	0.006
<i>Déperson (MBI)</i>	6,3 (5)	7 (5)	0.263
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,3 (6,35)	40,2 (5,8)	0.913
<i>Burn out</i>	29,9 (16,11)	27,7 (13,76)	0.212

Les médecins réalisant ou ayant réalisé une psychothérapie ont un score d'épuisement émotionnel significativement plus élevé

Tableau 13 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du niveau socioprofessionnel familial

	<i>NSP fam 1. N=181</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>NSP fam 2. N=83</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>NSP fam 3. N=37</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuis émot (MBI)</i>	14,6 (9,03)	14,1 (9,29)	14,8 (8,05)	0,887
<i>Déperson (MBI)</i>	6,65 (4,96)	6,46 (5,1)	6,89 (5)	0,904
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,28 (6,21)	40,18 (6)	39,7 (5,75)	0,871
<i>Burn out</i>	28,94 (14,6)	28,46 (16,84)	30,03 (12,87)	0,872

Il n'y a pas de différence significative entre les scores de burn out et le niveau socioprofessionnel familial global (cf. Annexe p. 203).

Tableau 14 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction du niveau socio professionnel familial

	<i>Pb de santé fam. N= 141</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de pb santé fam. N= 158</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuis émot (MBI)</i>	15,70 (9,41)	13,40 (8,42)	0.026
<i>Déperson (MBI)</i>	6,85 (5,21)	6,43 (4,78)	0.473
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,7 (5,98)	39,7 (6,15)	0.164
<i>Burn out</i>	29,9 (16,21)	28,1 (13,86)	0.291

Le score d'épuisement émotionnel est significativement plus élevé chez les médecins ayant ou ayant eu des problèmes de santé dans leur famille.

b) Burn out et formation

Tableau 15 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la réalisation d'un 3ème cycle des études médicales

	<i>3^{ème} cycle. N=133</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de 3^{ème} cycle. N=167</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuisement émot (MBI)</i>	14,1 (8,71)	14,8 (9,17)	0,454
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	6,5 (4,73)	6,7 (5,19)	0,646
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,6 (5,98)	39,8 (6,15)	0,247
<i>Burn out</i>	27,9(14,33)	29,8 (15,52)	0,263

Il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'avoir réalisé un 3^{ème} cycle et les trois dimensions du burn out.

Tableau 16 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la participation à une formation spécifique de la relation médecin-patient

	<i>Formation spé. N= 245</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de form spé. N= 55</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Epuisement émot (MBI)</i>	14,5(8,95)	14,6 (9,11)	0,945
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	6,6 4,8)	6,6 (5,63)	0,965
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,3 (6,03)	39,8 (6,36)	0,640
<i>Burn out</i>	28,9 (14,86	29,3 (15,82)	0,834

Il n'existe pas de lien significatif entre burn out et le fait de participer ou non à une formation spécifique à la relation médecin-patient.

Tableau 17 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de la participation à une formation spécifique Balint

	<i>Form Balint. N= 116</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de form Balint. N= 184</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Epuisement émot (MBI)</i>	14,21 (8,57)	14,66 (9,22)	0,672
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	6,6 (4,58)	6,65 (5,24)	0,937
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,21 (6,2)	40,17 (6,02)	0,958
<i>Burn out</i>	28,67 (14,88)	29,12 (15,14)	0,804

La participation à une formation Balint n'entraîne pas de différence significative sur les scores de burn out.

Tableau 18 : Comparaison de moyennes Anova des scores des dimensions du burn out en fonction de l'adhésion à la société Balint

	<i>Adhérent Balint. N= 56</i>	<i>Non adhérent Balint. N = 244</i>	<i>p</i>
	<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
<i>Épuisement émot (MBI)</i>	14,1 (8,46)	14,6 (9,09)	0.696
<i>Déperson (MBI)</i>	5,35 (4,16)	6,93 (5,12)	0.032
<i>Accomp perso (MBI)</i>	39,91 (7,53)	40,25 (5,7)	0.710
<i>Burn out</i>	27,63 (15,87)	29,25 (14,83)	0.467

Les médecins adhérant à la société Balint ont un score significativement plus faible de dépersonnalisation.

Tableau 19 : Comparaison des scores d'accomplissement personnel en fonction de l'adhésion à la société Balint par le test Khi²

	<i>Non adhérent Balint</i>		<i>Adhérent Balint</i>		χ^2	<i>p</i>
	N	%	N	%		
<i>Accomp perso faible (MBI)</i>	36	14,75	16	28,57	6,069	0,014
<i>Accomp perso élevé (MBI)</i>	208	85,25	40	71,43		
<i>Total</i>	244	100	56	100		

Au test Khi², les adhérents à la société Balint ont un score d'accomplissement personnel significativement plus faible que les non adhérents (χ^2 6.069, p 0.014).

Tableau 20 : Comparaison entre les différents scores de burn out et le fait d'être formateur par le test Khi²

		<i>Formateur</i>		<i>Pas formateur</i>		χ^2	<i>p</i>
		N	%	N	%		
<i>Burn out</i>	<i>Faible</i>	122	65,9	89	77,4	4,452	0,023
	<i>Elevé</i>	63	34,1	26	22,6		
<i>Épuisement émot (MBI)</i>	<i>Faible</i>	168	90,3	100	87	0,825	0,235
	<i>Elevé</i>	17	9,7	15	13		
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	<i>Faible</i>	131	70,8	95	82,6	5,312	0,014
	<i>Elevé</i>	54	29,2	20	17,4		
<i>Accomp perso (MBI)</i>	<i>Faible</i>	25	13,5	27	23,5	4,914	0,021
	<i>Elevé</i>	160	86,5	88	76,5		
<i>Total</i>		185	100	115	100		

Au test de Khi 2, Les formateurs sont plus en burn out (dépersonnalisation et/ou épuisement émotionnel élevés) (χ^2 4,452 p 0,023). Ils sont plus dépersonnalisés (χ^2 5,312 p 0,014) et ont un score d'accomplissement personnel significativement plus élevé (χ^2 4,914 p 0,021).

c) Burn out et conditions d'exercice

Tableau 21 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et la durée de consultation

	<i>Durée < 20 min. N= 98</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Durée > 20 mi. N= 201</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuis émot (MBI)</i>	15,03 (8,89)	14,23 (9,03)	0,47
<i>Déperson (MBI)</i>	7,87 (5,32)	6,03 (4,73)	0,003
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,01 (6,23)	14,2 (6,01)	0,88
<i>Burn out</i>	30,77 (16,03)	28,1 (14,5)	0,15

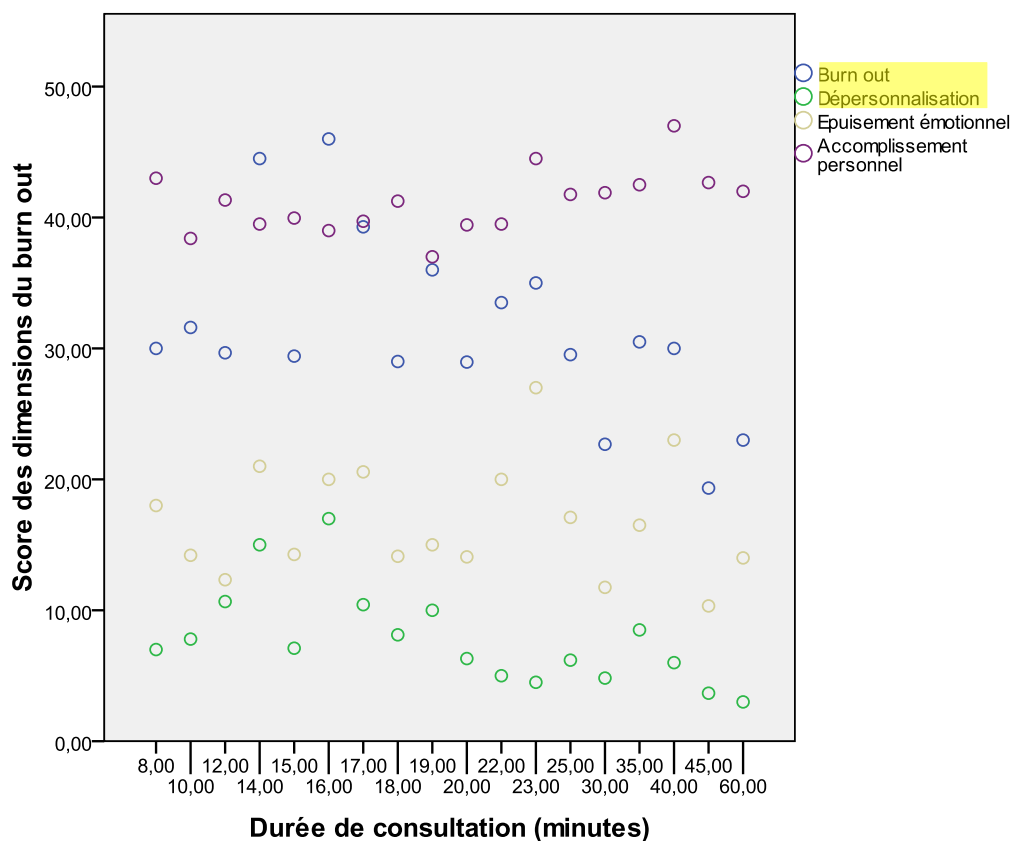
Les médecins réalisant des consultations de 20 minutes ou plus ont un score de dépersonnalisation significativement plus faible qu'en cas de consultation de durée inférieure à 20 minutes.

Tableau 22 : Corrélacion entre durée de consultation et les dimensions du burn out

	<i>Durée de consultation</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Epuisement émotionnel (MBI)</i>	- 0,49	0,395
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	- 0,166	0,004
<i>Accomplissement personnel (MBI)</i>	0,11	0,058
<i>Burn out (MBI)</i>	- 0,13	0,03

La durée de consultation est corrélée négativement de façon significative au score de dépersonnalisation et au score global de burn out. Plus la durée de consultation est courte, plus les scores de dépersonnalisation et de burn out sont élevés.

Figure 25 : Corrélation entre les scores des dimensions du burn out et la durée de consultation



La corrélation entre burn out, dépersonnalisation et la durée de consultation est statistiquement significative. Plus les médecins sont dépersonnalisés et ont un score de burn out global élevé, plus la durée de consultation est courte.

Tableau 23 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et le nombre de consultations par semaine

	≥ 120 Cons/sem. N=66 Moy (ET)	< 120 cons/sem. N=235 Moy (ET)	<i>p</i>
Épuisement émot (MBI)	15,49 (9,16)	14,21 (8,9)	0,307
Dépersonnalisation (MBI)	7,19 (4,88)	6,47 (5,02)	0,309
Accomp perso (MBI)	39,46 (7,11)	40,39 (5,76)	0,271
Burn out (MBI)	31,17 (16,35)	28,33 (14,6)	0,177

Il n'y a pas de lien significatif entre le nombre de consultations par semaine et les scores de burn out.

Tableau 24 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores des dimensions du burn out et le secteur conventionnel

	<i>Secteur 1. N= 266</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Secteur 2. N= 32</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>Épuisement émot (MBI)</i>	14,71 (9,14)	12,84 (7,65)	0,268
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	6,66 (5,03)	6,03 (4,74)	0,499
<i>Accomp perso (MBI)</i>	40,18 (6,12)	39,9 (5,96)	0,811
<i>Burn out</i>	29,18 (15,18)	27,16 (14,08)	0,482

Il n'existe pas de lien significatif entre les différentes dimensions du burn out et le secteur conventionnel des médecins.

d) Empathie et données sociodémographiques

Dans ces résultats, nous avons distingué empathie émotionnelle et empathie cognitive.

Tableau 25 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le sexe

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Homme. N= 158</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Femme. N= 150</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,18 (9,71)	45,4 (11,13)	0,3
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émotionnelle)</i>	10,63 (2,4)	11,07 (2,42)	0,11
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	37,89 (3,81)	38,83 (4,2)	0,039
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	53,1 (7,51)	3,2 (8,26)	0,95

Les femmes ont un score de compréhension émotionnelle significativement plus élevé que les hommes.

Tableau 26 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le statut marital

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Couple. N =250</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Célib. N=58</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,59 (10,92)	45,55 (7,99)	0,53
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émotionnelle)</i>	10,77 (2,39)	11,14 (2,52)	0,3
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	38,59 (3,6)	37,29 (7,42)	0,027
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	53,35 (7,97)	52,16 (7,4)	0,3

Les médecins en couple ou divorcés ont un score d'empathie « compréhension émotionnelle » significativement plus élevé.

Tableau 27 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait d'avoir des enfants

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Pas d'enfant. N= 37</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Enfants. N= 271</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	46,32 (5,54)	44,56 (10,91)	0,34
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émotionnelle)</i>	11,6 (2)	10,74 (2,45)	0,043
	<i>Compr émot (E émotionnelle)</i>	38,73 (3,11)	38,3 (4,14)	0,54
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	52,14 (7,1)	53,26 (7,97)	0,42

Les médecins ayant des enfants ont un score d'empathie « se mettre à la place du patient » ou empathie affective significativement plus faible que ceux n'ayant pas d'enfant.

Tableau 28 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait de réaliser une psychothérapie

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Pas de psychot n= 147</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Psychot. N= 159</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,31 (10,67)	45,22 (10,24)	0,45
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émotionnelle)</i>	10,71 (2,47)	10,99 (2,35)	0,3
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	38,06 (3,83)	38,67 (4,18)	0,18
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	51,95 (7,70)	54,34 (7,77)	0,007

Les médecins suivant ou ayant suivi une psychothérapie ont un score d'empathie « prise de distance » ou empathie cognitive significativement plus élevé.

Tableau 29 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le niveau socioprofessionnel familial

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>NSP fam 1</i> <i>N= 187</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>NSP fam 2</i> <i>N =84</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>NSP fam 3</i> <i>N=37</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,68 (10,13)	45,6 (10,38)	43,35 (12,03)	0,54
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émot)</i>	11,04 (2,34)	10,57 (2,5)	10,46 (2,59)	0,2
	<i>Comp émot (E émot)</i>	38,83 (3,55)	37,52 (4,75)	37,76 (4,27)	0,029
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	52,88 (8,04)	53,25 (7,95)	54,08 (6,87)	0,69

Les médecins ont indiqué la profession et le niveau d'éducation de chacun de leurs parents, chacun a été ensuite codé en trois catégories : niveau socioprofessionnel élevé équivalent à 1 (NSP 1), NSP moyen codé par 2 (NSP 2) et NSP bas correspondant à 3 (NSP 3). Le niveau socioprofessionnel familial est obtenu en retenant la note la plus favorable des deux parents (cf. Annexe p. 203).

Le score d'empathie « compréhension émotionnelle » est significativement plus élevé chez les médecins venant de familles ayant un haut niveau socioprofessionnel familial.

Tableau 30 : Comparaison de moyennes Anova des scores d'empathie TEQ et JSPE en fonction de l'existence de problèmes de santé familiaux

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Pb santé fam. N= 147</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de pb santé fam. N =161</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	Empathie émotionnelle	44,93 (10,7)	44,63 (10,16)	0,589
JSPE	A la place du P (E émot)	10,61 (2,46)	11,05 (2,37)	0,798
	Comp émot (E émot)	38,51 (3,66)	38,2 (4,35)	0,113
	P de distance (E cog)	53,38 (7,91)	52,89 (7,85)	0,499

Les problèmes de santé familiaux n'ont pas d'incidence significative sur les scores d'empathie.

e) Empathie et formation

Dans ces résultats, nous avons distingué empathie émotionnelle et empathie cognitive.

Tableau 31 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la réalisation d'un 3ème cycle des études médicales

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>3^{ème} cycle. N=135</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de 3^{ème} cycle. N=173</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	Empathie émotionnelle	46,3 (9,45)	43,58 (11)	0,023
JSPE	A la place du P (E émot)	10,88 (2,54)	10,81 (2,32)	0,795
	Comp émot (E émot)	38,63 (3,44)	38,13 (4,43)	0,278
	P de distance (E cognitive)	53,5 (8,02)	52,84 (7,77)	0,467

Il existe un lien significatif positif entre le score d'empathie émotionnelle et le fait d'avoir réalisé un troisième cycle.

Tableau 32 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la réalisation d'une formation spécifique à la relation médecin-patient

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Form spé. N=252</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de form spé. N=56</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,65 (10,42)	45,32 (10,52)	0,664
JSPE	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,81 (2,38)	10,98 (2,58)	0,63
	<i>Comp émot (E émot)</i>	38,39 (4,01)	38,18 (4,13)	0,729
	<i>P de distance (E cog)</i>	53,4 (7,92)	51,89 (7,61)	0,195

Il n'existe pas de lien significatif entre la réalisation d'une formation spécifique à la relation médecin-patient quelle qu'elle soit et les scores d'empathie.

Tableau 33 : Comparaison de moyennes Anova des scores d'empathie TEQ et JSPE en fonction de la participation à une formation spécifique Balint

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Form Balint. N=122</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Pas de form Balint. N=186</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	43,14 (12,39)	45,84 (8,78)	0,026
JSPE	<i>A la place du P(E émot)</i>	10,75 (2,41)	10,9 (2,42)	0,577
	<i>Comp émot (E émot)</i>	38,26 (4,41)	38,4 (3,77)	0,764
	<i>P de distance (E cog)</i>	53,48 (7,26)	52,9 (8,26)	0,53

Les médecins réalisant une formation Balint ont un score d'empathie émotionnelle significativement plus faible.

Tableau 34 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'adhésion à la société Balint

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Adhérent Balint. N=59</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Non adh Balint. N=249</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	43,5 (12,52)	45,07 (9,87)	0,301
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émot)</i>	11,02 (2,35)	10,8 (2,44)	0,535
	<i>Comp émot (E émot)</i>	37,75 (5,25)	38,49 (3,68)	0,202
	<i>P de distance (E cog)</i>	53,03 (8,96)	53,15 (7,61)	0,92

Les scores d'empathie des médecins adhérents à la société Balint ne diffèrent pas significativement de ceux des non adhérents.

Tableau 35 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le fait d'être formateur

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Form. N= 191</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Non form. N=117</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,64 (9,71)	44,98 (11,54)	0,647
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,86 (2,37)	10,81 (2,5)	0,782
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	38,31 (4,13)	38,4 (3,88)	0,870
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	53,29 (7,8)	52,86 (8,02)	0,853

Il n'existe pas de lien significatif entre la qualification de formateur et les différents scores d'empathie.

f) Empathie et conditions d'exercice

Dans ces résultats, nous avons distingué empathie émotionnelle et empathie cognitive.

Tableau 36 : Corrélations bivariées entre scores d'empathie et durée de consultation

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Durée de consultation</i>	
		<i>C</i>	<i>p</i>
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	-0,02	0,75
<i>JSPE</i>	<i>Se mettre à la place du patient (E émotionnelle)</i>	0,05	0,4
	<i>Compréhension émotionnelle (E émotionnelle)</i>	0,148	0,01
	<i>Prise de distance (E cognitive)</i>	0,197	0,001

La durée de consultation est corrélée positivement au score d'empathie cognitive « prise de distance » ainsi qu'au score d'empathie émotionnelle « compréhension émotionnelle ». Plus la durée de consultation est longue, plus l'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle « compréhension émotionnelle » sont élevées.

Tableau 37 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le nombre de consultations par semaine

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>< 120 cs/ sem. N=241</i>	<i>≥120 cs/sem. N=67</i>	<i>p</i>
		<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,71 (10,59)	44,99 (9,87)	0,85
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P(E émot)</i>	10,86 (2,4)	10,76 (2,49)	0,76
	<i>Comp émot (E émot)</i>	38,6 (4,12)	37,43 (3,57)	0,035
	<i>P de distance (E cog)</i>	53,46 (7,90)	51,94 (7,72)	0,16

Les médecins réalisant plus de 120 consultations par semaine ont un score d'empathie « compréhension émotionnelle » significativement plus faible.

Tableau 38 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et le secteur conventionnel

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Secteur 1. N=273</i>	<i>Secteur 2. N=32</i>	<i>p</i>
		<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	44,9 (10,15)	43,47 (12,85)	0,46
<i>JSPE</i>	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,91 (2,33)	10,66 (2,61)	0,57
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	38,39 (3,99)	38,59 (3,66)	0,78
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	52,77 (7,85)	55,88 (7,75)	0,035

Les médecins en secteur 2 ont un score d'empathie « prise de distance » significativement plus élevé que les médecins de secteur 1. Afin de vérifier l'indépendance de la durée de consultation dans ce résultat, nous avons recherché une corrélation entre durée de consultation et empathie dans le secteur 2.

Tableau 39 : Corrélations bivariées chez les médecins de secteur 2 entre empathie et durée de consultation

	<i>Empathie émot (TEQ)</i>		<i>A la place du P (E émot) (JSPE)</i>		<i>Comp émot (E émot) (JSPE)</i>		<i>P de distance (E cog) (JSPE)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Durée de cs</i>	0	1	0,158	0,388	0,249	0,170	0,303	0,092

Il n'y a pas de corrélation entre durée de consultation et empathie chez les médecins en secteur 2, le résultat précédent est donc bien indépendant de durée de consultation.

4. Lien entre burn out et empathie ?

Dans ces résultats, nous avons distingué empathie émotionnelle et empathie cognitive.

Tableau 40 : Corrélations bivariées entre les dimensions du burn out et les dimensions de l'empathie

	<i>Burn out</i> (<i>MBI</i>)		<i>Epuis émot</i> (<i>MBI</i>)		<i>Dépersonn</i> (<i>MBI</i>)		<i>Accomp perso</i> (<i>MBI</i>)	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Empathie émot (TEQ)</i>	-0,174	0,002	-0,069	0,235	-0,199	0,001	0,161	0,005
<i>Comp émot (JSPE)</i> <i>E émotionnelle</i>	-0,252	0,000	-0,106	0,067	-0,278	0,000	0,238	0,000
<i>A la place du P (JSPE)</i> <i>E émotionnelle</i>	-0,283	0,000	-0,160	0,005	-0,304	0,000	0,210	0,000
<i>P distance (JSPE)</i> <i>E cognitive</i>	-0,261	0,000	-0,082	0,157	-0,181	0,002	0,367	0,000

Les corrélations entre dimensions **dépersonnalisation et accomplissement personnel et scores d'empathie** sont fortement significatives. L'**épuisement émotionnel** est corrélé uniquement à la dimension empathie affective « **se mettre à la place du patient** ». Dépersonnalisation et accomplissement personnel sont corrélés à toutes les dimensions de l'empathie.

Plus l'empathie émotionnelle « se mettre à la place du patient » est élevée, plus les scores dimensions du burn out « dépersonnalisation » et « épuisement émotionnel » sont faibles, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

Plus l'empathie cognitive « prise de distance » est élevée, plus les scores de burn out global, de dépersonnalisation sont faibles, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

Plus les scores d'empathie émotionnelle TEQ et « compréhension émotionnelle » sont élevés, plus le score de dépersonnalisation est faible, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

Tableau 41 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et les scores des dimensions du burn out

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>BO élevé. N=89</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>B0 faible. n= 211</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	43,76 (11)	46,2 (7,6)	0,028
JSPE	<i>A la place du P (E émotionnelle)</i>	10,07 (2,61)	11,15 (2,26)	0,000
	<i>Comp émot (E émotionnelle)</i>	37,63 (3,98)	38,69 (4,05)	0,042
	<i>P de distance (E cognitive)</i>	51,69 (7,23)	53,74 (8,09)	0,04

Le fait d'être en burn out est statistiquement lié au degré d'empathie, pour toutes les dimensions d'empathie, quelle que soit l'échelle utilisée. Les médecins ayant un burn out sévère ont des scores d'empathie significativement plus faibles.

