



Étude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux

Claire Belaube

► To cite this version:

Claire Belaube. Étude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01336701

HAL Id: dumas-01336701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01336701>

Submitted on 23 Jun 2016

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse N°75

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 01 Juin 2016 par

Claire BELAUBE

Née le 19 avril 1986 à Bordeaux (33)

**Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes
dépressifs chez les internes de médecine générale
d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers
mois d'internat et corrélation entre les deux.**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Professeur François Pétrègne (PU associé MG)

Madame le Docteur Michèle Koleck (MCU en psychologie)

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux

Président

Madame le Docteur Shérazade Kinouani

Rapporteur

Madame le Professeur Marie Tournier

Juge

Monsieur le Docteur Philippe Castéra

Juge

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux,
Professeur des Universités, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et l'ensemble de votre enseignement délivré au cours de l'internat. Vous trouverez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Shérazade Kinouani,
Chef de Clinique, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci pour le temps précieux que vous y avez consacré ainsi que pour les remarques apportées. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Marie Tournier,
Professeur des Universités en psychiatrie, Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse.
Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Philippe Castéra,
Maître de conférence associé, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour l'enseignement délivré au cours de mon internat.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mes directeurs de thèse,

Monsieur le Professeur François Pétrègne
Professeur Associé des Universités, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et pour tous vos conseils. Merci également pour l'enseignement délivré au cours de mon internat.

Madame le Docteur Michèle Koleck,
Maître de conférence des Universités en psychologie
Faculté de psychologie, Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos précieux conseils.
Ce travail n'aurait pu voir le jour sans vous.

A l'ensemble de l'équipe Intern'life: Emilie Boujut, Bruno Quintard, Julie, Ulysse, Fédora et Gaëlle.

Aux internes qui ont participé à l'étude et rendu ce travail possible.

A l'ensemble des chefs de service et médecins rencontrés durant mon internat, qui ont fait le médecin que je suis devenue: au Dr Albert et son équipe du service de gériatrie de Pau; au Dr Rispal et au service de médecine interne d'Agen, au Dr Valdenaire et son équipe des urgences de Pellegrin; aux Dr Emars, Baudoin et Carlier ainsi qu'à l'ensemble du service d'addictologie-endocrinologie du Bouscat; au Dr Nelson et son équipe du service de pédiatrie de Libourne

A mes maîtres de stages, qui m'ont fait découvrir le métier de médecin généraliste

Au Dr Baugier, pour tout ce vous m'avez transmis et pour votre confiance.

Au Dr Pladys, pour tout ce que tu m'as appris lors des mercredis passés à Pujols à tes côtés.

Au cabinet de Libourne, aux Dr Baugier, Bezian et Halay pour m'avoir accueilli comme remplaçante. A Cécile, pour son soutien, nos pauses dans la cuisine et tout le reste. A Aziza, une secrétaire en or.

A Maxime, mon co-interne d'addictologie et de pédiatrie, sans qui ces stages auraient été bien différents.

A mes parents, pour votre amour, votre soutien infaillible, votre confiance et votre bienveillance. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis et tout ce que vous continuez à m'apporter. Merci d'avoir autant contribué à mon accomplissement professionnel et personnel.

A mon frère à qui je dit rarement combien il est génial et important dans ma vie; et à Clémence, qui est tout aussi géniale, pour tout ce qu'elle lui apporte.

A Nic, Françou et Talous, merci pour votre amour et votre soutien.

A ceux de toujours, Aude et Guillaume, Laure et Simon, Pierre, Bertrand et Luc. Merci de m'avoir toujours soutenue, d'avoir toujours été là et de m'avoir écoutée raconter mes histoires sans y comprendre forcément grand chose. Merci pour tous nos week end aux quatre coins de la France.

Merci pour toutes ces années passées ensemble et pour toutes celles à venir. Merci d'être aussi formidables et indispensables!

A notre "maturité" grandissante!!

Un merci tout spécial à Guillaume pour les soirées Excel, ainsi qu'à Aude et Pierre pour le soutien local qui fut plus que précieux.

Aux poulets de la fac, merci à Manue, mon binome de P1; Odile, ma partenaire de voyage; Pauline, pour son soutien malgré les milliers de kilomètres; Ines, fidèle au poste pour le soutien bordelaise et les papotages en terrasse; Julie, pour sa bonne humeur; Leire et Marie-Laïs. Merci pour toutes ses heures passées à la BU et pour tous les "capou" pris à la cafet'. Merci pour les soirées, les voyages et tous les moments passés ensemble. Merci à chacune pour votre grain de folie. Merci pour ces moments magiques, quand on est réunies.

Aux girls de l'internat, à Emma, consœur et surtout amie, merci pour les aprem's thèse, pour tous nos défrieff/"groupe de pairs" à refaire nos consult, et surtout pour les moments de délire à côté. Vivement la suite de l'aventure! A Clémence, pour sa bonne humeur et le fait d'avoir réussi à me faire aimer le rhum; à ClaireA, pour prendre soin de nous en toute circonstance; à Camille, pour m'avoir presque donné envie de me mettre sérieusement à la course à pied et ses avis dermato précieux; à Prune, pour avoir été mon acolyte Vietnamiennne et pour nos chutes dans la poudreuse; et Juliette, pour m'avoir fait (re)découvrir la discographie intégrale de JJG. Vous êtes géniales!