Tableau 42 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'épuisement émotionnel

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Epuis émot sév. N=33</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>Epuis émot. Fble. N=268</i> <i>Moy (ET)</i>	<i>p</i>
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	45,42 (12,85)	45,49 (8,17)	0,966
JSPE	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,18 (2,52)	10,92 (2,4)	0,099
	<i>Comp émot (E émot)</i>	38,36 (4,14)	38,35 (4,05)	0,986
	<i>P de distance (E cog)</i>	52,21 (8,62)	53,28 (7,83)	0,464

Il n'existe pas de lien significatif dans les comparaisons Anova entre épuisement émotionnel et empathie.

Tableau 43 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et la dépersonnalisation

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Déperson élev. N=74</i>	<i>Déperson fble. N=226</i>	<i>p</i>
		<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	43,26 (10,45)	46,21 (8,06)	0,012
JSPE	<i>A la place du P (E émot)</i>	10 (2,64)	11,1 (2,28)	0,001
	<i>Comp émot (E émot)</i>	37,18 (4,13)	38,75 (3,96)	0,004
	<i>P de distance (E cog)</i>	51,47 (7)	53,67 (8,1)	0,038

Les médecins fortement dépersonnalisés ont des scores d'empathie significativement plus faibles, quelle que soit l'échelle d'empathie utilisée.

Tableau 44 : Comparaison de moyennes Anova entre les scores d'empathie TEQ et JSPE et l'accomplissement personnel

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>Accomp perso fble. N=52</i>	<i>Accomp perso élev. N=248</i>	<i>p</i>
		<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
TEQ	<i>Empathie émotionnelle</i>	43,35 (10,03)	45,96 (8,45)	0,051
JSPE	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,1 (2,6)	10,99 (2,36)	0,016
	<i>Comp émot (E émot)</i>	36,46 (5,82)	38,75 (3,47)	0,000
	<i>P de distance (E cog)</i>	48,71 (6,95)	54,11 (7,8)	0,000

Les médecins ayant un score d'accomplissement personnel faible ont des scores d'empathie sur l'échelle JSPE significativement plus faibles. Le lien avec l'échelle d'empathie émotionnelle TEQ n'est pas significatif.

B. RESULTATS DE LA 2^{EME} PARTIE ETUDE

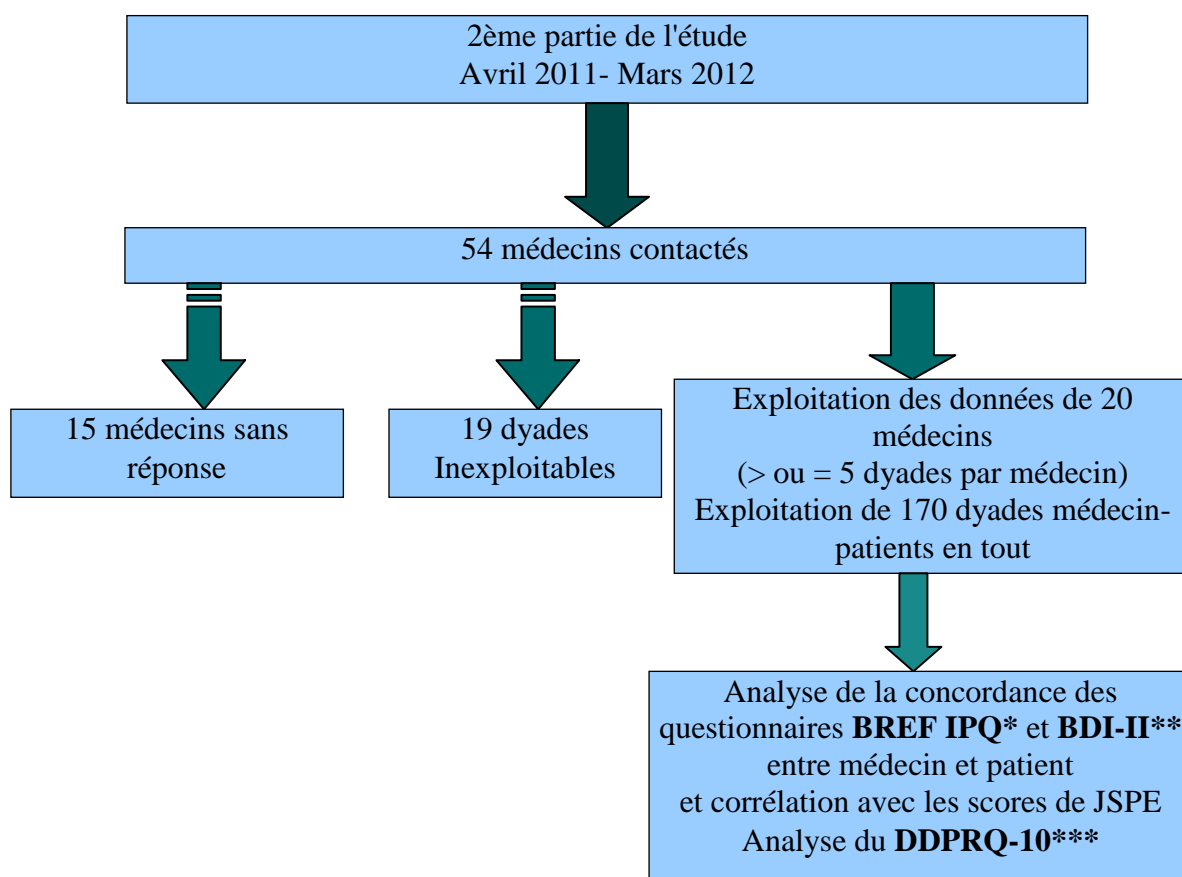
1. Déroulement

Le recueil des données a été réalisé d'avril 2011 à mars 2012.

Les données sociodémographiques du médecin généraliste recruteur ont été recueillies, tout comme dans la première étude, avec les conditions de travail, la vie de famille, la formation initiale et continue, et la pratique actuelle ont été analysées. L'empathie a été mesurée par le questionnaire JSPE version française validé lors de la première partie de l'étude. Le burn out du médecin a été évalué par l'échelle MBI. L'empathie « réelle » a été appréciée par la concordance des données de la BREF IPQ et de la BDI-II, comme cela a été expliqué précédemment (cf. p.90). La relation médecin-patient a été évaluée par la DDPRQ-10 Fr.

Les médecins pour lesquels le nombre de dyades était inférieur à cinq strictement n'ont pas été exploités, dans le but d'avoir un résultat plus significatif. Il est arrivé que les données médecins soient absentes, empêchant également l'analyse. Ce protocole est résumé dans la figure 26.

Figure 26 : Protocole de la seconde partie de l'étude



* Bref Illness Perception Questionnaire

** Beck Depression Inventory Second version

*** Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire à 10 items

2. Description de la population de la seconde partie de l'étude

a) Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 45 : Age et sexe de la population de la seconde partie de l'étude

	<i>N</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Sexe</i>		
<i>Homme</i>	17	50
<i>Femme</i>	17	50
<i>Age moyen</i>	52,85	Mini 34- Maxi 65

Dans cette population, les femmes sont aussi nombreuses que les hommes. La moyenne d'âge est de 52,9 ans.

Figure 28 : Niveau Socioprofessionnel familial global des médecins de la seconde partie de l'étude

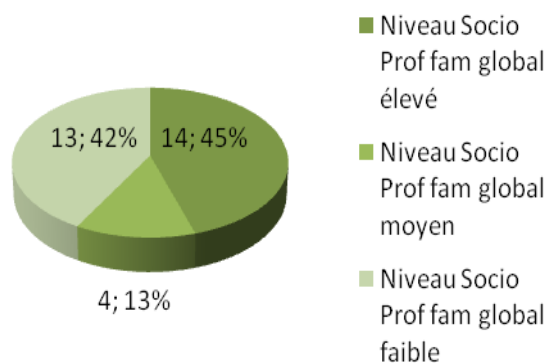
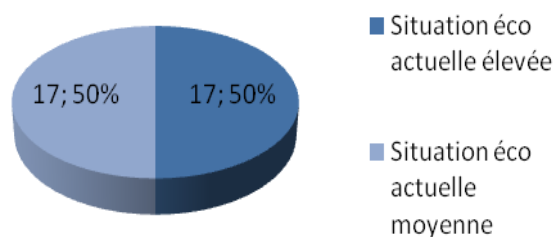


Figure 27 : Situation économique actuelle des médecins de la seconde partie de l'étude



42% des médecins ont un niveau socioprofessionnel familial global faible. Ils sont quasiment aussi nombreux que ceux ayant un niveau socioprofessionnel élevé, qui représentent 45% de cette population. En revanche, la situation économique actuelle est bonne pour tous.

Figure 29 : Statut marital des médecins de la seconde partie de l'étude

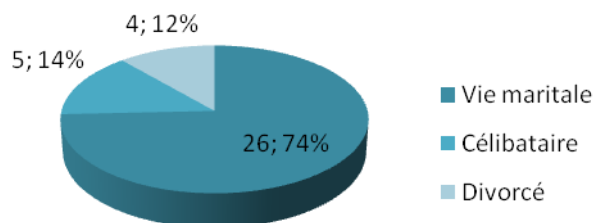
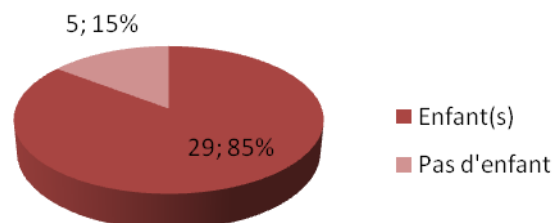
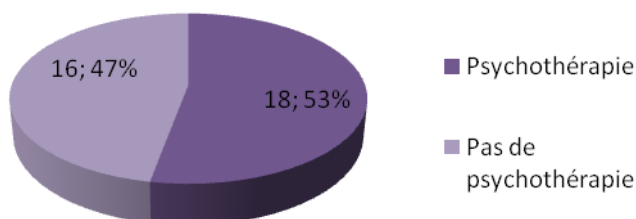


Figure 30 : Répartition des médecins ayant des enfants de la seconde partie de l'étude



74% des médecins vivent maritalement, 12% sont divorcés, et 14% sont célibataires. 85% des médecins ont au moins un enfant.

Figure 31: Psychothérapie chez les médecins de la seconde partie de l'étude



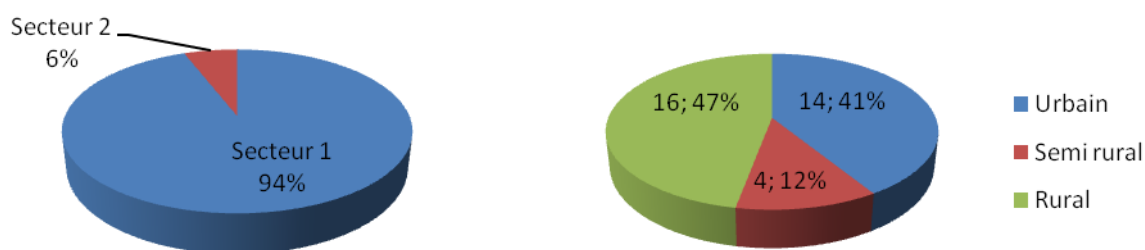
53% réalisent ou ont réalisé une psychothérapie, soit plus de la moitié des médecins interrogés.

Tableau 46 : Organisation professionnelle des médecins de la seconde partie de l'étude

	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart Type</i>
<i>Nb d'années d'installation</i>	4	35	21,97	8,274
<i>Nb d'années d'exercice</i>	7	36	24,91	7,497
<i>Nb de consultations par sem</i>	50	150	96,41	25,91
<i>Durée consultation</i>	15	30	18,71	3,623

Les médecins exercent en moyenne 25 ans, réalisent en moyenne 96 consultations par semaine, avec des écarts du nombre de consultations allant du simple au triple. La durée de consultation moyenne est de 18,7 minutes avec des écarts de durée allant du simple au double.

Figure 32 : Conditions de travail des médecins dans la seconde partie de l'étude



6% des médecins de l'échantillon exercent en secteur 2. Dans cet échantillon, les médecins exerçant en milieu rural sont plus nombreux que les médecins exerçant en ville. Ils représentent 47% des médecins.

Tableau 47 : Participation à la formation. Médecins de la seconde partie de l'étude

	<i>N</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Participation à une société savante</i>	21	61,8
<i>SFTG</i>	7	20,6
<i>SFMG</i>	5	14,7
<i>SMB</i>	4	11,8
<i>AFMG</i>	1	2,9
<i>Autres</i>	11	32,4
<i>Pas de participation à société savante</i>	13	38,2
<i>Form spé à relation médecin-malade</i>	26	76,5
<i>Formation initiale</i>	6	17,6
<i>Formation continue</i>	20	58,8
<i>Groupe Balint</i>	16	47,1
<i>Groupe de pairs</i>	13	38,2
<i>Autre</i>	7	20,6
<i>Pas de formation spécifique à la relation médecin-malade</i>	8	23,5
<i>Pas formateur</i>	6	17,6
<i>Formateur</i>	28	82,4
<i>Maitre de stage</i>	6	17,6
<i>Formateur FMC</i>	10	29,4
<i>Autre</i>	19	55,9

61,8% des médecins participent à une société savante. 76,5% réalisent ou ont réalisé une formation spécifique à la relation médecin-malade, dont 17,6% dans le cadre de la formation initiale. 82,4% sont formateurs.

b) Etude du burn out

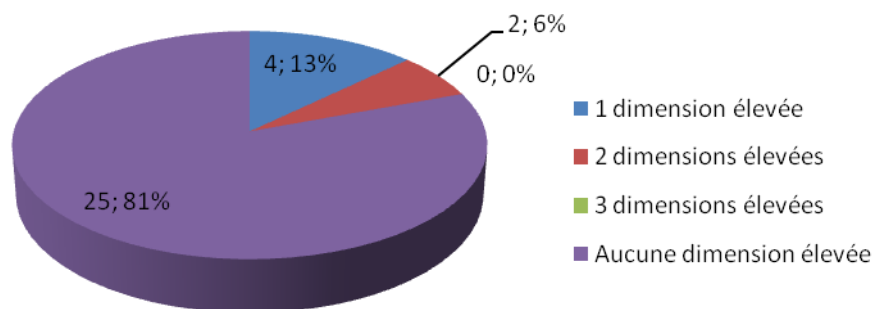
Tableau 48 : Répartition des trois dimensions du burn out dans la population de la seconde partie de l'étude

	<i>Faible</i>		<i>Elevé</i>		<i>Manquant</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	30	97	1	3	2	6,1	31
<i>Épuisement émotionnel (MBI)</i>	27	87,9	4	12,1	2	6,1	31
<i>Accomplissement personnel (MBI)</i>	28	90,9	3	9,1	2	6,1	31

Les scores de burn out élevé sont de 3% concernant la dépersonnalisation, de 12,1% en ce qui concerne l'épuisement émotionnel, et de 11,8% si on comptabilise le burn out en cumulant dépersonnalisation et épuisement émotionnel, comme dans certaines études.

L'accomplissement personnel faible concerne 9,1% des médecins de l'échantillon.

Figure 33 : Répartition des dimensions élevées du burn out dans la population de la seconde partie de l'étude



Dans notre population, **aucun médecin n'apparaît en burn out** sur les 3 dimensions.

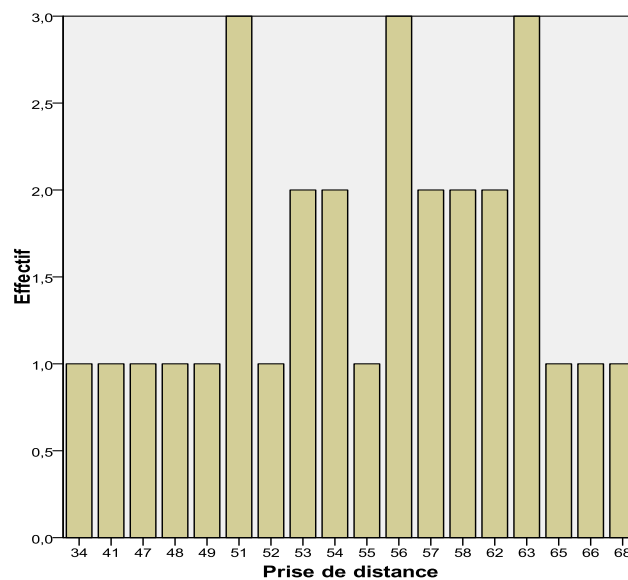
81 % de la population n'a aucune dimension de burn out. 13 % ont au moins une dimension du burn out élevée.

Il n'existe pas de corrélation entre burn out et nombre de dyades. Par conséquent, les médecins ayant rempli le plus de dyades ne sont pas moins en burn out. Le fait d'avoir sélectionné les médecins ayant recruté cinq patients ou plus n'a donc pas sélectionné les médecins les moins en burn out.

Nous n'avons pas effectué d'analyse statistique entre burn out et données sociodémographiques du fait du faible échantillon de population dans cette partie, risquant de compromettre l'interprétation des résultats.

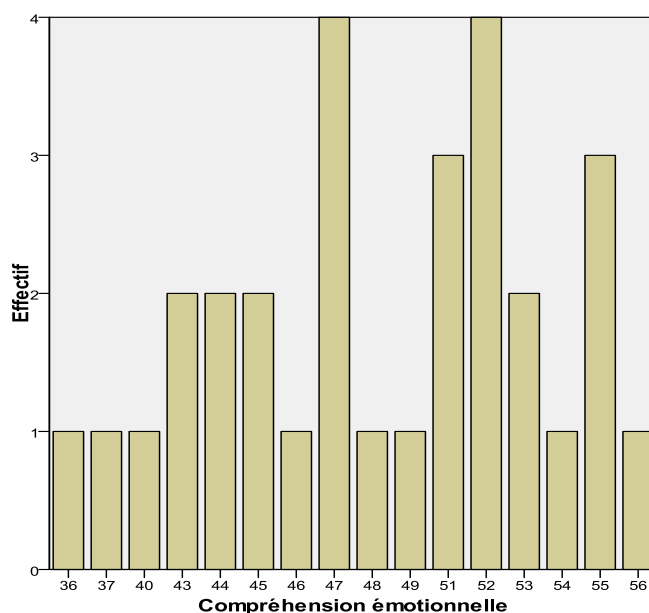
c) Etude de l'empathie

Figure 34 : Répartition des scores d'empathie « prise de distance » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude



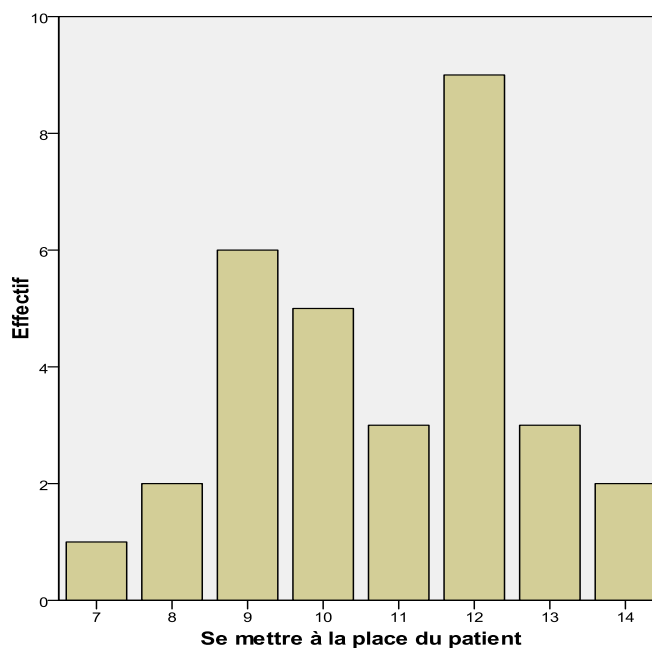
La répartition des scores d'empathie « prise de distance » à la JSPE est nettement hétérogène et ne suit pas de courbe de Gauss.

Figure 35 : Répartition des scores d'empathie « compréhension émotionnelle » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude



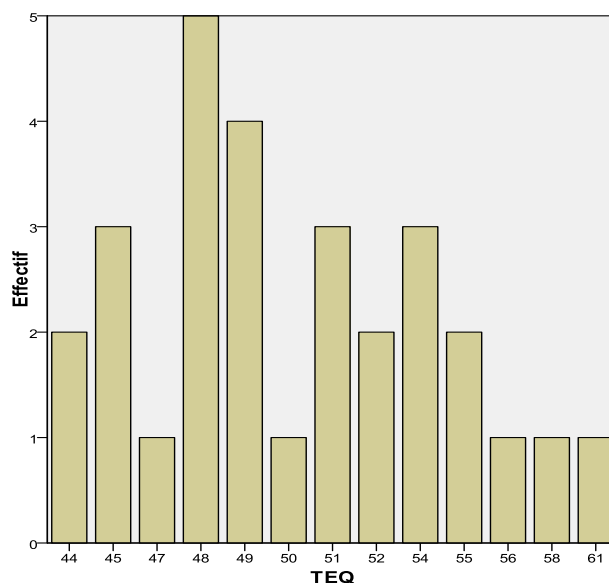
La répartition des scores de compréhension émotionnelle de la JSPE est très hétérogène, ne suivant pas de courbe de Gauss.

Figure 36 : Répartition des scores « se mettre à la place du patient » (JSPE) dans la population de la seconde partie de l'étude



La répartition des scores d'empathie « se mettre à la place du patient » à la JSPE sont répartis de façon plus homogène, avec une prédominance dans les scores moyens.

Figure 37 : Répartition des scores d'empathie émotionnelle (TEQ) dans la population de la seconde partie de l'étude



Les scores d'empathie émotionnelle TEQ sont répartis de façon un peu hétérogène, plutôt centrés sur les scores peu élevés.

Il n'y a **pas de corrélation entre l'empathie et le nombre de dyades**. Les médecins ayant rempli le plus de dyades ne sont donc pas plus empathiques. Le fait d'avoir sélectionné les médecins ayant recruté 5 patients ou plus n'a donc pas sélectionné les médecins les plus empathiques.

Nous n'avons pas réalisé de statistiques entre caractéristiques sociodémographiques et empathie du fait du faible échantillon, limitant la puissance des résultats.

3. Lien entre empathie et burn out : analyse des auto-questionnaires médecins JSPE, TEQ et MBI

Nous avons choisi de mettre en parallèle l'empathie cognitive à travers la « prise de distance » du JSPE et l'empathie émotionnelle, selon le JSPE et la TEQ.

Tableau 49 : Corrélations bivariées entre les trois dimensions du burn out selon le MBI et les scores d'empathie selon la JSPE et la TEQ

	<i>P de distance E cognitive (JSPE)</i>		<i>Comp émot E émotionnelle (JSPE)</i>		<i>A la place du P E émotionnelle (JSPE)</i>		<i>Empathie émotionnelle (TEQ)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Epuist émotionnel (MBI)</i>	-0,287	0,000	0,158	0,045	0,076	0,322	-0,169	0,028
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	0,007	0,935	-0,538	0,000	0,038	0,622	-0,647	0,000
<i>Accomp personnel (MBI)</i>	0,439	0,000	-0,205	0,009	-0,118	0,125	0,000	0,999

Il existe une corrélation significative **négative** entre « **prise de distance** » donc empathie cognitive et **épuisement émotionnel**. C'est-à-dire, plus le score d'empathie cognitive est élevé, moins le sujet est épuisé émotionnellement.

La corrélation est significativement **positive** concernant **l'accomplissement personnel** et le score de « **prise de distance** ». Ainsi, plus le score d'empathie cognitive est élevé, plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

La **compréhension émotionnelle** est significativement corrélée aux trois dimensions du burn out. Elle est **positive** en ce qui concerne **l'épuisement émotionnel**, c'est-à-dire plus le score d'épuisement émotionnel est élevé, plus le score de compréhension émotionnelle est élevé (cf. Discussion p. 159).

La corrélation est **négative** concernant **l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation**. Ainsi, plus le score de dépersonnalisation est élevé, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé, moins le score de compréhension émotionnelle est élevé.

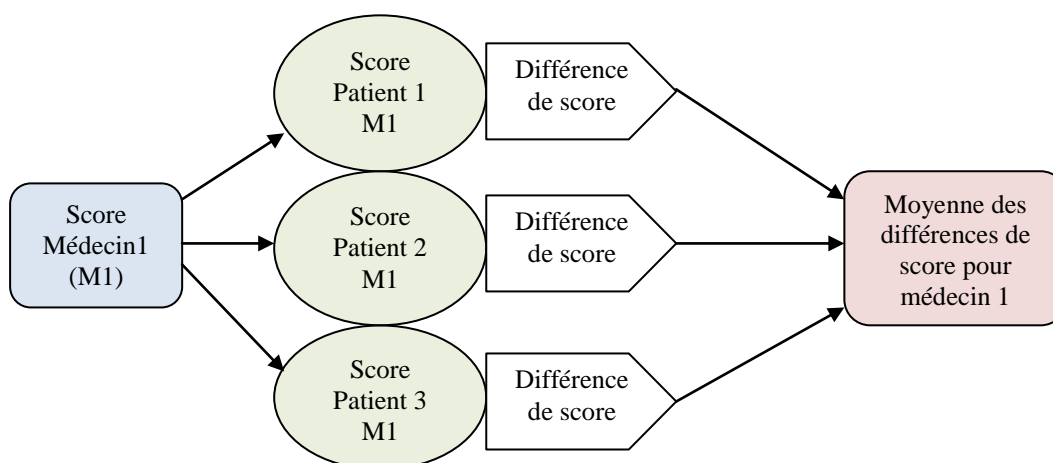
Le score **d'empathie émotionnelle** évaluée par la TEQ est corrélé de façon **négative** à **l'épuisement émotionnel** et à la **dépersonnalisation**. Plus le score d'empathie émotionnelle est élevé, plus les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont faibles.

4. Analyse des dyades

a) Précision empathique

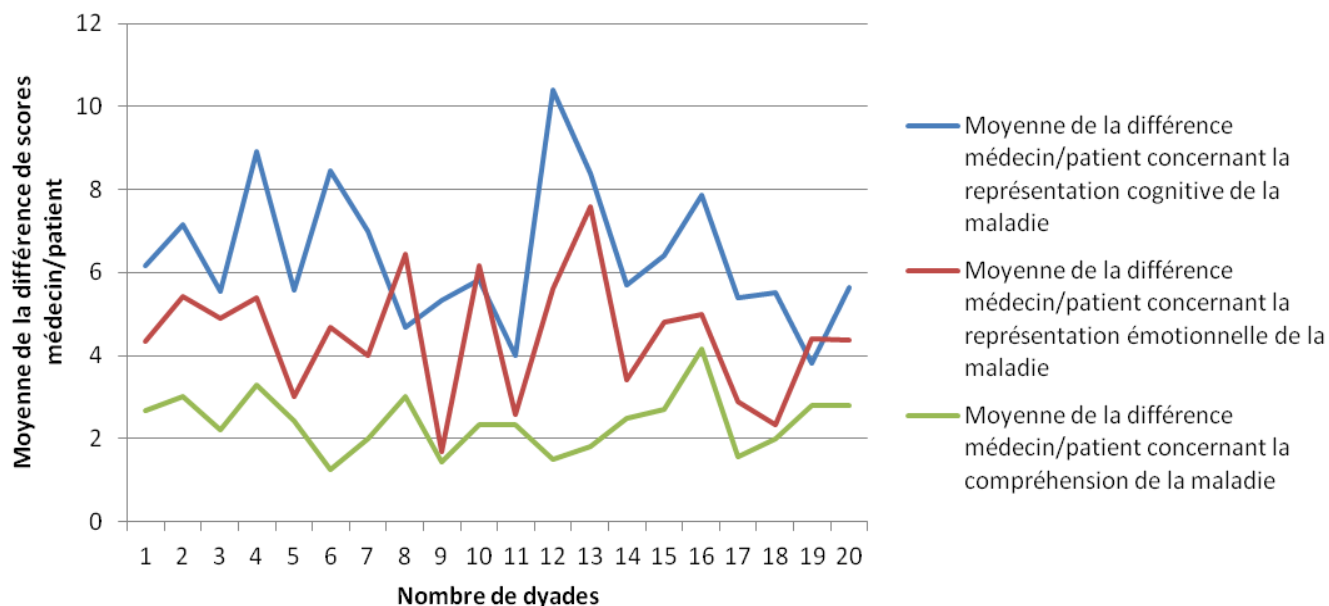
Chaque médecin ayant recruté plusieurs patients, nous avons calculé la différence des scores des trois dimensions « Représentation émotionnelle », « Représentation cognitive », et « compréhension de la maladie » entre la BREF IPQ médecins (BREF Illness Perception Questionnaire) et la BREF IPQ patients. Puis la moyenne de cette différence a été calculée pour chaque médecin. Les représentations des variations de ces différences ont été réalisées. Pour faciliter la compréhension du cheminement, voici un schéma explicatif (Figure 38).

Figure 38 : Schéma explicatif de la méthode d'analyse de la précision empathique



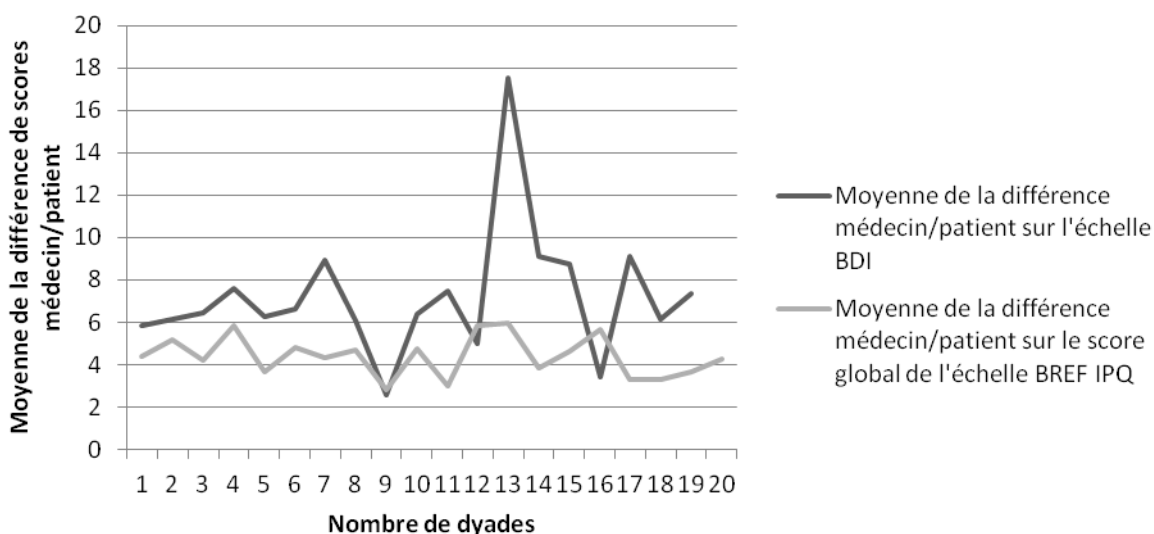
Etc...

Figure 39 : Représentation de la précision empathique des médecins en fonction des trois dimensions de l'échelle BREF IPQ (BREF Illness Perception Questionnaire)



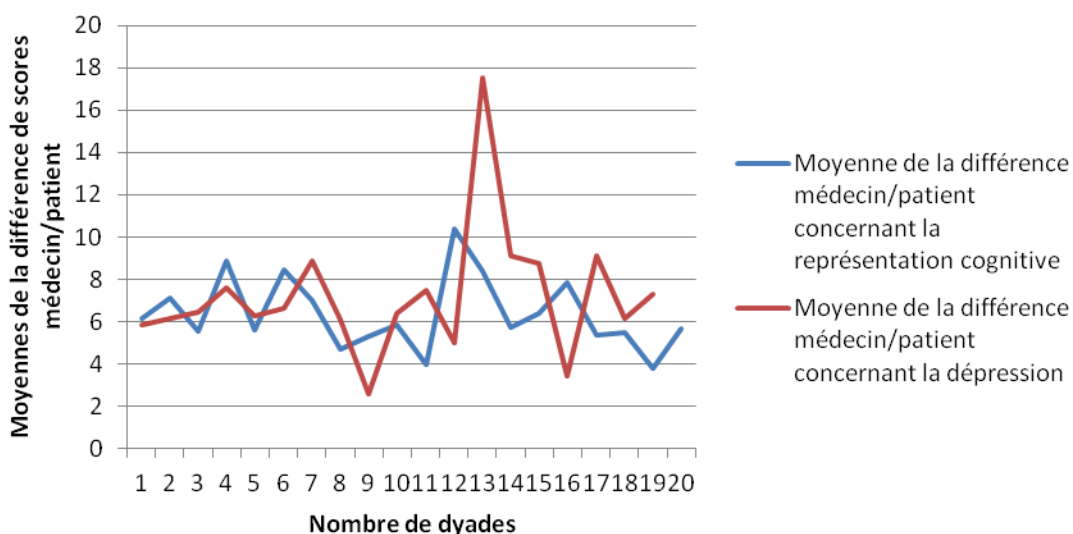
On remarque que la précision empathique varie dans le même sens pour les trois dimensions du questionnaire BREF IPQ. Il n'existe pourtant pas de corrélation significative entre les moyennes.

Figure 40 : Représentation de la précision empathique des médecins sur l'échelle BDI-II (Beck Depression Inventory Second Version) et sur la moyenne de la différence de score global de la BREF IPQ



Les variations de la précision empathique sur l'échelle BDI-II ne suivent pas exactement les variations de la précision empathique mesurée par l'échelle BREF IPQ.

Figure 41 : Représentation de la précision empathique sur l'échelle BDI-II par rapport à la représentation cognitive de la maladie (BREF IPQ)



Il existe une **corrélation significative** entre la moyenne de la différence de score BDI-II médecin-patient pour chaque médecin et la moyenne de la différence de score « représentation cognitive » BREF IPQ médecin-patient pour chaque médecin. C'est-à-dire que la précision empathique mesurée par la BDI-II est corrélée à la précision empathique mesurée par la « représentation cognitive de la maladie » selon la BREF IPQ (cf. Discussion p. 153).

L'**item 9 de la BREF IPQ** « Veuillez énumérer par ordre d'importance les trois raisons qui ont - à votre avis - provoqué votre diabète » a du être analysé de façon séparée. En effet, comme nous l'avons précisé dans la méthodologie, il s'agit d'une question à réponse **ouverte**. Les réponses ont été classées en catégories de réponses allant de 1 à 9. Nous avons ensuite apparié les réponses des médecins avec celles des patients, ce qui a ensuite été traduit en mode binaire, c'est-à-dire qu'une réponse concordante entre médecin et patient a été cotée 1, et la non concordance cotée 0 (Par exemple, si la réponse du patient était « nourriture » et celle du médecin « alimentation », elles ont été considérées comme concordantes, donc égale à 1).

Nous avons réalisé des comparaisons de moyennes Anova avec les différentes variables de précision empathique étudiées précédemment. Ni la précision empathique sur la BDI-II, ni la précision empathique quelle que soit la dimension de la BREF IPQ n'est liée à la précision empathique évaluée par l'item 9.

b) Précision empathique et auto-questionnaire d'empathie

Nous avons ici utilisé les **différences entre patient et médecin dyade par dyade** afin d'augmenter la puissance du résultat.

Dans ces résultats, nous avons distingué empathie émotionnelle et empathie cognitive.

Tableau 50 : Corrélations bivariées entre précision empathique (BREF IPQ et la BDI-II) et empathie mesurée par la JSPE et la TEQ

	<i>P de distance E Cognitive (JSPE)</i>		<i>Comp émot E Emotionnelle (JSPE)</i>		<i>A la place du P E Emotionnelle (JSPE)</i>		<i>Empathie émotionnelle (TEQ)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Delta Représ Cogn (Bref IPQ)</i>	0,074	0,388	-0,111	0,181	-0,006	0,937	-0,106	0,189
<i>Delta Représ émot (Bref IPQ)</i>	0,098	0,238	-0,123	0,125	0,057	0,471	-0,234	0,003
<i>Delta Compréh mal (Bref IPQ)</i>	-0,095	0,254	-0,092	0,254	-0,083	0,290	-0,075	0,240
<i>Delta Dépression (BDI II)</i>	0,180	0,047	0,078	0,379	0,068	0,429	-0,081	0,342

Il existe une corrélation significative négative entre les scores d'empathie émotionnelle avec le questionnaire TEQ et la différence Delta entre les scores médecin/patient dans les dyades concernant la « représentation émotionnelle de la maladie » selon la BREF IPQ. **Plus la différence est grande entre les scores de représentation émotionnelle de la maladie dans la dyade médecin-patient, plus le score d'empathie émotionnelle TEQ est faible.**

La différence de score entre médecin et patient sur l'échelle de dépression BDI II est corrélée de façon positive au score de JSPE « prise de distance ». C'est-à-dire **plus la différence est grande entre les scores de BDI-II dans la dyade médecin-patient, plus le score de JSPE « prise de distance » est élevé** (cf. Discussion p. 161).

De façon générale, la JSPE est peu corrélée à la précision empathique.

Nous avons à nouveau étudié l’**item 9** de la BREF IPQ de façon séparée du reste du questionnaire pour analyser la concordance des réponses médecin et patient avec l’empathie du médecin par rapport aux réponses aux auto-questionnaires.

Tableau 51 : Concordance des réponses de l’item 9 de la BREF IPQ en comparaison des moyennes Anova avec les scores d’empathie JSPE et TEQ

<i>Echelle</i>	<i>Dimension</i>	<i>It 9 concordant. N=54</i>	<i>It 9 non concordant. N=90</i>	<i>p</i>
		<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
<i>JSPE</i>	<i>P de distance (E cog)</i>	54,02 (6,497)	52,16 (7,4)	0,298
	<i>Comp émot (E émot)</i>	48,54 (4,844)	48,43 (5,338)	0,902
	<i>A la place du P (E émot)</i>	10,47 (1,317)	10,54 (1,458)	0,790
<i>TEQ</i>	<i>Empathie émotionnelle</i>	50,58 (4,425)	49,53 (4,362)	0,156

Il n’existe pas de lien significatif entre les scores d’empathie JSPE ou TEQ et la précision empathique sur l’item libre n°9 de la BREF IPQ.

c) Précision empathique et auto-questionnaire de burn out

Tableau 52 : Corrélations bivariées entre précision empathique (BREF IPQ et BDI-II) et dimensions du burn out

	<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>		<i>Epuis émotion (MBI)</i>		<i>Accomp perso (MBI)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>Delta Représ cognitive (Bref IPQ)</i>	0,058	0,274	-0,040	0,623	-0,020	0,808
<i>Delta Représ émotion (Bref IPQ)</i>	0,240	0,002	0,070	0,373	0,034	0,668
<i>Delta Compr maladie (Bref IPQ)</i>	0,085	0,277	-0,010	0,9	0,044	0,276
<i>Delta Dépression (BDI II)</i>	0,022	0,795	-0,009	0,920	-0,38	0,654

Il existe une corrélation significative positive entre la différence de score concernant la représentation émotionnelle de la maladie (BREF IPQ) et la dimension dépersonnalisation.

C'est-à-dire que **plus la précision empathique est faible, donc un Delta élevé, en ce qui concerne la représentation émotionnelle, plus la dépersonnalisation est élevée.**

Tableau 53 : Concordance des réponses de l’item 9 de la BREF IPQ en comparaison de moyennes Anova des scores des trois dimensions du burn out MBI

	<i>It 9 concordant. N =54</i>	<i>It 9 non concordant. N=90</i>	<i>p</i>
	<i>Moy (ET)</i>	<i>Moy (ET)</i>	
<i>Épuis émotion (MBI)</i>	12,91 (8,104)	12,87 (9,774)	0,978
<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>	5,44 (4,371)	6,11 (4,46)	0,366
<i>Accompl perso(MBI)</i>	40,15 (6,648)	39,68 (6,530)	0,676

Il n'existe aucun lien significatif entre la précision empathique sur l’item libre n°9 de la BREF IPQ et les dimensions du burn out.

5. Etude du score de difficulté de la relation médecin-patient DDPR-10 Fr en fonction du burn out, de l'empathie et de la précision empathique

Tableau 54 : Corrélations bivariées entre DDPR-10 Fr et les dimensions du burn out

	<i>Dépersonnalisation (MBI)</i>		<i>Epuis émotion (MBI)</i>		<i>Accompl perso (MBI)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
<i>DDPR-10 Fr</i>	0,243	0,001	0,159	0,038	0,086	0,262

Le score de difficulté de la relation médecin-patient est corrélé de façon positive aux scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Plus le score de DDPR-10 est élevé, donc **plus la difficulté de la relation est grande, plus la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel sont hauts.**

Tableau 55 : Corrélations bivariées entre le résultat du DDPR-10 et les scores d'empathie

	<i>P de distance E Cognitive (JSPE)</i>		<i>Comp émot E émotionnelle (JSPE)</i>		<i>A la place du P E émotionnelle (JSPE)</i>		<i>Empathie émotionnelle (TEQ)</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>
DDPR-10 Fr	0,228	0,005	-0,025	0,748	0,018	0,811	-0,174	0,023

Plus le score de difficulté de la relation selon le DDPR est élevé, plus le score d'empathie « prise de distance » est important, et plus le score d'empathie émotionnelle TEQ est bas (cf. Discussion p. 162).

Tableau 56 : Corrélations bivariées entre les résultats du DDPR-10 et la précision empathique

	<i>Delta Représ cognitive (BREF IPQ)</i>		<i>Delta Représ émot (BREF IPQ)</i>		<i>Delta Comp mal (BREF IPQ)</i>		<i>Delta BDI II</i>	
	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>p</i>	<i>C</i>	<i>P</i>
DDPR-10 Fr	0,041	0,612	0,039	0,623	0,022	0,782	0,209	0,014

Le score de DDPR-10 est corrélé de façon significative et positive à la différence de score sur la BDI-II. **Plus le score de difficulté de la relation selon le DDPR-10 est élevé, plus la différence de score BDI-II est importante, donc plus la précision empathique est faible.**

De nombreuses analyses ont donc pu être effectuées sur le burn out et l'empathie, ainsi que sur certains facteurs pouvant influencer ces deux entités, au niveau sociodémographique, organisationnel, ou encore relationnel. Ces résultats nous ont parfois parus étonnants. Nous les discuterons après avoir déjà analysé et critiqué la méthodologie.

V. DISCUSSION

A. A PROPOS DE LA METHODE

1. Méthodologie

Nous soulignerons l'intérêt qu'il y a eu pour nous, interne en cours de thèse, à participer à l'élaboration de cette étude de la conception jusqu'à la réalisation, de bénéficier de l'expérience des autres, et aussi de constater les difficultés théoriques et pratiques de la réalisation d'une étude. La construction particulièrement complexe nécessitait une réflexion en amont de l'étude elle-même qui nous a beaucoup appris.

L'étude a été réalisée sur le mode **volontaire**. La communication à propos de l'étude évoquait une étude sur la relation médecin-malade pour la première partie, et sur le diabète et l'empathie pour la seconde partie, entraînant le recrutement de médecins probablement particulièrement intéressés par la relation médecin-malade et donc l'empathie mais aussi le diabète, ce qui a probablement influencé nos résultats (cf. Annexes p. 201-202).

Le recrutement par le **biais de sociétés savantes** et par le biais du **congrès de médecine générale de Nice** a sélectionné la population en privilégiant les professionnels déjà intéressés par la formation continue. Ceci a entraîné une proportion importante de participants impliqués dans les sociétés savantes d'une part, et dans la formation initiale et continue d'autre part. Dans ce contexte, le pourcentage de médecins ayant répondu ne pas appartenir à des sociétés savantes nous semble étonnement élevé (cf. Tableaux 6 et 47). Le résultat de 28,9% dans la première partie peut s'expliquer par un recrutement large au congrès de Nice. Le pourcentage de 38,2% dans la seconde partie est encore plus étonnant, puisque le recrutement s'est fait par le biais de plusieurs associations de formation continue (cf. Méthodologie p. 86) et des médecins généralistes enseignants d'université parisienne, dont on pourrait penser qu'ils sont aussi engagés dans des associations de formation continue. Nous pouvons poser comme hypothèse que les « réponders » sont en lien avec ces structures sans être adhérents. Le **désir de participer à des actions de recherche** n'est donc pas forcément lié au fait d'adhérer à une société savante. En parallèle, les sociétés savantes sont prêtes à fédérer des non adhérents autour de la recherche.

Un biais majeur de recrutement reposait sur le fait que les médecins en burn out, dans la sensation de la surcharge et en retrait, n'ont probablement pas le désir et l'énergie nécessaires pour s'impliquer dans les études. La proportion de médecins en **burn out a donc vraisemblablement été sous évaluée**, surtout dans la seconde partie de l'étude, qui nécessitait 20 minutes par patient pour le remplissage des questionnaires. D'ailleurs, dans la première partie de notre étude, nous avons retrouvé une proportion de médecins en burn out équivalente à celles des autres études françaises citées dans la première partie de notre travail^{7;88;97}. En revanche, dans la deuxième partie, nous avons retrouvé une proportion anormalement faible de médecins en burn out. L'**indemnisation** de l'étude n'était probablement pas un moyen de compensation suffisant pour que les médecins en burn out s'engagent dans une action leur demandant un surcroît de travail.

La complexité de la seconde partie de notre étude a entraîné des difficultés dans la réalisation des objectifs de recrutement du nombre de patients par médecin. Un point essentiel de la seconde partie de l'étude était de permettre de confronter les données sur l'empathie recueillies à l'aide du questionnaire JSPE à l'empathie « réelle » du médecin à l'égard de son patient, par sa capacité à se mettre à sa place dans le cadre du vécu de sa maladie. Cette **construction en dyades était complexe**, et des explications supplémentaires étaient souvent nécessaires auprès du médecin participant à l'étude, données soit par téléphone, soit par mail. Cela a pu en décourager certains, pouvant ainsi expliquer l'échantillon restreint de médecins ayant inclus un nombre de patients suffisant pour que leurs données soient analysables. Les données de 33 médecins ont pu être examinées partiellement. Vingt médecins ont obtenu cinq dyades ou plus et nous avons pu analyser 170 dyades en tout. Ainsi, 36,3% des dyades théoriques que nous aurions pu recevoir par les médecins ayant participé à l'étude ont pu être analysées entièrement. Ce faible échantillon limite forcément la portée des résultats, par son nombre et par les caractéristiques qui différencient les « bons » réponders ayant réussi à finaliser les douze dyades et les réponders partiels.

Dans la seconde partie de l'étude notamment, plusieurs médecins ont reproché le **temps réel** à consacrer pour pouvoir inclure des patients dans une journée habituelle, entre **longueur du questionnaire, et temps d'explication au patient**. Cela a engendré un nouveau biais de sélection : les médecins ayant accepté l'étude étaient forcément motivés et donc intéressés par le sujet. Ils devaient également avoir du temps, et peut-être que les médecins surchargés, ou en burn out ont été découragés par l'étude. D'ailleurs, ceci contribue probablement à nos faibles pourcentages de burn out par rapport aux données nationales, et par rapport à celles de la première partie de l'étude.

Une autre limite concerne les **critères d'inclusion** (cf. Méthodologie p. 86). En excluant des patients ayant des problèmes de langage, ou un niveau d'études trop faible car il était nécessaire de savoir lire pour remplir le questionnaire, une partie non négligeable de la population diabétique n'a pas pu être interrogée. D'ailleurs, cette population correspond probablement à celle avec laquelle la précision empathique est la plus difficile et avec laquelle le médecin se trouve plus souvent dans cette sensation d'échec participant au burn out.

2. Echelles utilisées

La **JSPE** (Jefferson Scale of Physician Empathy) est initialement une échelle anglo-saxonne. Comme le rapporte Céline Buffel de Vaure dans sa thèse sur les déterminants de l'empathie¹⁵⁰, la traduction du questionnaire en français a engendré parfois des **doubles négations** difficiles à comprendre, dans la volonté de respecter totalement l'échelle initiale. En effet, le « **coût cognitif** » dans ce cas n'est pas minimal, ce qui a peut-être faussé une partie des réponses dans notre étude. De façon générale, il reste difficile de mesurer l'empathie réelle avec des questionnaires auto déclaratifs, quel que soit le questionnaire utilisé. L'**auto-évaluation** par la JSPE a permis de l'approcher, avec les aléas possibles, comme la **surévaluation** ou la **désirabilité sociale**¹⁵⁰. Plutôt que de mesurer le comportement empathique, cette échelle évalue plutôt **l'attitude empathique**. N'oublions pas néanmoins que sa corrélation avec l'empathie du médecin ressentie par le patient (JSPPE) a été validée¹⁵¹. Notre étude nous a permis de la mettre en lien avec la précision empathique en **situation clinique réelle**.

L'utilisation de la **MBI** (Maslach Burn out Inventory), bien que validée et utilisée dans la communauté scientifique internationale, peut entraîner également des biais d'interprétation. Tout d'abord, C. Vaquin Villeminey cite W.B. Schaufeli¹²⁰ qui soulève notamment le problème de la **variabilité culturelle**, qui pourrait interférer dans les résultats des réponses de la MBI.

Ensuite, nous avons déjà évoqué le problème de l'absence de score global de burn out. M. Lourel¹⁵³ rappelle que le noyau dur du burn out est composé de la dépersonnalisation et de l'épuisement émotionnel. La définition de burn out élevé utilisée dans cette thèse, basée sur un score de dépersonnalisation élevé et/ou un score d'épuisement émotionnel élevé, a certes déjà été employée dans la littérature¹⁰¹, mais ne fait l'objet d'aucun consensus. Il est donc préférable de privilégier les résultats des **trois dimensions prises séparément**. L'étude de

l'accomplissement personnel comme dimension du burn out est controversée¹⁰⁰. Nous l'avons cependant analysée comme telle, du fait de l'absence d'accord professionnel la concernant.

Dans la seconde partie de l'étude, nous avons utilisé deux échelles pour évaluer la précision empathique. D'une part la **BREF IPQ** (Bref Illness Perception Questionnaire), qui fait plutôt appel aux facultés **cognitives** du médecin, et la **BDI-II** (Beck Depression Inventory Second Version) qui renvoie, quant à elle, aux émotions du patients et sollicite de préférence la compréhension émotionnelle du médecin. Ce postulat, sans preuve scientifique validée, pourrait être discuté. Cependant, les résultats que nous avons trouvés semblent montrer qu'il existe bien une **différence de vigilance du médecin entre l'aspect émotionnel et l'aspect cognitif**, et nous y reviendrons dans les résultats.

La BREF IPQ a l'intérêt d'être une échelle **brève**, plus rapide à remplir. La variété de questionnaires fait qu'il était judicieux de raccourcir au maximum le temps de remplissage. Elle est divisée en trois composantes, permettant encore une fois de séparer la part émotionnelle de la part cognitive.

B. CONCERNANT LES RESULTATS

1. Analyse critique de la population de la première partie de l'étude

a) Caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins de la première partie de l'étude

L'analyse de la population dans la première partie de l'étude montre que la **moyenne d'âge** de 51,1 ans est similaire à celle des médecins français toutes spécialités confondues¹²⁸. Les **femmes** sont légèrement plus nombreuses que la proportion décrite chez les médecins français, à savoir 40,3% dans l'enquête menée par l'IRDES en 2010¹⁵⁸, 41% dans celle rapportée par la DREES en 2012¹⁵⁹. En revanche, elle est nettement supérieure aux données du baromètre INPES de 2009¹⁶⁰, portant uniquement chez les généralistes, qui retrouve 30,2% de femmes. Le mode de recrutement a donc privilégié les femmes. Plusieurs raisons

sont possibles, la première étant le fait que les femmes adhèrent plus aux sociétés savantes, la seconde étant qu'elles sont plus attirées par la recherche, la troisième étant qu'elles sont plus intéressées par le sujet, la quatrième étant qu'elles sont plus désireuses ou capables de s'investir dans une tâche concrète un peu rébarbative.

On remarque que 11,4% des médecins interrogés sont **divorcés**, ce qui est plus important que dans la population générale, comme le montrent les données INSEE 2006¹⁶¹ où 7% des personnes de plus de 15 ans sont concernées. En revanche, ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés par les études réalisées dans la même population⁸. Les médecins divorcent plus que dans la population générale. Il nous semble que **les contraintes professionnelles** interviennent forcément dans cet état de fait.

Une forte proportion de médecins, à savoir 60,7%, ont un **niveau socioprofessionnel familial élevé**, ce qui semble relativement important, bien que nous n'ayons pas retrouvé de comparaison dans d'autres études.

Rappelons que plus de 50 % des médecins de notre étude réalisent ou ont réalisé une **psychothérapie**, ce qui a déjà pu être observé auparavant dans la population étudiante médicale. En effet, déjà au cours du cursus médical¹⁰⁷, 20% des étudiants de DCEM 2 de Paris Descartes interrogés dans la thèse de Laurène Mazas déclaraient avoir eu recours à une psychothérapie. C'est un chiffre important qui peut être lié aux conditions difficiles de travail, mais aussi au hiatus entre la réalité de leur métier et leur « vocation », elle-même liée à une histoire de vie difficile. Les médecins éprouvent probablement la nécessité de comprendre leurs motivations profondes dans leurs choix professionnels. D'autant plus que nous retrouvons un lien significatif avec le burn out et l'empathie, et nous y reviendrons.

Nous nous sommes également intéressés aux conditions d'exercice. Les consultations qui sont en moyenne de **20,19 minutes, sont plus longues** que la moyenne nationale, à savoir 16 min¹⁶². La forte proportion de médecins formateurs peut contribuer à cet allongement, du fait que la durée de consultation est probablement plus longue chez ces derniers. Le pourcentage de **médecins en secteur 2** de 11% est moins élevé que dans la population médicale totale française, qui est de 13% sur le rapport ONDPS 2006- 2007¹⁶³, mais similaire au chiffre retrouvé pour les médecins généralistes¹⁶⁰.

Alors que **l'exercice de groupe** concerne 54% de la population médicale omnipraticienne française d'après les données de l'IRDES 2009¹⁵⁸, il concerne seulement 25% des médecins dans notre étude. Nous pourrions initialement nous interroger sur l'influence de l'âge dans ce résultat, car L'IRDES a montré que les médecins de moins de 50 ans exercent plus volontiers en groupe. Pourtant, les médecins de cette tranche d'âge sont aussi nombreux dans notre étude que dans la population médicale omnipraticienne française.

Les consultations sont dans la majorité **sur rendez vous** : 74% des médecins exercent à plus de 70% sur rendez vous, ce qui montre bien une volonté d'organisation de plus en plus importante, liée peut-être à l'engagement de notre population dans des activités extra-cliniques. Nous n'avons pas retrouvé de statistiques permettant de comparer ce résultat à la population des médecins généralistes de France.

Les médecins de l'étude réalisent nettement **moins de consultations** que la population des omnipraticiens français : 32,75% de ces derniers réalisent plus de 135 actes par semaine tandis qu'ils sont **8,4% dans notre étude**. Ce chiffre doit de nouveau être lié à la participation aux formations, car notre population est particulièrement investie dans ce domaine, mais également il peut être relié à la durée de consultation plus longue que la moyenne nationale.

Concernant la formation, 83,8% des médecins déclarent avoir ou avoir eu une **formation à la relation médecin-patient**. En revanche, seulement 13,3% déclarent l'avoir eu dans le cadre de la formation initiale. C'est donc un enseignement **tardif**, dans le cadre de la formation continue, pendant l'exercice du médecin. Cela montre que les médecins généralistes sont sollicités par ce sujet dans leur pratique et prêts à s'y investir, d'autant que la formation initiale les y a peu préparés. La formation la plus fréquentée reste la **formation Balint**, qui est déjà reconnue comme bénéfique au développement de la relation médecin-patient¹³⁵.

Les **médecins formateurs** sont 62% dans la première partie de l'étude, soit trois fois plus que dans la population des médecins généralistes français, ce qui provient assurément du biais de recrutement dont nous avons déjà parlé.

71,1% des médecins généralistes **participent à une société savante**, ce qui est compréhensible du fait de notre mode de recrutement qui passait justement par le biais des sociétés savantes. Cependant, comme nous l'avons expliqué précédemment, ce chiffre aurait pu être encore plus élevé.

Ainsi, notre population présente de nombreuses similitudes avec la population de médecins généralistes français, mais elle comporte également des différences, du fait principalement de plusieurs biais de recrutement, entraînant une diminution de sa représentativité par rapport à la population médicale omnipraticienne française, ce qui a pu influencer les résultats dont nous discuterons dans les prochains paragraphes.

b) Burn out dans la population de la première partie de l'étude

Concernant l'épuisement émotionnel, la répartition des scores suit une courbe de Gauss, tout comme la dépersonnalisation. La répartition des scores d'accomplissement personnel est, elle, décalée vers les scores élevés, ce qui montre que les médecins gardent des scores d'accomplissement personnel élevé (cf. Figures 18, 19, 20).

Le pourcentage de médecins ayant **au moins une dimension du burn out élevée**, de 39,9%, tout comme les 3% ayant les trois dimensions élevées, est similaire aux résultats d'études réalisées en France sur le même sujet que nous avons répertoriées (cf. Figure 24)^{7;88;97}. On observe de grandes variations de pourcentages entre les régions qui ont été étudiées séparément (cf. Tableau 2) : entre 19,6% et 44,5% des médecins étaient dépersonnalisés, entre 23% et 47,2% étaient épuisés émotionnellement, et entre 10,6% et 43,9% des médecins avaient un score d'accomplissement personnel faible. Notre étude a l'avantage de posséder un panel de médecins recrutés sur toute la France, et nous pouvons observer que la proportion de notre population à avoir un score d'épuisement émotionnel élevé est de 11%, ce qui est beaucoup plus faible que dans les enquêtes régionales. Nous pouvons expliquer cela du fait de la **forte participation aux formations médicales continues**, reconnues pour protéger du burn out^{122;144}. Dans notre étude, les médecins dépersonnalisés représentent 24,7% des médecins interrogés, compris dans la fourchette basse des études françaises régionales, tout comme l'accomplissement personnel faible qui est de 16,9% (cf. Tableau 7).

Nous avons discuté des différentes façons d'utiliser les scores de l'échelle MBI, et le fait d'étudier **chaque dimension séparément** nous a semblé le plus pertinent pour l'analyse, car cela permet de distinguer les facteurs influençant l'une ou l'autre des variables. Cependant, pour simplifier parfois la compréhension des résultats, la définition du burn out décrite ci-dessus a été conservée.

On peut remarquer qu'il n'existe pas de lien significatif entre l'**âge** et le burn out dans cette étude. Ce lien est toujours resté controversé dans les analyses précédentes, ce résultat n'est donc pas étonnant.

Nous pourrions mettre en parallèle le fait que les **femmes** réalisent en moyenne moins de consultations que les hommes, cependant le score d'épuisement émotionnel est significativement plus élevé chez les femmes. Il existe donc bien d'autres facteurs influençant la survenue du burn out que la charge de travail.

De plus, il n'a pas été démontré dans notre étude de lien significatif entre le **nombre de consultations par semaine** et les dimensions du burn out. Le burn out n'est donc pas un simple surmenage professionnel du fait de sa quantité de travail, mais bien une entité prenant en compte d'autres facteurs personnels, et organisationnels.

Le lien entre **vie maritale** et burn out apparaît significatif uniquement avec le score global de burn out. Cependant, dans la littérature, il est admis que ce score global est difficilement interprétable, et qu'il est plus judicieux d'étudier une à une les trois dimensions. Il est donc préférable de ne pas tirer de conclusion concernant cette donnée. Nous pourrions cependant avancer comme théorie que la vie sentimentale stable permettrait de relativiser et contre balancer l'investissement émotionnel professionnel.

Les médecins réalisant ou ayant réalisé une **psychothérapie** sont significativement plus épuisés émotionnellement, mais on ne peut conclure à la causalité du fait de la transversalité de ce résultat. Il serait intéressant d'approfondir ce sujet : la psychothérapie serait-elle un moyen de répondre à l'épuisement émotionnel, ou au contraire, serait-elle pourvoyeuse de burn out, de par les caractéristiques sous-jacentes liées au fait de lancer dans une psychothérapie ? Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, il peut exister des facteurs de risque personnels antérieurs à la pratique professionnelle qui auraient contribué au choix de faire médecine.

Les **problèmes de santé familiaux** retentissent sur la santé du médecin. Ainsi, les médecins qui ont répondu positivement à cet item sont plus épuisés émotionnellement, ce qui peut paraître évident. Néanmoins, un nombre important de médecin a, ou a eu des problèmes de santé familiaux dans sa vie. Il faudrait approfondir l'impact qu'ils peuvent avoir sur la santé et le travail. D'ailleurs, nous nous demandons dans quelle mesure l'expérience personnelle de soins et de maladie contribue au choix de la profession de médecin. Ces événements peuvent être à la fois une **faillite et un moteur** dans la vocation du médecin⁶⁹.

Il n'existe pas de lien significatif entre burn out et la participation ou non à une **formation spécifique à la relation médecin-patient** (cf. Tableau 16), contrairement à l'étude réalisée par Nielson et Tulinius¹⁴⁴ qui retrouvait un effet bénéfique à participer à un groupe supervisé de formation continue. De même, alors que nous avons rapporté les résultats d'une étude retrouvant une amélioration des scores de burn out grâce à la formation Balint, cette dernière ne semble pas apporter les mêmes bénéfices dans notre population.

En revanche, les **adhérents à la société Balint** sont significativement moins dépersonnalisés (cf. Tableau 18). On peut donc supposer qu'il est nécessaire d'être suffisamment impliqué dans la formation pour que celle-ci procure les effets positifs rapportés.

Il est intéressant de se pencher sur un résultat, peut-être un peu inattendu, à savoir que le score d'accomplissement personnel est significativement plus faible chez les médecins adhérents à la société Balint (cf. Tableau 19). Une des hypothèses avancée serait que la **remise en question dans le cadre de la formation Balint est indispensable**, et de ce fait, peut engendrer un sentiment d'accomplissement personnel plus faible.

On remarque qu'il existe, chez les **médecins généralistes formateurs**, un épanouissement sur le plan de l'accomplissement personnel, mais qu'ils sont également plus exposés aux autres dimensions du burn out (cf. Tableau 20). Il est possible d'expliquer ce résultat par le fait que la formation peut apporter une valorisation et une **meilleure reconnaissance du travail du médecin**, au détriment d'une pression et une **charge de travail supplémentaire** et d'un empiètement sur la vie personnelle plus important.

La **durée de consultation** est un élément important influençant le burn out : dans la population, nous l'avons vu, les consultations sont relativement longues. Plus les consultations sont longues, plus la dépersonnalisation est faible. Cause ou conséquence, nous ne pouvons encore conclure sur le lien de causalité. Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins en burn out optent pour des solutions demandant le moins d'investissement personnel, mais aussi en temps, ce qui peut expliquer ce résultat.

Le **secteur conventionnel** n'influence pas le burn out du médecin. Cependant, les raisons du choix du secteur sont probablement trop nombreuses, et les modes d'exercice dans chaque secteur trop différents pour qu'il en ressorte un résultat homogène.

c) Empathie dans la population de la première partie de l'étude

La **répartition des scores de la TEQ**, échelle d'empathie émotionnelle, suit une courbe de Gauss, centrée sur des scores plutôt élevés, de même que les scores de « prise de distance » de la JSPE. En revanche, les scores des dimensions « compréhension émotionnelle » et « se mettre à la place du patient » sont tout à fait déviés vers les scores maximum (cf. Figures 21, 22, 23, 24). Du fait du mode déclaratif de ces échelles, cela peut être expliqué par la volonté plus ou moins consciente des médecins de se décrire comme empathiques. C'est le phénomène de **désirabilité sociale** que nous avons déjà évoqué (cf. p.149).

Néanmoins, il est intéressant de remarquer que cette répartition s'observe surtout sur les scores d'empathie émotionnelle, moins sur les scores d'empathie cognitive. Peut-être du fait que les médecins pensent, de façon plus ou moins consciente, qu'il est important de se sentir proche de leur patient par la compréhension de leurs émotions, ce qui est révélé par la

dimension affective, en sous-estimant la part cognitive. Cela peut également être corrélé au **biais de recrutement** de notre population. En s'adressant principalement aux médecins déjà inscrits aux sociétés savantes, ou assistant déjà à une formation continue, nous avons sélectionnés des médecins qui ont déjà fait le choix de chercher à s'améliorer.

Il existe quelques **différences entre les deux sexes**. Les femmes ont un score de compréhension émotionnelle significativement plus élevé que les hommes. Ce résultat a déjà été retrouvé dans la littérature, comme dans l'étude de M. Hojat³⁹, mais d'autres études comme par exemple celle rapportée par l'équipe de Newton¹⁶⁴, ne retrouvaient pas de différence significative. Nous l'avons vu, les femmes et les hommes ont des ressources différentes face au burn out¹¹⁵. De la même manière, il peut exister des « mécanismes » d'empathie différents.

Les médecins **en couple ou divorcés** ont un score d'empathie émotionnelle « compréhension émotionnelle » significativement plus élevé que les médecins célibataires. Le fait d'avoir regroupé les divorcés et les médecins en couple montre bien que le fait important et significatif repose sur le fait de s'être engagé une fois, ou d'avoir eu le désir de s'engager avec quelqu'un une fois. En revanche, même si on peut en faire l'hypothèse, on ne peut en conclure que l'isolement social est un élément défavorable au développement de l'empathie émotionnelle.

Les médecins ayant des **enfants** ont un score d'empathie « se mettre à la place du patient » ou empathie affective significativement plus faible que ceux n'ayant pas d'enfant. On retrouve peut-être ici une conséquence de la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle.

Le **niveau socioprofessionnel familial** semble retentir sur l'empathie « compréhension émotionnelle ». Une hypothèse serait que de meilleures conditions de vie permettraient de développer l'empathie plus favorablement, peut-être du fait d'un cadre rassurant, permettant de se tourner plus facilement vers l'autre.

Les médecins suivant ou ayant suivi une **psychothérapie** ont un score d'empathie « prise de distance » ou empathie cognitive significativement plus élevé. Comme le disait Carl Rogers²², les thérapeutes les plus cohérents et les plus matures psychologiquement sont les plus efficaces dans la relation. On peut donc déduire que les médecins ayant déjà réalisé un travail sur eux-mêmes ont acquis une **meilleure cohérence**, et donc sont plus aptes à une compréhension empathique.

Les médecins ayant réalisé un **troisième cycle** ont un score d'empathie émotionnelle à l'échelle TEQ significativement plus élevé, sans pour autant conclure sur le lien de causalité : les médecins étaient-ils initialement plus empathiques ou le troisième cycle les a-t-il rendus plus empathiques ? Nous avons retrouvé dans la littérature que l'empathie a tendance à

décliner au cours des études médicales. Mais à plus long terme, y'a-t-il un effet bénéfique ? Il est important de souligner qu'il n'existe pas de lien significatif entre la **participation à une formation spécifique de la relation médecin-patient** et les scores d'empathie. Ces résultats sont similaires à ceux décrits dans la littérature. En revanche, notre étude met en évidence un lien significatif négatif entre score de « compréhension émotionnelle » et participation à la **formation Balint**. Peut-être que la formation apporte un certain recul utile pour être moins influencé par les émotions, et ainsi être moins sensible à la composante affective de l'empathie. Il n'existe cependant pas d'incidence sur la composante cognitive, et ce résultat nécessiterait d'être approfondi par des investigations supplémentaires. Cela démontre l'intérêt d'évaluer les formations centrées sur l'empathie.

Il a été retrouvé que la **durée de consultation** est un facteur influençant positivement les scores d'empathie, notamment la « prise de distance » et la « compréhension émotionnelle ». De même, les médecins effectuant moins de 120 **consultations par semaine** ont un score de « compréhension émotionnelle » significativement plus élevé. Ces deux résultats démontrent que le fait de prendre son temps, et de ne pas être surchargé est bénéfique pour l'empathie.

Les médecins de **secteur 2** sont significativement plus empathiques sur la composante « prise de distance » par rapport aux médecins de secteur 1. Un ajustement statistique a été réalisé sur la durée de la consultation et sur le nombre de consultations par semaine qui ne semblerait pas être la raison de cette constatation (cf. Tableau 39). Pour aller plus loin, il faudrait envisager une description du mode d'exercice des médecins en secteur 2, et un plus grand échantillon afin de comprendre ce qui peut influencer ce résultat. Nous pourrions soulever comme piste de recherche le fait que décider de s'installer en secteur 2 nécessite déjà une réflexion sur sa pratique, et sur ses choix de vie, pour s'autoriser à se faire payer plus cher. Cet argument peut être contre balancé par le fait que les médecins de secteur 1 ont fait le choix éthique de ne pas se faire mieux rémunérer au dépend du patient. Cette question peut renvoyer à la notion de **reconnaissance du travail**, très importante dans le cadre du burn out, mais qui peut l'être aussi dans le domaine de l'empathie.

2. Analyse critique de la population de la seconde partie de l'étude

a) Caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins de la seconde partie de l'étude

La moyenne d'**âge** était similaire à celle de la population générale, à savoir 52,9 ans. La proportion de **femmes** était plus importante que dans la première partie de l'étude, et nettement plus élevée que dans la population médicale omnipraticienne française. Il serait intéressant de comparer la participation aux sociétés savantes entre les femmes et les hommes, puisque les médecins de notre étude ont été recrutés par leur intermédiaire.

Les médecins sont issus de **plusieurs milieux socioprofessionnels**, avec une proportion équivalente de niveaux socioprofessionnels familiaux globaux faibles et élevés, qui sont respectivement 42% et 45%, alors que dans la première partie de l'étude, les niveaux socioprofessionnels familiaux faibles ne représentaient que 12% des médecins interrogés. En revanche, la situation économique actuelle des médecins est bonne pour tous les médecins. Il est possible que les médecins issus de niveaux socioprofessionnels faibles s'intéressent plus à notre sujet, abordant l'empathie, le diabète, et la relation médecin-patient. Cependant, nous avons démontré précédemment que l'empathie est favorisée par les niveaux socioprofessionnels élevés. Il y aurait dans ce cas une différence subtile entre le fait d'être empathique, et le fait d'être motivé par le sujet.

On retrouve une forte proportion de médecins vivant **maritalement**, autant de divorcés que dans la première partie de l'étude, mais plus de célibataires. Peut-être est-ce expliqué également par l'importance de l'investissement en temps nécessaire pour l'étude, moins adapté à la vie de famille.

85% des médecins ont des **enfants**, ce qui est identique à la première partie de l'étude. Nous savons que l'investissement en temps est différent en fonction de l'âge de l'enfant, ce qui peut expliquer que la proportion de médecins ayant des enfants soit toujours la même.

On retrouve la même proportion de médecins réalisant ou ayant réalisé une **psychothérapie** que dans la première partie.

Les médecins en **secteur 2 sont moins représentés** que dans la première partie ou que dans la population française de médecins généralistes. Ces médecins participeraient-ils moins à des activités extra-cliniques ? Nous pouvons nous interroger sur l'implication du biais de recrutement dans ce résultat.

Les médecins exerçant en **milieu rural sont surreprésentés** dans cette partie de l'étude. En effet, 47% des médecins interrogés disent exercer en milieu rural. Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant de comparer ce chiffre élevé, qu'il faut cependant relativiser du fait du mode auto-déclaratif du questionnaire, et de l'absence de définition claire du milieu rural. Les hypothèses que nous pourrions avancer sont que les médecins en milieu rural se sentent plus concernés par la recherche, du fait de l'absence de pôles de recherche, souvent organisés dans les centres hospitaliers universitaires, situés en ville. La seconde hypothèse serait que la pathologie chronique telle que le diabète les intéresse plus car elle est plus prise en charge par le médecin généraliste en campagne, du fait de la faible densité de spécialistes à proximité.

Les **conditions d'exercice**, à savoir le nombre d'années d'installation, le nombre d'années d'exercice, le nombre de consultations par semaine sont sensiblement les mêmes que dans la première partie de l'étude. La durée moyenne de consultation se rapproche un peu plus de la moyenne nationale, restant toutefois plus longue. Le biais de recrutement par les sociétés savantes et les départements de médecine générale parisiens peut en être la raison.

Tout comme la première partie de l'étude, les médecins **adhérant à une société savante** sont nombreux, mais du fait du mode de recrutement, nous aurions pu nous attendre à une proportion encore plus importante. Les médecins **formateurs** sont surreprésentés, soit 82% des médecins interrogés, ce qui est encore plus que dans la première partie de l'étude.

Les mêmes biais de recrutement ont été retrouvés dans la seconde partie de l'étude, avec quelques variantes évoquant l'anonymat moins formel et le temps à consacrer à l'étude. L'échantillon comporte cependant de nombreuses caractéristiques sociodémographiques similaires à la population de référence.

b) Burn out dans la population de la seconde partie de l'étude

Les médecins en burn out sont **sous représentés** dans cette partie, les pourcentages étant nettement inférieurs à ceux retrouvés dans les études citées dans la première partie. D'ailleurs, aucun médecin n'est affecté par les trois dimensions du burn out. On pourrait aller jusqu'à dire que les médecins en burn out n'ont pas participé à l'étude (cf. Figure 33).

Cela peut être expliqué de plusieurs façons. L'étude nécessitait un **investissement en temps** important, ce qui est impossible à obtenir d'un médecin en burn out, se sentant déjà surchargé.

Par ailleurs, alors que la première partie de l'étude était réalisée dans le parfait **anonymat**, cette seconde partie nécessitait une identification devant son patient, mais aussi par un numéro d'identification. Cette levée de l'anonymat a pu expliquer l'abstention des médecins touchés par l'épuisement professionnel, pour lequel le sujet est encore le plus souvent tabou¹⁶⁵.

c) Empathie dans la population de la seconde partie de l'étude

L'empathie est répartie de façon tout à fait **hétérogène** dans l'échantillon de médecins de cette seconde partie. En effet, les scores sont répartis des plus faibles aux plus élevés, sans déplacement vers les scores élevés (cf. Figures 34, 35, 36, 37).

Cela est probablement lié au faible effectif de médecins interrogés, mais nous pourrions évoquer l'hypothèse que les médecins ayant un nombre important de questionnaires à remplir, ont moins été sensibles au phénomène de désirabilité sociale, et ont répondu **plus spontanément**. Mais cette théorie est à double tranchant, car le fait de répondre plus rapidement a pu fausser les réponses des items comportant des doubles négations, nécessitant une réflexion plus approfondie. **L'empathie n'est pas corrélée au nombre de dossiers** remplis par le médecin. Nous avons donc pu sélectionner aussi les médecins ayant inclus moins de patient que prévu (cinq patients ou plus) sans risquer de sélectionner de ce fait les médecins plus empathiques.

d) Précision empathique dans la population de la seconde partie de l'étude

Nous avons choisi ici d'étudier « **l'empathie réelle** » du médecin, grâce à la **précision empathique**, qui est la capacité du médecin à pouvoir répondre à des questions personnelles en se mettant à la place de son patient.

Nous avons pour cela choisi deux questionnaires : l'échelle de **compréhension et représentation de la maladie BREF IPQ** et l'échelle de **dépression BDI-II**. La première nous paraissait plutôt explorer la composante **cognitive** de l'empathie réelle, la seconde faisant plutôt appel à la compréhension **des émotions** par le médecin.

La BREF IPQ est divisée en **trois scores**, à savoir la « représentation cognitive de la maladie », la « représentation émotionnelle de la maladie », et la « compréhension de la maladie ». La BDI-II est exploitée grâce à un **score global** de dépression.

Nous avons cherché à savoir si la précision empathique différait entre chacune de ses dimensions. Les courbes représentant la moyenne des différences de score médecin-patient pour chaque médecin montrait une **tendance à évoluer dans le même sens** (cf. Figure 39). Cependant, les corrélations réalisées entre les trois dimensions de la BREF IPQ ne sont **pas significatives**. La faible puissance de l'étude a pu fausser ce résultat.

Pour examiner la **tendance entre la BDI-II et la BREF IPQ**, nous avons calculé la moyenne des différences sur le score global de BREF IPQ pour plus de clarté (cf. Figure 40). Ici encore, bien que les courbes montrent une tendance à suivre les mêmes variations, ces dernières ne sont **pas significativement corrélées** entre elles. En revanche, en ne prenant que la dimension « **représentation cognitive de la maladie** » de la BREF IPQ, il existe une **corrélacion significative** avec les **variations de différences de score sur la BDI-II** (cf. Figure 41). Ce qui pourrait nous surprendre du fait du postulat de départ, la BREF IPQ explorant plutôt l'empathie cognitive et la BDI-II plutôt l'empathie émotionnelle. La précision empathique « cognitive » serait alors significativement corrélée à la précision empathique « émotionnelle » et varierait dans le même sens. Donc plus la précision empathique émotionnelle serait élevée, plus la précision empathique cognitive le serait aussi. Concernant l'**item 9**, cet item isolé avec réponse ouverte a entraîné des difficultés pour son exploitation. Nous pourrions discuter le fait d'avoir réalisé à **posteriori** les différentes catégories de réponses. Ces catégories auraient pu être anticipées et proposées telles quelles dans le questionnaire pour un meilleur assortiment des réponses, au dépend alors de la perte de spontanéité, donc de l'apparition d'items imprévus.

C. CONCERNANT LES HYPOTHESES PRINCIPALES ET SECONDAIRES

1. Critère principal : relation entre empathie et burn out

Cette étude est la première en France à avoir permis d'analyser de façon spécifique le **lien** pouvant exister **entre empathie et burn out chez des médecins généralistes**. Le résultat est univoque dans la première partie de l'étude concernant la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Il existe un lien négatif **fortement significatif**, concernant la dimension **dépersonnalisation** du burn out, quelle que soit la composante émotionnelle ou cognitive de l'empathie (cf. Tableau 40). On retrouve également un lien positif significatif concernant la dimension **accomplissement personnel** et l'empathie mesurée par la JSPE et la TEQ. Ainsi, dans la première partie de l'étude, plus les scores d'empathie sont élevés, plus le score de dépersonnalisation est faible, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

L'épuisement émotionnel, première dimension à s'installer dans le burn out, est cependant plus équivoque, car dépendant du test statistique utilisé. Les corrélations bivariées font apparaître un lien significatif négatif concernant la composante émotionnelle « **se mettre à la place du patient** ». Ainsi, plus les médecins sont épuisés émotionnellement, plus le score d'empathie émotionnelle « se mettre à la place du patient » est faible.

Dans la seconde partie de l'étude, nous avons retrouvé deux résultats pouvant paraître étonnants (cf. Tableau 50). Le premier est la **corrélation positive entre « compréhension émotionnelle » et épuisement émotionnel**, c'est-à-dire que plus les médecins sont épuisés émotionnellement, plus le score de compréhension émotionnelle est élevé. Ce résultat peut être mis en lumière par le fait que trop d'empathie émotionnelle peut fatiguer le médecin, et ne pas augmenter la qualité de soin, tandis que développer une empathie cognitive serait plutôt bénéfique.

Le second est la **corrélation négative entre accomplissement personnel et « compréhension émotionnelle »**, c'est-à-dire que les médecins ayant des scores d'accomplissement personnel élevés ont également des scores de « compréhension émotionnelle » faibles. Nous pourrions ainsi dire que les médecins **les plus épanouis seraient moins empathiques** concernant la dimension « **compréhension émotionnelle** » de

la JSPE, mais pas forcément moins empathiques de façon globale. Au contraire, peut-être que ces médecins développent une capacité empathique cognitive leur permettant de prendre de la distance sur le plan émotionnel, ce qui leur sera plus utile et moins dangereux que l'envahissement affectif dans leur profession.

Ces deux derniers résultats ne concernent donc que l'empathie émotionnelle. Nous relevons ici l'inconvénient relatif de **ne pas avoir de score global d'empathie**. En effet, le fait d'avoir moins d'empathie émotionnelle ne signifie pas qu'au final le médecin sera moins empathique, il pourra tout autant compenser par l'empathie cognitive, qui, nous le rappelons, prend une place importante dans **l'empathie clinique**. Peut-être qu'il serait intéressant de réaliser une échelle d'empathie clinique pour l'application de cette remarque. Deux limites ne sont pas négligeables contre balançant cette théorie ; l'une est que nous n'avons pas démontré de corrélation significative entre empathie cognitive et épuisement émotionnel, ainsi qu'accomplissement personnel. L'autre est que les deux empathies sont indispensables et intriquées, et donc aucune ne doit être négligée. Ces résultats seront de toutes les façons à confirmer par une étude de plus grande puissance.

Nous venons de voir que le burn out, à un **stade peu avancé**, généralement composé de la seule dimension « épuisement émotionnel », **influence peu la capacité à être empathique**. En revanche, à partir du moment où survient la **dépersonnalisation**, ou la **diminution de l'accomplissement personnel**, l'empathie est alors **clairement altérée**.

La mise en parallèle de **l'analyse des données sociodémographiques** en fonction du burn out et de l'empathie permet de souligner le **peu de facteurs communs** au burn out et à l'empathie. Seuls la réalisation d'une psychothérapie, le statut marital, et la durée de consultation influent sur les deux. Ces trois facteurs montrent bien qu'il existe des contraintes communes de trois ordres : des **contraintes personnelles**, des **contraintes sociales**, et des **contraintes organisationnelles**.

Par ailleurs, d'après les études rapportées dans cette thèse, et d'après nos résultats également, **la formation, et notamment celle spécifique à la relation médecin-patient** n'interfère que peu, voire pas du tout, sur le développement de l'empathie. De la même manière, la participation à la formation Balint n'entraîne pas d'amélioration de l'empathie. Or, l'empathie est indispensable pour créer une relation de soin satisfaisante pour le médecin et pour le patient. Il serait intéressant d'approfondir les recherches dans le domaine de la formation, afin de valider les stratégies d'enseignement orientées sur l'empathie en situation

clinique réelle, dans le cadre de la relation médecin-patient, comme celles qui ont été initiées aux Etats-Unis^{54;56}.

Enfin, les médecins en burn out marqué voient leur **capacité empathique altérée**. Aucun lien de causalité ne peut-être avancé du fait de la transversalité de l'étude. Cette étude a permis néanmoins de poser les fondations d'une étude ultérieure longitudinale visant à définir dans quel sens le lien s'effectue ; une « bonne » **empathie est-elle un facteur protecteur ou provocateur du burn out** ? Il peut aussi y avoir un lien de réciprocité, les deux s'influençant mutuellement.

2. Lien entre précision empathique et empathie dans la seconde partie de l'étude

La précision empathique a été établie grâce à la mesure de la différence de réponse entre le médecin et le patient, ainsi il est possible de mesurer la capacité du médecin à se mettre à la place de son patient. Nous avons réalisé des corrélations avec les auto-questionnaires JSPE et TEQ afin de comparer la capacité empathique théorique des médecins avec leur **empathie clinique en situation réelle**. La portée de ces résultats est à mettre en balance avec le faible échantillon. L'empathie émotionnelle mesurée par la **TEQ** est bien corrélée à la partie « **représentation émotionnelle** » de l'échelle BREF IPQ. Plus le score d'empathie TEQ est élevé, plus les réponses du médecin se rapprochent de celles du patient. Ce résultat confirme donc la capacité du questionnaire TEQ à mesurer l'empathie émotionnelle (cf. Tableau 51).

En revanche, nous avons retrouvé un résultat surprenant, à savoir que le score d'empathie cognitive « **prise de distance** » est corrélé de façon **positive** à la **différence de score** entre médecin et patient sur l'échelle BDI-II (cf. Tableau 50). Cela revient à dire que plus le score d'empathie cognitive est élevé, plus la précision empathique mesurée par le Delta de score médecin-patient sur l'échelle BDI-II est faible. Rappelons que nous avons sélectionné ce questionnaire afin de prendre en compte de façon plus spécifique la dimension émotionnelle du patient. L'hypothèse que nous pourrions soulever pour expliquer ce résultat serait qu'une **empathie cognitive** trop importante **empêcherait le médecin d'accéder aux émotions** du patient. Malheureusement, nous n'avons pas retrouvé le résultat significatif inverse permettant de confirmer cette théorie, à savoir que plus l'empathie émotionnelle serait élevée, plus la précision empathique sur l'échelle BDI-II le serait.

De façon générale, les réponses à la **JSPE** sont **peu corrélées à la précision empathique**. Nous avons déjà discuté des limites d'un auto-questionnaire dans l'évaluation de la capacité à être empathique. Bien que la JSPE ait été validée après avoir été confrontée à la mesure de l'empathie estimée par le patient¹⁵¹, les médecins souhaitant être considérés comme empathiques, sont susceptibles de surévaluer leurs scores d'empathie. Cette **désirabilité sociale** peut donc entraîner un biais dans les résultats.

3. Lien entre précision empathique et burn out dans la seconde partie de l'étude

La dimension dépersonnalisation est retrouvée comme significativement corrélée à la représentation émotionnelle de la maladie dans l'échelle BREF IPQ. **Plus le médecin est dépersonnalisé, plus ses résultats diffèrent de ceux du patient** en ce qui concerne cette représentation émotionnelle de la maladie. Ainsi, il est démontré que le burn out altère en partie la précision empathique du médecin (cf. Tableau 53).

On peut mettre en parallèle certains résultats retrouvés significatifs dans le même sens, à la fois pour **l'empathie cognitive « prise de distance »** à la JSPE et aussi pour la **dépersonnalisation** à la MBI. Ils ne sont néanmoins pas tout à fait superposables. Ces deux dimensions retrouvent une certaine prise de distance par rapport aux émotions, la dernière dimension ayant une forte connotation péjorative du fait du caractère excessif de cette mise à distance.

4. Etude du lien entre relation difficile et burn out, empathie, et précision empathique

Il était intéressant de prendre en considération la **perception de la relation médecin-patient** par le médecin dans le cadre de l'étude de l'empathie et du burn out. En effet, d'après D. Truchot¹³, la non-compliance des patients est un facteur de stress pour le médecin, et ces derniers ont tendance à incriminer la difficulté de la relation dans le cadre des facteurs de burn out.

Dans cette partie, un lien significatif a été trouvé entre score de DDPQRQ-10 et empathie (cf. Tableau 56). **Plus la relation médecin-patient est difficile**, plus l'empathie émotionnelle mesurée par la **TEQ est faible**. Inversement, **plus la relation médecin-patient est difficile**, plus le score de **prise de distance** ou « perspective taking » **est élevé**. Ce résultat pourrait être

expliqué par le fait que, dans le cadre de relations difficiles, le médecin ait tendance à plus laisser de côté ses émotions et à **solliciter davantage l'empathie cognitive**.

Concernant le lien entre DDPQRQ-10 et burn out, plus la relation médecin-patient est difficile, plus les scores des dimensions **épuisement émotionnel** et **dépersonnalisation sont élevés** (cf. Tableau 55). Cela confirme les propos de D. Truchot, à savoir que la relation médecin-patient peut être source de stress pour le médecin¹³. Cependant, aucun lien de causalité ne peut être avancé dans notre analyse, compte tenu du caractère transversal de cette étude.

Aucun lien n'a été mis en évidence concernant précision empathique et relation difficile.

VI. CONCLUSION

Nous avons pu confirmer, grâce à cette étude, une forte corrélation entre empathie et burn out.

Le dispositif d'analyse était original pour plusieurs raisons. La première repose sur la validation de la traduction en français d'un questionnaire d'empathie, validé jusqu'alors dans un contexte de publications anglo-saxonnes. La seconde originalité réside dans l'organisation du remplissage des questionnaires en dyades médecins-patients dans la seconde partie.

Nous avons démontré, dans la première partie de l'étude, que les médecins en burn out présentaient des scores d'empathie affective et cognitive plus faibles.

Des facteurs communs au burn out et à l'empathie ont été mis en évidence, certes peu nombreux mais variés, de nature organisationnelle, personnelle ou sociale. Nous avons notamment mis en exergue le lien entre burn out, empathie, et difficulté de la relation médecin-patient. Plus la relation est difficile, plus l'empathie cognitive et la dépersonnalisation sont élevés, ce qui nous semble traduire une prise de distance du médecin par rapport au patient. D'ailleurs, dans la seconde partie, plus l'empathie affective est élevée, plus l'épuisement émotionnel est élevé. L'équilibre reste donc à trouver entre les deux formes d'empathie, affective et cognitive, et entre prise de distance et dépersonnalisation.

L'intérêt d'avoir évalué la précision empathique par ces dyades permettait de la mettre en parallèle de l'empathie déclarative trouvée par notre questionnaire JSPE et par la TEQ. Ceci a permis de se rapprocher de l'exercice réel du médecin et de l'application directe de l'empathie dans sa vie professionnelle. Ces mesures ont révélé une faible corrélation entre les résultats aux questionnaires d'empathie JSPE et TEQ et la précision empathique dans les dyades, ce qui était inattendu. Deux éléments majeurs sont à prendre en compte dans l'interprétation de ce résultat. La désirabilité sociale dont peut faire preuve le médecin est un élément indéniable, la faible taille de l'échantillon limite aussi la portée de ces résultats.

Il a déjà été démontré que l'empathie était bénéfique pour la santé du patient. Ainsi, bien que les progrès techniques permettent d'obtenir des résultats bénéfiques, ils ne sont pas suffisants pour répondre à toutes les issues de santé. La qualité de la relation de soin en est un élément incontournable. Pour le médecin, sa santé est actuellement débattue du fait de l'incidence croissante du burn out. Ce dernier engendre des retombées sur l'interaction

avec le patient, mais aussi sur la démographie médicale. Ces conséquences, autant sur les patients que sur les médecins, font émerger un besoin urgent d'y trouver des solutions.

La compétence relationnelle, plus précisément l'empathie, est liée à la fois à la santé du patient et à celle du médecin. L'intérêt d'approfondir ce sujet est donc double. Il paraît indispensable de généraliser l'intégration de cette notion dans toutes les formations médicales, idéalement de façon la plus précoce, alors que jusqu'alors, l'enseignement initial de l'empathie reste pauvre.

Cette étude n'a pas permis d'établir un lien de causalité entre empathie et burn out du fait de sa transversalité. Il y aurait un réel intérêt à réaliser une étude longitudinale, afin de répondre à la question encore irrésolue : l'empathie protège-t-elle ou contribue-t-elle au burn out ?

VII. ANNEXES

A. PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE

1. Page d'information

Chers collègues

Nous vous proposons de participer à une étude originale sur la relation médecin malade. Le projet est porté par le Département de médecine générale et l'institut de psychologie de l'université Paris Descartes en lien avec le département de médecine générale de l'université P. & M. Curie et des sociétés savantes (Société Formation Thérapeutique du Généraliste, Société Médicale Balint, Atelier Français de Médecine Générale).

Pour étudier la relation médecin-malade en France, nous ne disposons pas à ce jour d'outils standardisés et validés en français. Les institutions qui portent le projet ont traduit un instrument d'origine américaine qu'il convient de valider auprès d'un grand groupe de praticiens qui accepteraient de bien vouloir décrire brièvement leurs perceptions ainsi que leur pratique. *Nous serions très heureux que vous puissiez participer à cette recherche innovante¹. Pour participer, vous devez (1) avoir une pratique de médecin généraliste allopathe à 70% au minimum et (2) remplir les questionnaires sur les pages suivantes (20 minutes).*

Si vous acceptez de participer, nous aimerions que vous répondiez aux différents questionnaires présentés dans ce document. Nous vous conseillons de les remplir à un moment où vous êtes non occupé(e) et/ou non dérangé(e). Prenez tout le temps qu'il vous faut pour répondre aux différentes questions. Si vous ressentez le besoin de remplir les questionnaires en plusieurs étapes, nous vous conseillons juste de finir le questionnaire commencé (le début de chaque nouveau questionnaire est indiqué dans le présent cahier). *Notez qu'il est très important pour nous que vous répondiez, seul, à toutes les questions et ce, dans l'ordre présenté.* N'hésitez pas, sur une page séparée, à ajouter tous les commentaires supplémentaires que vous désirez réaliser quant à ces questions. *Les informations qui seront recueillies dans cette série de questionnaires sont strictement confidentielles et anonymes.* Par ailleurs, vous recevrez les résultats de l'étude si vous en exprimez le souhait.

Nous vous remercions par avance, Cordialement,

S. Sultan ¹, F. Zenasni ², A. Catu-Pinault ^{2,5}, L. Rigal ², P. Jaury ^{2,6}, A. Marie Magnier ^{3,4}, H. Falcoff ^{2,4}

¹ Institut de psychologie, Université Paris Descartes ; ² Département de médecine générale, Université Paris Descartes ; ³ Département de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie ; ⁴ Société de formation Thérapeutique du Généraliste ; ⁵ Atelier Français de Médecine Générale ; ⁶ Société médicale Balint

2. Questionnaire sociodémographique

Situation sociodémographique

Date :

Numéro de votre département :

Sexe : Homme U Femme U

Age :

Votre localisation : Urbaine U ; Semi rurale U ; Rurale U

Statut marital actuel : Célibataire U ; En couple U ; Divorcé(e), veuf (veuve) U

Nombre d'enfants : 0 U ; 1 U ; 2 U ; 3 U ; 4 et + U

Pendant votre enfance, quel était le niveau d'étude de vos parents :

✓ *Père :* Primaire U ; Collège U ; Lycée ; U Bac ; Etude Supérieures U

✓ *Mère :* Primaire U ; Collège U ; Lycée ; U Bac ; Etude Supérieures U

Pendant votre enfance, quelle était la classe socioprofessionnelle de vos parents :

✓ *Père :*

✓ *Mère :*

Durant votre enfance, y a-t-il eu des problèmes de santé dans votre famille ? Oui U Non U

Durant votre enfance, y a-t-il eu des conflits dans votre famille ? Oui U Non U

Situation de votre pratique

Adhérez-vous à une société savante: SFTG U ; SFMG U ; Balint U ; Autre U ; Non U

Avez-vous suivi une formation spécifique à la relation médecin-malade (Plusieurs réponses possible) ?

NON U ; FM initiale U ; FM continue U ; Groupe Balint U ;
Groupe de pairs U ; DU U Autre U ;

Avez-vous suivi (ou suivez-vous actuellement) une psychothérapie ?

Oui U ; Non U ; Ne souhaite pas répondre U

Nombre d'années d'exercice :

Nombre d'années d'installation :

Secteur conventionnel : 1 U 2 U

Mode d'exercice particulier : Oui U Non U

Avez-vous suivi un 3^{ème} cycle de Médecine Générale ? Oui U Non U

Type : Résidanat U ; D.E.S. U

Nombre de consultations par semaine :

Durée moyenne des consultations (en minutes) :

Nombre moyen de visites par semaine :

Consultez-vous sur rendez-vous à : moins de 50% U ; plus de 50% U ; plus de 70% U

Cabinet : seul U en groupe U

Y a-t-il un secrétariat ? Non U ; Téléphonique U ; Sur place U

Etes-vous formateur ? Non U ; FM initiale U ; FM continue U ; Maître de stage U

3. Questionnaire JSPE

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

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

	Pas du tout	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Tout à fait
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	U	U	U	U	U	U	U
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	U	U	U	U	U	U	U
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	U	U	U	U	U	U	U
4. Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	U	U	U	U	U	U	U
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	U	U	U	U	U	U	U
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	U	U	U	U	U	U	U
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	U	U	U	U	U	U	U
8. Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	U	U	U	U	U	U	U
9. Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	U	U	U	U	U	U	U
10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	U	U	U	U	U	U	U
11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	U	U	U	U	U	U	U
12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	U	U	U	U	U	U	U
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	U	U	U	U	U	U	U
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	U	U	U	U	U	U	U
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	U	U	U	U	U	U	U
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	U	U	U	U	U	U	U
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	U	U	U	U	U	U	U
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	U	U	U	U	U	U	U
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	U	U	U	U	U	U	U
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	U	U	U	U	U	U	U

4. Questionnaire Maslach Burn-Out Inventory

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire. Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item selon l'échelle suivante :

Jamais : 0 ; Quelques fois par année, au moins : 1 ; Une fois par mois, au moins : 2 ;

Quelques fois par mois : 3 ; Une fois par semaine : 4 ; Quelque fois par semaine : 5 ; Chaque jour : 6

	Jamais	qqs fois par année	1 fois par mois	qqs fois par mois	1 fois par semaine	qqs fois par semaine	Chaque jour
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	U	U	U	U	U	U	U
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	U	U	U	U	U	U	U
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	U	U	U	U	U	U	U
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.	U	U	U	U	U	U	U
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	U	U	U	U	U	U	U
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	U	U	U	U	U	U	U
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.	U	U	U	U	U	U	U
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.	U	U	U	U	U	U	U
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	U	U	U	U	U	U	U
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	U	U	U	U	U	U	U
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	U	U	U	U	U	U	U
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	U	U	U	U	U	U	U
13. Je me sens frustré(e).	U	U	U	U	U	U	U
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	U	U	U	U	U	U	U
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.	U	U	U	U	U	U	U
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	U	U	U	U	U	U	U
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	U	U	U	U	U	U	U
18. Je me sens ragaillardí(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.	U	U	U	U	U	U	U
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	U	U	U	U	U	U	U
20. Je me sens au bout du rouleau.	U	U	U	U	U	U	U
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	U	U	U	U	U	U	U
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	U	U	U	U	U	U	U

5. Questionnaire TEQ

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire. Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item selon l'échelle suivante :

0 : jamais

1 : rarement

2 : parfois

3 : souvent

4 : toujours

	Jamais (0)	Rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Toujours (4)
1. Lorsque quelqu'un se sent très joyeux, j'ai tendance à devenir très joyeux aussi.	U	U	U	U	U
2. Les malheurs des autres ne me dérangent pas beaucoup.	U	U	U	U	U
3. Cela me dérange de voir quelqu'un traité de manière irrespectueuse.	U	U	U	U	U
4. Cela ne me fait rien lorsqu'une personne proche est heureuse.	U	U	U	U	U
5. J'aime faire en sorte que les autres se sentent mieux.	U	U	U	U	U
6. J'ai des sentiments de tendresse et de compassion pour les personnes moins chanceuses que moi.	U	U	U	U	U
7. Quand un(e) ami(e) commence à parler de ses problèmes, j'essaie d'orienter la conversation vers autre chose.	U	U	U	U	U
8. Je peux deviner quand les autres sont tristes, même quand ils ne disent rien.	U	U	U	U	U
9. Je trouve que je suis « en accord » avec les humeurs des autres.	U	U	U	U	U
10. Je ne ressens pas d'empathie pour les gens qui sont la cause de leurs propres maladies graves.	U	U	U	U	U
11. Je deviens irrité(e) quand quelqu'un pleure.	U	U	U	U	U
12. Je ne suis pas vraiment intéressé(e) par les sentiments des autres.	U	U	U	U	U
13. J'ai une forte envie d'apporter mon aide quand je vois quelqu'un qui a des problèmes.	U	U	U	U	U
14. Quand je vois une personne traitée de façon injuste, je ne ressens pas beaucoup de pitié pour elle.	U	U	U	U	U
15. Je trouve ridicule que les gens pleurent de bonheur.	U	U	U	U	U
16. Quand je vois une personne en train de se faire exploiter, je ressens plutôt le désir de la défendre.	U	U	U	U	U

B. DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE

1. Questionnaire médecin

Questionnaire médecin

Etude menée par le Département de Médecine Générale et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes

Le recueil et l'analyse des données sont totalement anonymes et strictement confidentiels.

Si vous avez des questions vous pouvez envoyer un mail à Annie Catu-Pinault^{1,2} : annie.catu-pinault@wanadoo.fr

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude.

1 Département de Médecine Générale, Université Paris Descartes ; 2 Atelier Français de Médecine Générale

a) Questionnaire médecin - Description de votre pratique
(A remplir une seule fois par le médecin au début de l'étude)

Numéro de votre département : _____
Date : _____

Numéro de questionnaire : _____
Age : _____ Sexe: _____

1) Statut marital actuel :

- Célibataire
- Divorcé(e)
- Marié(e) ou pacsé(e)
- Veuf(ve)

2) Nombre d'enfants : 0, 1, 2, 3, 4+

3) Localisation :

Urbaine Semi-rurale Rurale

4) Nombre d'années d'exercice : _____

5) Nombre d'années d'installation : _____

6) Secteur conventionnel (au choix) : 1 2

7) Durée moyenne des consultations (en minutes) : _____

8) Nombre de consultations par semaine : _____

9) Participez-vous à une (des) société(s) savante(s) ? précisez :

10) Avez-vous suivi une formation spécifique à la relation médecin-malade (cochez) ?

- Non
- Group Balint
- FM initiale
- Groupe de pairs
- FM continue
- DU ou autre

11) Avez-vous suivi (ou suivez-vous actuellement) une psychothérapie ?

- Oui
- Non
- ne souhaite pas répondre

12) Participez-vous à la formation des médecins :

- Oui
- Non

- Si oui, de quelle manière ? _____

13) Où êtes-vous né(e) Ville : Pays :

14) Pendant votre enfance, quelle était la profession exercée :

- Par votre père ? _____
- Par votre mère ? _____

15) Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

- Vous vous considérez à l'aise financièrement
- Vos revenus sont suffisants pour répondre à vos besoins ou à ceux de votre famille
- Vos revenus ne sont pas suffisants pour répondre à vos besoins ou à ceux de votre famille
- Vous vous considérez pauvre
- Vous vous considérez très pauvre

b) Questionnaire JSPE

Instructions: Veuillez lire attentivement chacune des affirmations suivantes. Veuillez, pour chacune d'elle, indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord en entourant le nombre approprié qui figure après chaque affirmation. Pour cela utilisez l'échelle suivante en 7-points (plus le chiffre est élevé, plus vous êtes d'accord avec l'affirmation).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	1	2	3	4	5	6	7
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	1	2	3	4	5	6	7
4. Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	1	2	3	4	5	6	7
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	1	2	3	4	5	6	7
8. Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	1	2	3	4	5	6	7
9. Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	1	2	3	4	5	6	7
11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	1	2	3	4	5	6	7
12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	1	2	3	4	5	6	7
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	1	2	3	4	5	6	7
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	1	2	3	4	5	6	7
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	1	2	3	4	5	6	7
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	1	2	3	4	5	6	7
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	1	2	3	4	5	6	7
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	1	2	3	4	5	6	7

c) La TEQ

Questionnaire TEQ

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire. Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item, en entourant le chiffre approprié selon l'échelle suivante :

- 0 : jamais
- 1 : rarement
- 2 : parfois
- 3 : souvent
- 4 : toujours

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Lorsque quelqu'un se sent très joyeux, j'ai tendance à devenir très joyeux aussi.	0	1	2	3	4
2. Les malheurs des autres ne me dérangent pas beaucoup.	0	1	2	3	4
3. Cela me dérange de voir quelqu'un traité de manière irrespectueuse.	0	1	2	3	4
4. Cela ne me fait rien lorsqu'une personne proche est heureuse.	0	1	2	3	4
5. J'aime faire en sorte que les autres se sentent mieux.	0	1	2	3	4
6. J'ai des sentiments de tendresse et de compassion pour les personnes moins chanceuses que moi.	0	1	2	3	4
7. Quand un(e) ami(e) commence à parler de ses problèmes, j'essaie d'orienter la conversation vers autre chose.	0	1	2	3	4
8. Je peux deviner quand les autres sont tristes, même quand ils ne disent rien.	0	1	2	3	4
9. Je trouve que je suis « en accord » avec les humeurs des autres.	0	1	2	3	4
10. Je ne ressens pas d'empathie pour les gens qui sont la cause de leurs propres maladies graves.	0	1	2	3	4
11. Je deviens irrité(e) quand quelqu'un pleure.	0	1	2	3	4
12. Je ne suis pas vraiment intéressé(e) par les sentiments des autres.	0	1	2	3	4
13. J'ai une forte envie d'apporter mon aide quand je vois quelqu'un qui a des problèmes.	0	1	2	3	4
14. Quand je vois une personne traitée de façon injuste, je ne ressens pas beaucoup de pitié pour elle.	0	1	2	3	4
15. Je trouve ridicule que les gens pleurent de bonheur.	0	1	2	3	4
16. Quand je vois une personne en train de se faire exploiter, je ressens plutôt le désir de la défendre.	0	1	2	3	4

d) GHQ 12

Questionnaire GHQ-12

Récemment est ce que vous :

1 Vous êtes senti(e) capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude
2 Avez mal dormi à cause de préoccupations ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
3 Avez eu l'impression de vous rendre utile ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude
4 Vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions en général ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude
5 Vous êtes senti(e) constamment sous tension ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
6 Avez eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
7 Avez été capable de tirer satisfaction de vos activités quotidiennes ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude
8 Avez été capable de faire face aux difficultés ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude
9 Vous êtes senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
10 Avez perdu confiance en vous ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
11 Avez eu l'impression d'être un(e) « moins que rien »	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
12 Vous êtes senti(e) raisonnablement heureux(se), tout compte fait ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins que d'habitude	Bien moins que d'habitude

e) La MBI

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire. Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item selon l'échelle suivante :

Jamais : 0 ; Quelques fois par année, au moins : 1 ; Une fois par mois, au moins : 2 ; Quelques fois par mois : 3 ; Une fois par semaine : 4 ; Quelque fois par semaine : 5 ; Chaque jour : 6

	Jamais	qqs fois par année	1 fois par mois	qqs fois par mois	1 fois par semaine	qqs fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e).	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau.	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	0	1	2	3	4	5	6

Nous vous remercions très chaleureusement pour votre participation

2. Questionnaire médecin/patient

Questionnaire médecin/patient

Etude menée par le Département de Médecine Générale et l'Institut de Psychologie de
l'Université Paris Descartes

Le recueil et l'analyse des données sont totalement anonymes et strictement confidentiels.

Si vous avez des questions vous pouvez envoyer un mail à
Annie Catu-Pinault^{1,2} : annie.catu-pinault@wanadoo.fr

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude.

Critères d'inclusion :

- **Diabète Type 2**

Inclure les 12 premiers patients type 2

Inclure un seul patient par jour maximum, le premier de la journée

Quand le patient ne parle pas suffisamment bien le français, inclure le suivant, jusqu'à 12 patients inclus

- **Homme ou femme âgé(e) entre 20 et 70 ans**

Pas de comorbidités graves (cancer, troubles psychologiques graves, HIV, troubles neurodégénératifs)

Pas de diabète secondaire

Pas d'autres ALD non cardiovasculaires

1 Département de Médecine Générale, Université Paris Descartes ; 2 Atelier Français de Médecine Général

a) Questionnaire sociodémographique

Numéro Dyade Médecin | _____ | *Ce numéro confidentiel vous est attribué pour la durée de l'étude*
Patient | _____ |

Questionnaire Perception des émotions et pensées du patient

A remplir pour chaque patient inclus

Critères d'inclusion :

- **Diabète Type 2**

Inclure les 12 premiers patients type 2

Inclure un seul patient par jour maximum, le premier de la journée

Quand le patient ne parle pas suffisamment bien le français, inclure le suivant, jusqu'à 12 patients inclus

- **Homme ou femme âgé(e) entre 20 et 70 ans**

Pas de comorbidités graves (cancer, troubles psychologiques graves, HIV, troubles neurodégénératifs)

Pas de diabète secondaire

Pas d'autres ALD non cardiovasculaires

A compléter :

- **Données médicales**
- **Protocole de prise de perspective**
 - **Brief IPQ-R diabète**
 - **SF-12**
 - **BDI-II**
 - **DDPR**

!! IMPORTANT !!

**IL EST INDISPENSABLE POUR LA VALIDITE DES DONNEES DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE
LE JOUR-MEME DE LA CONSULTATION AVEC LE PATIENT.**

Date JJ/MM/AAAA : |__| |__| |____|

DONNEES MEDICALES

HbA1c (deux dernières connues) : et

Complication vasculaire cérébrale : Oui non

Si oui : Anomalies sur doppler carotidien
 Antécédent accident vasculaire cérébral

Complication coronarienne : Oui non

Si oui : Antécédent Revascularisation
 Antécédent Infarctus

Artérite : Oui non

Si oui : Artérite clinique ou doppler
 Antécédent Revascularisation
 Antécédent Amputation

Rétinopathie : Oui non

Si oui : Rétinopathie (sans laser, sans perte majeure de l'acuité)
 Traitement laser
 Perte majeure de l'acuité visuelle

Néphropathie secondaire au diabète Oui non
(protéinurie et/ou clairance < 60ml/min)

Si oui : Néphropathie
 Dialyse
 Greffe

Complication podologique : Oui non

Si oui : Neuropathie périphérique
 Antécédent Plaie
 Antécédent Amputation

Médicaments anti-diabétiques actuels en fin de consultation (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- aucun
- metformine
- sulfamides ou glinides
- glitazone
- glucor
- Analogue GLP1
- INHIBITEUR DPP4

INSULINE : OUI NON

Age patient : ans Poids : Kgs Taille : m,..... cm
ou IMC :

Sexe : F M

Activité professionnelle : Oui Non

Diplôme le plus élevé :

Etat civil actuel : célibataire en couple marié(e)
 Séparé/divorcé veuf(ve)

Age au début du diabète : ans

Autres problèmes médicaux à part le diabète ? Oui non

Si oui, précisez le(s)quel(s) et depuis quand :

Lesquels ? Depuis quand ?

1.

2.

3.

Autres :

b) BREF IPQ

Votre patient doit répondre aux questions suivantes (*Bref Questionnaire de Perception de Diabète*) concernant sa maladie. **Indiquez les réponses qui d'après vous ont été données par votre patient. D'après vous, comment votre patient a-t-il répondu aux questions suivantes ?**

Bref Questionnaire de Perception de Diabète

Pour les questions suivantes, veuillez entourer le chiffre correspondant le mieux à votre opinion:

Comment votre diabète affecte-t-il votre vie?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'affecte pas du tout											Affecte sévèrement ma vie

Combien de temps estimez-vous que votre diabète va durer?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu de temps											Toujours

Comment évaluez-vous votre pouvoir de contrôle sur votre diabète ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolument aucun contrôle											Enormément de contrôle

Comment pensez-vous que votre traitement puisse vous aider?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout											Extrêmement utile

Quelle est la fréquence de vos symptômes?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de symptômes du tout											Beaucoup de symptômes sévères

Comment êtes-vous concerné par votre diabète ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout concerné											Extrêmement concerné

Comment pensez-vous comprendre votre diabète?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne comprends pas du tout											Comprends très clairement

Comment votre diabète vous affecte-t-il émotionnellement ? (par exemple : Vous met en colère, vous effraye, vous contrarie ou vous déprime?)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout affecté émotionnellement											Extrêmement affecté émotionnellement

Veuillez énumérer par ordre d'importance les trois raisons qui ont - à votre avis – provoqué votre diabète.

Les raisons les plus importantes pour moi:

1. _____
2. _____
3. _____

c) SF 12

Votre patient doit répondre aux questions suivantes (SF-12) concernant sa maladie.
Indiquez les réponses qui d'après vous ont été données par votre patient.
D'après vous, comment votre patient a-t-il répondu aux questions suivantes ?

Questionnaire SF-12

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Médiocre 5. Mauvaise

2. Voici une liste des activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

a) Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non pas du tout limité(e)

b) Monter plusieurs étages par l'escalier

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non pas du tout limité(e)

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,...

a) Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelque fois 5. Jamais

b) Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelque fois 5. Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))...

a) Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelque fois 5. Rarement 6. Jamais

b) Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelque fois 5. Rarement 6. Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1. Pas du tout 2. Un petit peu 3. Moyennement 4. Beaucoup 5. Enormément

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. Tout le temps 2. Une grande partie du temps 3. De temps en temps 4. Rarement 5. Jamais

Votre patient doit répondre aux questions suivantes (SF-12) concernant sa maladie.
Indiquez les réponses qui d'après vous ont été données par votre patient.
D'après vous, comment votre patient a-t-il répondu aux questions suivantes ?

7. Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...

a) Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| 1. En permanence | 2. Très souvent | 3. Souvent |
| 4. Quelque fois | 5. Rarement | 6. Jamais |

b) Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| 1. En permanence | 2. Très souvent | 3. Souvent |
| 4. Quelque fois | 5. Rarement | 6. Jamais |

c) Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)

- | | | |
|------------------|-----------------|------------|
| 1. En permanence | 2. Très souvent | 3. Souvent |
| 4. Quelque fois | 5. Rarement | 6. Jamais |

d) BDI-II

Votre patient doit répondre aux questions suivantes (*BDI-II*) concernant sa maladie.
Indiquez les réponses qui d'après vous ont été données par votre patient.
D'après vous, comment votre patient a-t-il répondu aux questions suivantes ?

BDI-II

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Entourez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modification de l'appétit).

<p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste</p> <p>1 Je me sens très souvent triste</p> <p>2 Je suis tout le temps triste</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable</p>	<p>5. Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable</p>
<p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer</p>	<p>6. Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e)</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e)</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e)</p>
<p>3. Echecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e)</p> <p>1 J'ai échoué(e) plus souvent que je n'aurais dû</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie</p>	<p>7. Sentiment négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout</p>
<p>4. Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement</p>	<p>8. Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent</p>
	<p>9. Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas</p> <p>2 J'aimerais me suicider</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait</p>

10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant
- 1 Je pleure plus qu'avant
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable

11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

12. Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13. Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision

14. Dévaluation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- 2 Je me sens moins valable que les autres
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien

15. Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16. Modification dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude
- 3a Je dors presque toute la journée
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir

17. Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
- 3 Je suis constamment irritable

18. Modification de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3b J'ai constamment envie de manger

19. Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20. Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre des choses que je faisais avant
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe

e) DDPR-10 Fr

Pour le questionnaire suivant, indiquez votre avis sur la relation que vous avez avec le (la) patient(e).

Questionnaire DDPR-FR

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

0 : jamais

1 : rarement

2 : parfois

3 : souvent

4 : toujours

1. A quel point êtes-vous frustré (e) par les plaintes de ce patient ?	0	1	2	3	4
2. Est-ce que traiter ce patient vous prend beaucoup de temps ?	0	1	2	3	4
3. Trouvez-vous ce patient frustrant ?	0	1	2	3	4
4. Ce patient est-il manipulateur ?	0	1	2	3	4
5. Espérez-vous secrètement ne plus revoir ce patient ?	0	1	2	3	4
6. Attendez-vous avec plaisir la prochaine visite de ce patient ?	0	1	2	3	4
7. Etes-vous content de vous occuper de ce patient ?	0	1	2	3	4
8. Est-ce difficile de communiquer avec ce patient ?	0	1	2	3	4
9. Est-ce que ce patient est autodestructeur ?	0	1	2	3	4
10. Etiez-vous à l'aise avec ce patient aujourd'hui ?	0	1	2	3	4

Nous vous remercions très chaleureusement pour votre participation !

3. Questionnaire patient

Questionnaire patient

Etude menée par le Département de Médecine Générale et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes

Le recueil et l'analyse des données sont totalement anonymes et strictement confidentiels.

Si vous avez des questions vous pouvez envoyer un mail à Annie Catu-Pinault^{1,2} : annie.catu-pinault@wanadoo.fr

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude.

1 Département de Médecine Générale, Université Paris Descartes ; 2 Atelier Français de Médecine Générale

Les coordinateurs de l'étude

Emilie **Boujut** ¹
emilieboujut@hotmail.com

Céline **Buffel du Vaure** ²
Celine.buffelduvaure@gmail.com

Annie **Catu-Pinault** ^{2,4}
annie.catu-pinault@wanadoo.fr

Hector **Falcoff** ^{2,3}
Hector.falcoff@sfr.fr

Madeleine **Favre** ^{2,3}
madeleinefavre@noos.fr

Philippe **Jaury** ^{2,5}
Philippe.jaury@parisdescartes.fr

Laurent **Rigal** ²
laurent.rigal@free.fr

Serge **Sultan** ¹
serge.sultan@parisdescartes.fr

Aude **Woerner** ²
aude.woerner@neuf.fr

Marion **Zambrano** ²
zambranomarion@yahoo.fr

Franck **Zenasni** ¹
franck.zenasni@parisdescartes.fr

1 Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie (IUPDP)

2 Département de Médecine Générale, Université Paris Descartes

3 Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

4 Atelier Français de Médecine Générale

5 Société Médicale Balint

a) Questionnaire sociodémographique

Questions Générales

Date JJ/MM/AAAA : | ___ | ___ | ___ | Age : _____ Sexe: _____

11) Statut marital actuel :

- Célibataire - Séparé(e), Divorcé(e)
- En couple - Veuf(ve)

12) Nombre d'enfants : 0, 1, 2, 3, 4+

13) Votre taille : _____ **Votre poids :** _____

14) Date du début de la maladie : _____

15) Quel est le diplôme le plus avancé que vous ayez obtenu ?

16) Où êtes-vous né(e) ? Ville Pays

17) Pendant votre enfance, quelle était la profession exercée :

- Par votre père ? _____
- Par votre mère ? _____

18) Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ? (entourez un numéro)

- A l'aise financièrement
- Vos revenus sont suffisants (pour répondre à vos besoins ou à ceux de votre famille)
- Vos revenus ne sont pas suffisants (pour répondre à vos besoins ou à ceux de votre famille)
- Vous vous considérez plutôt pauvre
- Vous vous considérez très pauvre

b) BREF IPQ

Bref Questionnaire de Perception de Diabète

Pour les questions suivantes, veuillez entourer le chiffre correspondant le mieux à votre opinion:

Comment votre diabète affecte-t-elle votre vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'affecte pas du tout Affecté sévèrement ma vie

Combien de temps estimez-vous que votre diabète va durer?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très peu de temps Toujours

Comment évaluez-vous votre pouvoir de contrôle sur votre diabète ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Absolument aucun contrôle Enormément de contrôle

Comment pensez-vous que votre traitement puisse vous aider?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement utile

Quelle est la fréquence de vos symptômes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de symptômes du tout Beaucoup de symptômes sévères

Comment êtes-vous concerné par votre diabète ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout concerné Extrêmement concerné

Comment pensez-vous comprendre votre diabète?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne comprends pas du tout Comprends très clairement

Comment votre diabète vous affecte-t-elle émotionnellement ? (par exemple : Vous met en colère, vous effraye, vous contrarie ou vous déprime?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout affecté émotionnellement Extrêmement affecté émotionnellement

Veuillez énumérer par ordre d'importance les trois raisons qui ont - à votre avis – provoqué votre diabète.

Les raisons les plus importantes pour moi:

1. _____
2. _____
3. _____

c) SF 12

Questionnaire SF-12

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Médiocre 5. Mauvaise

2. Voici une liste des activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

a) Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non pas du tout limité(e)

b) Monter plusieurs étages par l'escalier

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non pas du tout limité(e)

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,...

a) Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelques fois 5. Jamais

b) Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelques fois 5. Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)...

a) Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

b) Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1. Pas du tout 2. Un petit peu 3. Moyennement 4. Beaucoup 5. Enormément

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. Tout le temps 2. Une grande partie du temps 3. De temps en temps 4. Rarement 5. Jamais

7. Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...

a) Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

b) Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

c) Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent
4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

d) BDI-II

BDI-II

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Entourez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modification de l'appétit).

1. Tristesse

- a. Je ne me sens pas triste
- b. Je me sens très souvent triste
- c. Je suis tout le temps triste
- d. Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable

2. Pessimisme

- a. Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
- b. Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir
- c. J'ai ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
- d. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

3. Echecs dans le passé

- a. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e)
- b. J'ai échoué(e) plus souvent que je n'aurais dû
- c. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
- d. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4. Perte de plaisir

- a. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
- b. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
- c. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
- d. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement

5. Sentiments de culpabilité

- a. Je ne me sens pas particulièrement coupable
- b. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
- c. Je me sens coupable la plupart du temps
- d. Je me sens tout le temps coupable

6. Sentiment d'être puni(e)

- a. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
- b. Je sens que je pourrais être puni(e)
- c. Je m'attends à être puni(e)
- d. J'ai le sentiment d'être puni(e)

7. Sentiment négatifs envers soi-même

- a. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
- b. J'ai perdu confiance en moi
- c. Je suis déçu(e) par moi-même
- d. Je ne m'aime pas du tout

8. Attitude critique envers soi

- a. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
- b. Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
- c. Je me reproche tous mes défauts
- d. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent

9. Pensées ou désirs de suicide

- a. Je ne pense pas du tout à me suicider
- b. Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
- c. J'aimerais me suicider
- d. Je me suiciderais si l'occasion se présentait

10. Pleurs

- a. Je ne pleure pas plus qu'avant
- b. Je pleure plus qu'avant
- c. Je pleure pour la moindre petite chose
- d. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable

11. Agitation

- a. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- b. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- c. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
- d. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

12. Perte d'intérêt

- a. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
- b. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
- c. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
- d. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13. Indécision

- a. Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
- b. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
- c. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
- d. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision

14. Dévaluation

- a. Je pense être quelqu'un de valable
- b. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- c. Je me sens moins valable que les autres
- d. Je sens que je ne vauds absolument rien

15. Perte d'énergie

- a. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
- b. J'ai moins d'énergie qu'avant
- c. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
- d. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16. Modification dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude
- 3a Je dors presque toute la journée
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir

17. Irritabilité

- a. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude
- b. Je suis plus irritable que d'habitude
- c. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
- d. Je suis constamment irritable

18. Modification de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout
- 3b J'ai constamment envie de manger

19. Difficulté à se concentrer

- a. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant
- b. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
- c. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- d. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20. Fatigue

- a. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
- b. Je me fatigue plus facilement que d'habitude
- c. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre des choses que je faisais avant
- d. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- a. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
- b. Le sexe m'intéresse moins qu'avant
- c. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
- d. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe

e) EUROPEP

Questionnaire EUROPEP

Instructions : Veuillez lire attentivement chacune des affirmations suivantes. Veuillez, pour chacune d'elle, indiquer à quel point vous êtes satisfait ou non, en entourant un chiffre. Pour cela utiliser l'échelle suivante en 7 points.

Echelle en 7 points (plus le chiffre est élevé, plus vous êtes satisfait avec l'affirmation).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout satisfait

Tout à fait satisfait

Quel est votre niveau de satisfaction au sujet du soignant en ce qui concerne...

Relation Soignant-Patient

1. L'impression que vous avez assez de temps, pendant la consultation	1 2 3 4 5 6 7
2. L'intérêt porté à votre situation personnelle	1 2 3 4 5 6 7
3. Sa capacité à vous mettre à l'aise pour parler de vos problèmes	1 2 3 4 5 6 7
4. Sa capacité à vous impliquer dans les décisions relatives à vos soins médicaux	1 2 3 4 5 6 7
5. Sa capacité de vous écouter	1 2 3 4 5 6 7
6. La garantie que votre dossier et les données vous concernant restent confidentielles	1 2 3 4 5 6 7

Prise en charge médico-technique

1. Le soulagement rapide de vos symptômes	1 2 3 4 5 6 7
2. L'aide qu'il vous a apportée pour que vous soyez apte à mener vos activités normales	1 2 3 4 5 6 7
3. Son souci du détail	1 2 3 4 5 6 7
4. L'examen physique pratiqué sur vous (auscultation)	1 2 3 4 5 6 7
5. Ses suggestions quant à la prévention des maladies (conseils, vaccinations, etc.)	1 2 3 4 5 6 7

Information et soutien des patients

1. Les explications données quant à l'objectif des tests et des traitements	1 2 3 4 5 6 7
2. Les réponses à vos questions concernant vos symptômes et/ou votre maladie	1 2 3 4 5 6 7
3. L'aide à résoudre les problèmes émotionnels liés à votre état de santé	1 2 3 4 5 6 7
4. Les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés	1 2 3 4 5 6 7

Coordination et continuité de la prise en charge

1. Le souvenir de ce qui a été dit ou fait lors de consultations précédentes	1 2 3 4 5 6 7
2. La façon de vous préparer pour que vous sachiez ce à quoi vous devez vous attendre au niveau des spécialistes ou des soins à l'hôpital	1 2 3 4 5 6 7

Organisation du service ou du cabinet et disponibilité

1. L'amabilité du personnel (autre que le docteur)	1 2 3 4 5 6 7
2. La prise d'un rendez-vous à un moment qui vous convient	1 2 3 4 5 6 7
3. Les possibilités de contacter le secrétariat par téléphone	1 2 3 4 5 6 7
4. La possibilité de parler au soignant par téléphone	1 2 3 4 5 6 7
5. La durée de l'attente dans la salle d'attente	1 2 3 4 5 6 7
6. Les propositions d'interventions rapides pour des problèmes de santé urgents	1 2 3 4 5 6 7

f) La Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

Les questions ci-dessous portent sur les comportements de soin que vous avez adoptés dans les 7 derniers jours.

Si vous avez été malade (rhume, grippe, angine, etc.) durant ces 7 jours, référez vous s'il vous plaît à la dernière période de 7 jours pendant laquelle vous n'avez pas été malade.

Entourez un chiffre svp

R1. Durant combien de ces SEPT JOURS avez-vous suivi les mesures diététiques recommandées ?	0 1 2 3 4 5 6 7
R2. En moyenne, sur le mois écoulé, pendant combien de JOURS PAR SEMAINE avez-vous suivi vos recommandations diététiques ?	0 1 2 3 4 5 6 7
R3. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jour(s) avez-vous mangé au moins cinq fois des fruits ou des légumes ?	0 1 2 3 4 5 6 7
R4. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jour(s) avez-vous mangé des aliments riches en graisse, comme de la viande grasse ou du fromage ?	0 1 2 3 4 5 6 7
R5. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jour(s) avez-vous bu de l'alcool (vin, bière, etc.) ?	0 1 2 3 4 5 6 7
E1. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jour(s) avez-vous effectué au moins 30 minutes d'activité physique ? (temps total d'activité continue, incluant la marche à pied)	0 1 2 3 4 5 6 7
E2. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jour(s) avez-vous effectué une séance d'exercice physique (comme la natation, la marche à pied, le vélo) autre que ce que vous faites naturellement à la maison ou au travail ?	0 1 2 3 4 5 6 7
G1. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jours avez-vous vérifié votre glycémie ?	0 1 2 3 4 5 6 7
G2. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jours avez-vous vérifié votre glycémie autant de fois que votre médecin l'a recommandé ?	0 1 2 3 4 5 6 7
P1. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jours avez-vous vérifié l'état de vos pieds autant de fois que le médecin vous l'a recommandé ?	0 1 2 3 4 5 6 7
P2. Dans les SEPT JOURS écoulés, combien de jours avez-vous inspecté l'intérieur de vos chaussures autant de fois que le médecin vous l'a recommandé ??	0 1 2 3 4 5 6 7
T1. Avez-vous fumé une cigarette – même une bouffée – durant les SEPT JOURS écoulés ?	0. Non 1. Oui
Si oui, combien de cigarettes avez-vous fumées en moyenne par jour ?	0 1 2 3 4 5 6 7
T2. Nombre de cigarettes : _____	_____

4. Lettre de participation à la première partie de l'étude

Cher(e) ami(e),

Nous vous proposons de participer à une étude originale sur la relation médecin malade.

Le projet est porté par le Département de médecine générale et l'Institut de Psychologie de Paris Descartes associés avec le Département de médecine générale de Paris P. et M. Curie et des Sociétés Savantes (Société Formation Thérapeutique du Généraliste, Société Médicale Balint, Atelier Français de Médecine Générale).

Pour étudier la relation médecin-malade en France, nous ne disposons pas à ce jour d'outils standardisés validés en français. Les institutions qui portent le projet ont traduit un instrument d'origine américaine qu'il convient de valider auprès d'un grand groupe de praticiens qui accepteraient de bien vouloir décrire brièvement leurs perceptions ainsi que leur pratique.

Cette étape est essentielle au développement des activités de recherche sur la relation médecin-malade en France et dans les pays francophones.

Nous serions très heureux que vous puissiez participer à cette recherche innovante.

Pour participer :

- Vous devez avoir une pratique de médecin généraliste allopathe à 70% au minimum.
- Vous devrez remplir un questionnaire (20 minutes)
- Vous recevrez les résultats de l'étude si vous en exprimez le souhait

Si vous souhaitez participer à cette étude nous vous remercions de nous l'indiquer par retour de mail.

Dans l'espoir d'une réponse positive, nous vous prions de recevoir, cher(e) ami(e), nos salutations les plus cordiales.

Serge Sultan (1), Annie Catu-Pinault (2,5), Laurent Rigal (2), Philippe Jaury (2,6) Anne Marie Magnier (3,4), Hector Falcoff (2,4)

1 Institut de psychologie médicale, Université Paris Descartes

2 Département de médecine générale, Université Paris Descartes

3 Département de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie

4 Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

5 Atelier Français de Médecine Générale

6 Société médicale Balint

5. Lettre de participation à la seconde partie de l'étude



Site Cochin 24, Rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 PARIS

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Cher(e) Ami(e),

Nous sommes fin prêts pour vous envoyer les questionnaires pour l'étude diabète et empathie.

Suite au pré-test, nous avons décidé de nous passer de réunion pour présenter les questionnaires aux investigateurs de province. Vous allez donc recevoir une grosse enveloppe A4 par la poste avec les questionnaires patients et médecins et le mode d'emploi. Une interne dont c'est le sujet de thèse vous contactera dans la semaine où vous recevrez les questionnaires. Vous pourrez ensuite la contacter pour lui demander des précisions. **Il nous manque votre adresse exacte pour faire l'envoi du paquet, et/ou un numéro de téléphone pour vous joindre si besoin.** Nous vous rappelons que vous êtes indemnisé un C par patient inclus et que nous souhaitons l'inclusion de 12 patients. Pour l'exploitation des réponses, il est nécessaire que vous remplissiez les questionnaires après chaque patient vu. Nous vous demandons donc d'inclure un seul patient (diabétique) par jour, le premier de la journée (sauf exclusions) et de remplir le questionnaire juste après la consultation. Attention lisez un questionnaire médecin avant de commencer pour être certain que vous aurez toutes les informations pratiques dans votre dossier. Nous vous prions de recevoir, cher(e) ami(e), nos salutations les plus cordiales.

Annie Catu-Pinault (1, 5), Hector Falcoff (1, 4), Philippe Jaury (1, 6), Anne Marie Magnier (3, 4), Laurent Rigal (1), Serge Sultan (2)

1 Département de médecine générale, Université Paris Descartes
2 Institut de psychologie médicale, Université Paris Descartes
3 Département de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie
4 Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
5 Atelier Français de Médecine Générale
6 Société médicale Balint

PS : pour nous répondre annie.catu-pinault@wanadoo.fr 06 30 80 45 50

C. CALCUL DU SCORE DE NIVEAU SOCIO PROFESSIONNEL FAMILIAL

Catégories professionnelles

Catégorie faible 3	Catégorie moyenne 2	Catégorie supérieure 1
<p>Employés de bureau et transports.</p> <p>Employés de commerce (vendeurs, voyageurs de commerce, salariés...).</p> <p>Personnels de service (employés de maison, femmes de ménage, chauffeur de taxi, garçons de café, ouvreuses de cinéma...).</p> <p>Personnels de l'armée et de la police (sauf les cadres).</p> <p>Ouvriers qualifiés (P1, P2, P3...) et ouvriers spécialisés (OS1, OS2...).</p> <p>Chauffeurs agricoles</p> <p>Retraités (à modifier si précision)</p> <p>Chômeurs (ayant exercé une profession dans le passé ou devant exercer une prochainement, par exemple les mères de famille qui ont quitté une profession pour s'occuper de leur ménage). (possibilité de modifier si précision)</p> <p>Étudiants (possibilité de modifier si précision)</p> <p>Personnes sans profession (mères de famille s'étant toujours consacrées à leur ménage).</p> <p>Réponse manquante</p>	<p>Agriculteurs (propriétaires exploitants, fermiers, métayers, "aides familiaux", non salariés).</p> <p>"Artisans" (travailleurs indépendants ou employant au plus 5 salariés),</p> <p>"Commerçants" (employant moins de 3 salariés).</p> <p>Cadres moyens (administratifs ou autres), instituteurs, travailleurs des services médicaux et sociaux, techniciens...Contremaîtres et assimilés.</p>	<p>Professions libérales (par exemple, médecins, notaires, architectes, experts-comptables).</p> <p>Chefs d'entreprises industrielles employant plus de 5 salariés</p> <p>"Gros commerçants" (employant au moins 3 salariés ou davantage, agents d'affaires, etc...).</p> <p>Cadres supérieurs (administratifs et commerciaux), professeurs (et personnes exerçant des professions intellectuelles de même niveau), ingénieurs...</p>

Niveaux d'éducation

Niveau faible 3	Niveau moyen 2	Niveau élevé 1
Aucun diplôme Collège sans BEPC BEPC, CAP, BEP Lycée sans BAC	Lycée avec BAC BAC+2	Diplôme supérieur

Pour chaque parent, on obtient la note métier (NSP 1, 2, 3) et la note éducation (NSP 1, 2, 3). Avec ces 4 notes, on prend la note la plus favorable qui correspond au NSP familial.

Exemple : maman métier NSP 2, éducation 1, papa métier NSP 3, éducation 3, donc score de la famille : NSP 1.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Jaddo**. Beyrouth. 26 septembre 2009. (page consultée le 13 juin 2012). Juste après dresseuse d'ours, [En ligne]. <http://www.jaddo.fr/2009/09/26/beyrouth/>
2. **Dupuis C, Gattuso C**. L'activité médicale grignotée, généralistes « multitâches ». *Quotidien du médecin*. 2012 avr 2; (9108) : 3.
3. **Montaron S**. Un médecin épuisé met sa santé et ses patients en danger. *Le progrès*. 2012 mar 22: 12-3.
4. **Gattuso C**. Le cri d'alarme d'une interne, le respect de la législation en question. *Quotidien du médecin*. 2012 mar 20; (9101) : 3.
5. **Bayle-Iniguez A**. Epuisement, sentiment d'abandon, insécurité juridique, après les généralistes, les internes cibles du burn out. *Quotidien du médecin*. 2012 mar 15; (9099) : 3.
6. **Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP**. Trend in burnout among swiss doctors. *Swiss Med Wkly* [En ligne]. Août 2010, vol 140 : w13070, [Consulté le 22/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.smw.ch/content/smw-2010-13070/>
7. **Giet R**. Burn out : quand l'épuisement guette. *Bulletin Ressource de l'URML de Bourgogne* [En ligne]. Janvier 2002 , n°1, [Consulté le 27 février 2011]. Disponibilité sur Internet : <http://www.urps-med-bourgogne.org/uploaded-files/actions/plaquette-burn-out.pdf>
8. **Mouries R, Galam E**. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses, perspectives. Commission Prévention et Santé publique URML Ile de France [En ligne]. Juin 2007, [Consulté le 26 janvier 2012]. Disponibilité sur Internet : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.
9. **Truchot D**. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques*. 2009 ; 167(6) : 422-8.
10. **Mantz JM, Wattel F**. Importance de la communication dans la relation Soignant-Soigné. *Académie Nationale de Médecine* [En ligne]. 20 Juin 2006 [Consulté le 11 mai 2012]. Disponibilité sur Internet : http://www.academie-medecine.fr/upload/anciens/rapports_287_fichier_lie.rtf
11. **Moreau A, Hauzanneau P**. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *La revue du Praticien. Médecine Générale*. 2004 Dec 20; 18 (674/675) : 1-4.
12. **Velluet L**. *Le médecin, un psy qui s'ignore, médecine de famille et psychanalyse*. Paris : L'Harmattan ; 2005.

13. **Truchot D, Roncari N, Bantégnie D.** Burn out, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. *L'Encéphale*. 2011 Fév; 37(1) : 48-53.
14. **Thomas MR et al.** How to distress and well-being relate to medical student empathy ? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007 Jan; 22(1) : 177-83.
15. **Passalacqua SA, Segrin C.** The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *J Health Commun*. 2012 ; 27(5) : 449-56.
16. **Rouy JL.** Faut-il enseigner la communication, former à la relation, ou voir venir ? *Exercer*. 2004 Jan/Fév; (68) : 25-9.
17. **Berthoz A, Jorland G.** *L'empathie*. Paris : Odile Jacob ; 2004.
18. **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 Avr ; 34 (2) : 163-75.
19. **Montag C, Gallinat J, Heinz A.** Theodor Lipps and the concept of empathy : 1851-1914. *Am J Psychiatry*. 2008 Oct ; 165 (10) : 1261.
20. **Decety J, Ickes W.** *The social Neuroscience of Empathy*. Cambridge : MIT Press ; 2009.
21. **Poirier J.** Carl Rogers ou l'approche centrée sur la personne. Québec français sur erudit.org [En ligne]. 1984, n°54, [Consulté le 20 mars 2012]. Disponibilité sur Internet : <http://id.erudit.org/iderudit/46435ac>.
22. **Rogers CR.** Empathique : qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur. *ACP Pratique et recherche, revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne* [En ligne]. [Consulté le 25/11/2011]. Disponibilité sur Internet : <http://carl-rogers.fr/Empathique.pdf>.
23. **Rohart JD.** *Carl Rogers et l'action éducative*. Lyon : Chronique Sociale ; 2008.
24. **Halpern J.** What is clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. 2003 Aoû ; 18 (8) : 670-4.
25. **Vannotti M.** L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. De Boeck supérieur* [En ligne]. 2002, vol 2, n°29 [Consulté le 25 septembre 2012]. Disponibilité sur Internet : www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm.
26. *L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications*. Cours Psychologie Paris Descartes [En ligne]. [Consulté le 25/11/2011]. Disponibilité sur Internet : http://psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc

27. **Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, Rigal L.** Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in french general practitioners. *Eur J Gen Pract.* Août 2012. (A paraître).
28. **Stepien KA, Baernstein A.** Educating for empathy : a review. *J Gen Intern Med.* 2006 Mai ; 21 (5) : 524-30.
29. **Baron Cohen S, Leslie AM, Frith U.** Does the autistic child have a « theory of mind » ? *Cognition.* 1985 Oct ; 21 (1) : 37-46.
30. **Shanafelt TD et al.** Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005 Jan ; 20 (1) : 559-64.
31. Education thérapeutique : l'écoute empathique, parlons-en... *Consensus cardio* [En ligne]. janvier 2011, n°65 [Consulté le 24/09/2012]. Disponibilité sur Internet : http://www.consensus-online.fr/IMG/article_PDF/article_a1057.pdf.
32. **Zaki J, Weber J, Bolger N, Ochsner K.** The neural bases of empathic accuracy. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2009 Jul 7 ; 106 (27) : 11382-7.
33. **Danziger N, Failletot I, Peyron R.** Can we share a pain we never felt ? Neural correlates of empathy in patients with congenital insensitivity to pain. *Neuron.* 2009 Jan ; 61 (2) : 203-12.
34. **Riess H.** Empathy in medicine. A neurobiological perspective. *JAMA.* 2010 Oct ; 304 (14) : 1604-5.
35. **Nezlek JB, Feist G, Wilson C, Plesko RM.** Day to day variability in empathy as a function of daily events and mood. *J Res Pers.* 2001 Déc ; 35 (4) : 401-23.
36. **Marcus ER.** Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. *Acad Med.* 1999 Nov ; 74 (11) : 1211-5.
37. **Arnold L.** Assessing professional behavior : yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med.* 2002 Juin ; 77 (6) : 502-15.
38. **Neumann M et al.** Empathy decline and its reasons : a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011 Aoû ; 86 (8) : 996-1009.
39. **Hojat M et al.** The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009 Sep ; 84 (9) : 1182-91.
40. **Fabre de Morlhon O.** L'empathie en DCEM 2 : les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module « formation à la relation médecin-malade » un groupe balint pour étudiants ? Etude analytique quantitative avec groupe témoin [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Pierre et Marie Curie Faculté de Médecine ; 2010.
41. **Brazeau C, Schroeder R, Rovi S, Boyd L.** Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Acad Med.* 2010 Oct ; 85 (Suppl) : S33-S36.

42. **Brainard AH, Brislen HC.** Viewpoint: learning professionalism: A view from the trenches. Acad Med. 2007 Nov ; 82 (11) : 1010-4.
43. **Macnaughton J.** The art of medicine. The dangerous practice of empathy. The Lancet. 2009 Juin 6 ; 373 (9679) : 1940-1.
44. **Balint M.** Troisième partie, Chapitre 10 : Le métier de comprendre autrui. In : Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Paris : Payot ; 1966.
45. **Delbrouck M.** Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck Université ; 2011.
46. **Berton F, Laveissière MN.** Une situation inconfortable... qui permet de progresser. Séminaire de formation médicale professionnelle AFB : Développer les compétences relationnelles du médecin par la formation « Balint » ; 2010 mar 12-13 ; Paris, France.
147. Liste des items des ECN. Bulletin officiel 7 juin 2007. ANEMF [En ligne]. [Consulté le 1/10/2012]. Disponibilité sur Internet : http://www.anemf.org/IMG/pdf/Items_ECN.pdf
47. Démographie médicale, enseignement en médecine, propositions. ANEMF [En ligne]. Mai 2012 [Consulté le 1/10/2012] ; Disponibilité sur Internet : http://www.anemf.org/IMG/pdf/propositions_legislatives_ANEMF.pdf.
48. **Marin E.** Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lyon : Université Claude Bernard Faculté de Médecine ; 2011.
49. **Simpson M et al.** Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. BMJ. 1991 nov 30 ; 303 (6814) : 1385-7.
50. **Puel M.A, Galam E.** Formation à la relation médecin-malade en groupe, à l'université: état des lieux, intérêt, difficultés, évaluation. Atelier n° 45. 12^{ème} Congrès national de CNGE Collège académique ; 2012 nov 22-23 ; Lyon, France.
51. **Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Plancon B, Mouzard A.** Evaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années du deuxième cycle des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie médicale. 2004 Aou ; 5 (3) : 159-66.
52. **Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC.** Formation initiale à la relation médecin-patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. Octobre 2011 ; 7(8) : 381-385.
53. **Garden R.** Expanding Clinical empathy: an activist perspective. J Gen Intern Med. 2008 Nov ; 24 (1) : 122-5.
54. **Epstein RM.** Mindful practice. JAMA. 1999 Sep ; 282 (9) : 833-9.

55. Enseignement théorique de médecine générale de l'Université Paris Descartes. (Page consultée le 3 décembre 2012). Université Paris Descartes, département médecine générale, [En ligne]. <http://dpt-medecine-generale.medecine.univ-paris5.fr/spip.php?article45>
56. **Krasner MS et al.** Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep ; 302 (12) : 1284-93.
57. **Caïn A.** Le psychodrame Balint. Méthode, théorie et applications. Grenoble : la Pensée Sauvage ; 1994.
58. **Even G.** Comment fonctionne un groupe Balint. *La revue du Praticien. Médecine Générale*. 2001 mar 19 ; 15 (531) : 564-5.
59. **Bachmann JP.** L'évaluation de la formation Balint ; groupe Balint et groupes Psychodrame Balint, résultat d'une enquête. *AIPB* [En ligne]. 2000 [Consulté le 4/04/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.psychodrame-balint.com/aipb.7.1-eval.html>.
60. **Brenuchot S.** Psychodrame Balint pour les internes de médecine générale de Paris Descartes : étude qualitative [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2010.
61. **Bégot MP.** Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre. Etude qualitative de type entretiens semi-dirigés menée auprès des internes de médecine générale de la région Centre [Thèse d'exercice de médecine générale]. Tours : Université François Rabelais Faculté de Médecin ; 2012.
62. **Van Dessel M.** Le vécu des dispositifs pédagogiques de l'internat de médecine générale [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2009.
63. **Ghetti C, Chang J, Gosman G.** Burnout, psychological skills, and empathy : Balint training in obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ*. 2009 Déc ; 1 (2) : 231-5.
64. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. *WONCA Europe 2002* [En ligne]. [Consulté le 25/11/2012]. Disponibilité sur Internet: <http://www.woncaeurope.org>
65. **Jaury P.** Données théoriques sur la relation médecin-malade. Cours de l'Université Paris Descartes Faculté de Médecine.
66. **Jaddo.** Seule. Et mal accompagnée. 9 septembre 2012. (page consultée le 13 juin 2012). Juste après dresseuse d'ours. <http://www.jaddo.fr>
67. **Berman A.** De la translation à la traduction. *TTR: traduction, terminologie, rédaction*. 1988 ; 1 (1) : 23-40.

68. **Cohen-Leon S.** Les principaux concepts balintiens, extrait d'une conférence de 2005. Séminaire AFB « Développer les compétences relationnelles du médecin par la formation Balint ». 2010 mar 12-13; Paris, France.
69. **Delbrouck M.** Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck Université ; 2008.
70. **Callebat L.** Histoire du médecin. Paris : Flammarion ; 1999.
71. **Stroia V.** Quelle formation pour le médecin généraliste, psychothérapeute de fait ? [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nancy : Université Henri Poincaré Faculté de Médecine ; 2010.
72. **Broclain D.** Consentement aux soins et décision partagée. La revue Prescrire. 2012 Aoû ; 32 (346) : 568-70.
73. **Galam E.** Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. Médecine. 2009 Mai ; 5 (5) : 231-4.
74. **Moreau A.** Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade? La revue du Praticien. Médecine Générale. 1999 Nov 15 ; 13 (477) : 1835-8.
75. **Fainzang S.** La relation médecins-malades : informations et mensonges. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006.
76. **Joeffrion C.** L'évolution de la "relation médecin-patient" à partir de l'étude de sa représentation sociale. In : J.M. Hoc et Y. Corson editors. Congrès national de la Société Française de Psychologie; 2007 sept13-15 ; Nantes, France. Nantes : SFP ; 2007. p. 199-207.
77. **Nossent A.** L'ésotérisme de la terminologie médicale : un langage à démystifier pour le citoyen. In : Pagnouille C, dir. Colloque international Traduire la diversité (domaines littéraire, juridique et des sciences de la vie) [En ligne]; 2010 mai 6-8 [Consulté le 12/10/12] ; Liège, Belgique. Liège : Université de Liège-Haute Ecole de la ville de Liège ; 2010. p. 1. Disponibilité sur Internet: <http://www.l3.ulg.ac.be/colloquetraduction2010/textes/nossent.doc>.
78. **Le Houezec F.** Discours de la science, discours du sujet ; rencontre impossible ? Médecine. 2007 Mai ; 3 (5) : 235-8.
79. **Israel L.** Relation malade médecin. Encyclopedie Universalis. Séminaire AFB « Développer les compétences relationnelles du médecin par la formation Balint ». 2010 mar 12-13; Paris, France.
80. **Gaston L.** The concept of the alliance and its role in psychotherapy. Theoretical and empirical considerations. Psychotherapy. 1990 ; 27 (2) : 143-53.
81. **Hojat M.** Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. J Soc Psychol. 2005 ; 145 (6) : 663-72.
82. **West CP, Shanafelt TD.** The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Med Educ. 2007 Aoû ; 7 (29) : 1-9.

83. **Smith RC, Hoppe RB.** The patient's story, a patient-centered approach. *Ann Intern Med.* 1991 Sep ; 115 (6) : 470-7.
84. **Pronost AM.** Concept, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers.* 2001 Déc ; (67) : 121-31.
85. **Paulhan I.** Le concept de coping. *L'année psychologique.* 1992 ; 92 (4) : 545-57.
86. **Ito JK, Brotheridge CM.** Resources, coping strategies, and emotional exhaustion : a conservation of resource perspective. *J Vocat Behav.* 2003 ; 63 : 490-509.
87. **Greenglass ER.** Chapitre 3 : Proactive coping [En ligne]. In E. Frydenberg, dir. *Beyond coping : meeting goals, vision, and challenges.* Londres : Oxford university Press ; 2002 [Consulté le 23/07/2012]. p. 37-62. Disponibilité sur Internet :
www.psych.yorku.ca/greenglass/pdf/RevPROACTIVE_COPING_Greenglass_ediRI.pdf.
88. **Truchot D.** Le Burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche. URML de Champagne Ardenne [En ligne]. 2002 [Consulté le 27/02/2012]. Disponibilité sur Internet :
http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf.
89. **Donovan JL, Blake DR.** Patient non-compliance : deviance or reasoned decision-making ? *Soc Sci Med.* 1992 Mar ; 34 (5) : 507-13.
90. **Tarquinio C, Fischer GN, Grégoire A.** La compliance chez des patients atteints par le VIH : validation d'une échelle française et mesure de variables psychosociales. Université de Savoie [En ligne]. 1998 [Consulté le 24 novembre 2012]. Disponibilité sur Internet :
<http://www.lip.univ-savoie.fr/uplods/PDF/635.doc>
91. **Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ.** Time and patient relationship. *J Gen Intern Med.* 1999 Jan ; 14 (Suppl 1) : S34-40.
92. **Tissot SAD.** De la santé des gens de lettres. Seconde édition. Lausanne : chez Franc. Grasset et comp ; 1768. Disponibilité sur Internet :
http://books.google.fr/books?id=MzcgN2YJDM8C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
93. **Veil C.** States of exhaustion. *Concours Médical.* 1959 juin 6 ; 81 (23) : 2675-6.
94. **Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR.** Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology.* 1986 Mai ; 42 (3) 488-92.
95. **Perlman B, Hartman EA.** Burnout : summary and future research. *Hum relat.* 1982 ; 35 (4) : 283-305.
96. **Canouï P, Mauranges A.** Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 2^{ème} édition. Paris : Masson ; 2008.

97. **Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D.** Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Press Med.* 2004 déc 18; 33 (22) : 1569-74.
98. **Dyrbye LN et al.** Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA.* 2010 Sep 15 ; 304 (11) : 1173-80.
99. **Follin S.** Dépersonnalisation. (Page consultée le 30/10/2012). Encyclopédie Universalis [En ligne]. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/depersonnalisation/>
100. **Breso E, Salanova M, Schaufeli WB.** In search of the "third dimension" of burnout : efficacy or inefficacy ? *J Appl Psychol.* 2007 ; 56 (3) : 460-78.
101. **Thomas NK.** Resident Burnout. *JAMA.* 2004 ; 292 (23) : 2880-9.
102. **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 ; 136 (5) : 358-67.
103. **Shanafelt TD et al.** Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012 Oct ; 172 (18) : 1377-85.
104. **Dyrbye LN et al.** Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med.* 2008 ; 149 : 334-41.
105. **Dyrbye LN et al.** Personal life events and medical student burnout : a multicenter study. *Acad Med.* 2006 Avr ; 81 (4) : 374-84.
106. **Le Tourneur A, Komly V.** Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice de médecine générale]. Grenoble : Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 2011.
107. **Mazas L.** Evaluation du burn out chez les externes de médecine en DCEM 2 de la faculté Paris Descartes [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2012.
108. **Galam E.** Burn out des médecins libéraux. 1ère partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine.* 2007 Nov ; 3 (9) : 419-21.
109. **Huggard P.** Compassion fatigue : how much I give ? *Med Educ.* 2003 Fév ; 37 (2) : 163-4.
110. **Dumesnil H, Saliba Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P.** Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* [En ligne]. Avril 2009, vol 21, [Consulté le 26/01/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>.
111. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES [En ligne]. Juin 2010 [Consulté le 3 novembre 2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-Pro/Actualites-Pro/Plus-d-un-generaliste-sur-dix-se-declare-en-detresse-psychologique-selon-une-etude-de-la-Drees>.

112. **Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F.** Burnout in european family doctors : the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008 ; 25 (4) : 245-65.
113. **Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM.** The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003 Avr 15 ; 114 (6) : 513-8.
114. **Linzer M, Visser MRM, Oort FJ, Smets EMA, Mc Murray JE, de Haes HCJM.** Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med.* 2001 Aoû 1; 111 (2) : 170-5.
115. **Houkes I, Winants Y, Twelaar M.** Specific determinants of burnout among male and female general practitioners : a cross-lagged panel analysis. *J Occup Organ Psychol.* 2008 Juin ; 81 (2) : 249-76.
116. **Spickard A, Gabbe S, Christensen J.** Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA.* 2002 Sep 25 ; 288 (12) : 1447-50.
117. **Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM.** Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbance, empathy and burnout among interns. *Acad Med.* 2006 Jan; 81 (1) : 82-5.
118. **Brown N, Prasantham BJ, Abott M.** Personality, social support and burnout among human service professionals in India. *J Community Appl Soc Psychol.* 2003 Juil/aoû; 13 (4) : 269-333.
119. **Galam E.** Burn out des médecins libéraux. 3ème partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine.* 2008 Jan ; 4 (1) : 43-6.
120. **Vaquin-Villeminey C.** Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Paris-Descartes Faculté de Médecine ; 2007.
121. **Dyrbye LN, Shanafelt TD.** Physician Burnout. A potential threat to successful health care reform. *JAMA.* 2011 mai 18; 305 (19) : 2009-10.
122. **Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P.** Continuing medical education and burnout among danish Gps. *Br J Gen Pract.* 2008 Jan ; 58 (546) : 15-9.
123. **Galam E.** Burn out des médecins libéraux. 2ème partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine.* 2007 Déc ; 3 (10) : 474-7.
124. **Williams ES, Savage GT, Linzer M.** Short communication : a proposed physician-patient cycle model. *Stress Health.* 2006 Avr ; 22 (2) : 131-7.
125. **West CP et al.** Association of perceived medical errors with resident distress and empathy, a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006 Sep 6 ; 296 (9) : 1071-8.
126. Enquête « démographie médicale » auprès de 4000 médecins libéraux de la région centre. URPS Centre [En ligne]. 2002-2003 [Consulté le 6 décembre 2011]. Disponibilité sur Internet : <http://urpsmla.org/inex.php?article1129>.

127. **Shanafelt TD.** Enhancing meaning in work, a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA.* 2009 Sep ; 302 (12) : 1338-40.
128. **Romestaing P.** L'atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011. (Page consultée le 3/11/2012). Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>
129. **Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA.** Physician wellness : a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009 Nov ; 374 (9702) : 1714-21.
130. **Vidal M, Campagne C, Rouen T, Gleize M.** Aider les médecins généralistes face au stress professionnel. *Exercer.* 2004 Jan-Fév ; (68) : 9-13.
131. **Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RB, Shanafelt TD, Lyckholm LJ.** Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine : peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med.* 2009 ; 12 (9) : 773-7.
132. **Galam E.** Burn out des médecins libéraux. 4ème partie : un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine.* 2008 Fév ; 4 (2) : 83-5.
133. **Spickard A.** What do we know about physician well being ? *West J Med.* 2001 Jan ; 174 : 23-4.
134. **Rabow MW.** Doctoring to heal. *West J Med.* 2001 Jan; 174 : 66-9.
135. **Benson J, Margraith K.** Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Aust Fam Physician.* 2005 ; 34 (6) : 497-8.
136. **Devi S.** Doctors in distress. *The Lancet.* 2011 Fév 5; 377 : 454-5.
137. **Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L.** Meeting the imperative to improve Physician Well-being : assessment of an Innovative program. *J Gen Intern Med.* 2007 Sep; 22 : 1544-52.
138. **Colson JM.** L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer. *Médecins.* 2011 Juil/août; (18) : 7.
139. **Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S.** Burnout and empathy in primary care. *Br J Gen Pract.* 2012 Juil ; 62 (600) : 346-7.
140. **Bellini LM, Baime M, Shea JA.** Variation of mood and empathy during internship. *JAMA.* 2002 Jun 19; 287 (23) : 3143-6.
141. **Graham J, Potts HWW, Ramirez AJ.** Stress and burn out in doctors. *The Lancet.* 2002; 360 : 1975-6.

142. **Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM.** Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*. 1996 Mar; 347 (9003) : 724-9.
143. **Mc Manus IC, Winder BC, Gordon D.** The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet*. 2002 Juin ; 359 : 2089-90.
144. **Nielson HG, Tulinius C.** Preventing burnout among general practioners : is there a possible route ? *Educ Prim Care*. 2009 ; 20 (5) : 353-9.
145. **Martin du Pan RC.** Burnout ou syndrome d'épuisement professionnel. *Revue médicale suisse* [En ligne]. 17 Décembre 2008, vol 4, n° 184, [Consulté le 25/11/2011]. Disponibilité sur Internet : <http://rms.medhyg.ch/numero-184-page-2765.htm>.
146. **Roter D, Stewart S, Putnam N, Lipkin M.** Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997; 277: 350-6.
147. **Halpern J.** From detached concern to empathy : humanizing medical practice. New York : Oxford university Press ; 2001.
148. **Hojat M.** Empathy in patient care : Antecedents, development, measurement, and outcomes ». New York : Springer ; 2007.
149. **Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A.** Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes : Accuracy and association with self-care. *Psychol Health*. 2011 Mai; 26 (Suppl 1) : 101-17.
150. **Buffel de Vaure C.** Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2012.
151. **Dion G, Tessier R.** Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci*. 1994 ; 26 (2) : 210-27.
152. **Lourel M, Gueguen N.** Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'encéphale*. 2007 Déc ; 33 (6) : 947-53.
153. **Glaser KM, Markham FW, Adler HM, Mc Manus RP, Hojat M.** Relationships between scores on the Jefferson scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care : a validity study. *Med Sci Monit*. 2007 ; 13 (7) : CR 291-CR 294.
154. **Spreng RN, Mc Kinnon MC, Mar RA, Levine B.** The Toronto Empathy Questionnaire. *J Pers Assess*. 2009 Jan; 91 (1) : 62-71.
155. **Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J.** The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006 ; 60 : 631-7.

156. **Beck AT.** Beck Depression Inventorytekst FR.(Page consultée le 11/12/2012). Health Belgium [En ligne]. <http://www.health.belgium.be/filestore/19073923/BDItext.pdf>
157. **Hahn Steven R, Thompson Kenneth S, Wills Thomas A, Stern Virginia, Budner Nancy S.** The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol. 1994 ; 47 (6) : 647-57.
158. **Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J.** La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. IRDES [En ligne]. Septembre 2010, n°157, [Consulté le 22/11/2012] . Disponibilité sur Internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf.81>
159. **Fauvet L.** Etudes et résultats : les médecins au 1er janvier 2012. DREES [En ligne]. Mars 2012 [Consulté le 22/11/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>
160. **Gautier A,** dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis : INPES ; coll. Baromètres santé ; 2011.
161. Résultats du recensement de la population-2006.(page consultée le 13/06/2011). INSEE [En ligne]. <http://www.recensement-2006.insee.fr/home.action>
162. **Breuil Genier P, Gofette C.** La durée des séances des médecins généralistes. DREES Etudes et résultats [En ligne]. Avril 2006, n°481, [Consulté le 13/06/2011]. Disponibilité sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
163. Rapport annuel de l'ONDPS. Tome 1 Médecine générale. ONDPS [En ligne]. 2006-2007 [Consulté le 13/06/2011]. Disponibilité sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_generale_ONDPS.pdf
164. **Newton BW et al.** Differences in medical students' empathy. Acad Med. 2000 Dec ; 75 (12) : 1215.
165. **Firth Cozens J.** Doctors, their Well Being and their Stress. BMJ. 2003 Mar 29 ; 326 : 670-1.

RESUME

Le burn out est une pathologie de la relation d'aide qui concerne une part importante des médecins français. Elle entraîne une altération du professionnalisme et de la relation médecin-patient. L'empathie, elle, apparaît comme une qualité professionnelle favorable au développement de la relation thérapeutique. Le lien entre ces deux entités est encore mal connu, jamais démontré chez les médecins généralistes français.

L'objectif principal de cette thèse est de vérifier l'existence d'un lien entre empathie et burn out chez les médecins généralistes. Nous avons également étudié les caractéristiques sociodémographiques qui influencent l'empathie et le burn out et la corrélation des autoévaluations « empathie et burn out » avec l'empathie « réelle », ou précision empathique.

La première partie de cette étude transversale a porté sur l'analyse de l'empathie, du burn out et de facteurs sociodémographiques chez 308 médecins généralistes français, par auto-questionnaire. On a ainsi démontré un lien fortement significatif entre les trois dimensions du burn out et l'empathie.

Dans la seconde partie, la précision empathique, l'empathie, le burn out et la difficulté de la relation médecin-patient ont été analysés dans vingt dyades médecins-patients diabétiques, montrant un lien significatif entre précision empathique et empathie émotionnelle. La difficulté de la relation médecin-patient est liée à un burn out plus important, à une plus grande empathie cognitive et à une empathie émotionnelle plus faible.

Le burn out est associé à une moindre empathie chez les médecins généralistes français, avec une question en suspens : l'empathie mène-t-elle au burn out ou en protège-t-elle ?

Mots clés : Empathie, burn out, syndrome d'épuisement professionnel, relation médecin-patient, précision empathique, médecine générale, dyades médecin-patient.

Discipline : Médecine Générale

UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS V)

Faculté de Médecine Paris Descartes

15 rue de l'Ecole de Médecine

75270 PARIS CEDEX 06