Aux badistes, Guigui, Laure, Gégé et Chouquette pour tous ces moments passés sur les terrains (à gagner ou à perdre...) mais aussi en dehors avec les traditionnels repas au Molly et les huitres au marché de Monta.

LISTE DES ABREVIATIONS

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test
BDI : Beck Depression Inventory
BES : Basic Empathy Scale
CAST : Cannabis Abuse Screening Test
CIM-10 : 10^e Classification Internationale des Maladies
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECN : Examen Classant National
EDC : Episode Dépressif Caractérisé.
GMRSS : General Medicine Resident Stress Scale
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HDRS : Hamilton Depression Rating Scale
HEQ : Hogan's Empathy Questionnaire
IMG : Interne de Médecine Générale
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Ecoomiques
JSPE : Jefferson Scale of Physician's Empathy
LMDE : La Mutuelle Des Etudiants
MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MBI : Malash Burnout Inventory
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-9 : Patient Health Questionnaire
PSS : Perspective Stress Scale
QCAE : Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SIMGA : Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine
TEQ : Questionnaire d'Empathie de Toronto
TIPI : Ten Items Personality Inventory
WCC : Ways of Coping Checklist

TABLE DES ILLUSTRATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
CONTEXTE.....	16
1 L'EMPATHIE DANS LA LITTERATURE	16
1.1 Définitions :.....	16
1.2 Modèles théoriques :.....	16
1.2.1 Modèle de Carl Rogers :.....	16
1.2.2 Modèle de Mercer et Reynolds:.....	17
1.2.3 Modèle de Davis:.....	17
1.2.4 Modèle de Decety:.....	17
1.2.5 Modèle de Morse:.....	18
1.2.6 Modèle de Hojat:.....	18
1.2.7 Modèle de Reniers:.....	19
1.2.8 Modèle de Larson et Yao:.....	19
1.3 Distinction avec sympathie et compassion :.....	21
1.3.1 Distinction avec la sympathie :.....	21
1.3.2 Distinction avec la compassion :.....	21
1.4 Résumé des composantes de l'empathie au vue des différents modèles :	22
1.4.1 Empathie affective :.....	22
1.4.2 Empathie cognitive :.....	22
1.4.3 Empathie clinique :.....	23
1.5 Échelles d'évaluation de l'empathie :.....	23
1.5.1 Le questionnaire d'empathie de Hogan (HEQ):	23
1.5.2 L'Indice de Réactivité Interpersonnelle (IRI):	24
1.5.3 L'échelle Jefferson d'empathie (JSPE):.....	24
1.5.4 L'échelle d'empathie basale (BES):.....	25
1.5.5 Le questionnaire d'empathie de Toronto (TEQ):	26
1.5.6 Le questionnaire d'empathie cognitive et affective (QCAE):.....	26
1.5.7 Synthèse des échelles :.....	28
1.6 Facteurs déterminants de l'empathie :.....	29
1.6.1 Le genre :.....	29
1.6.2 Le statut marital :	29
1.6.3 Le bien-être :	29
1.6.4 Le niveau socio-économique :.....	30
1.6.5 Déterminants propres aux médecins :.....	30
1.7 L'empathie chez les médecins généralistes:.....	31
1.8 L'empathie chez les étudiants en médecine :	31
1.9 L'empathie chez les internes de médecine :	31
2 LA DEPRESSION DANS LA LITTERATURE :	33
2.1 Définitions :.....	33
2.2 Complications et conséquences de la dépression :	36
2.2.1 Récidive et chronicité :.....	36
2.2.2 Retentissement fonctionnel :	37
2.2.3 Risque suicidaire :	37
2.2.4 Addictions :	38
2.2.5 Anxiété :.....	38
2.3 Échelles d'évaluation de la dépression :	38
2.3.1 L'échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD) :	38
2.3.2 L'échelle Beck Depression Inventory (BDI):	40
2.3.3 L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale : MADRS):	41

2.3.4	L'échelle de dépression d'Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale : HDRS): ...	41
2.3.5	Le questionnaire de sévérité de la dépression PHQ-9 (Patient Health Questionnaire):.....	42
2.3.6	L'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) :.....	42
2.4	Facteurs déterminants de la dépression :	43
2.4.1	Le genre :.....	43
2.4.2	L'âge :.....	43
2.4.3	Situation professionnelle :.....	44
2.4.4	Statut marital :.....	44
2.5	Dépression chez les médecins :.....	45
2.6	Dépression chez les étudiants :.....	45
2.7	Dépression chez les étudiants en médecine :.....	46
2.8	Dépression chez les internes de médecine :.....	46
2	L'EMPATHIE et LA DEPRESSION DANS LA LITTERATURE :.....	48
	<u>PROBLÉMATIQUE</u>.....	50
	<u>MATERIEL ET METHODES</u>.....	51
1	Le projet « Intern'life » :	51
2	Type d'étude :.....	51
3	Protocole de l'étude :.....	52
3.1	Déroulement du recueil :	52
3.2	Interventions auprès des internes :	53
3.3	Protocole utilisé :.....	54
4	Population cible et critères de sélection :.....	56
4.1	Population cible :	56
4.2	Critères d'inclusion et d'exclusion :.....	56
5	Description des données utilisées :.....	56
5.1	Données sociodémographiques :.....	56
5.2	Conditions de travail :	57
5.3	Empathie :.....	57
5.3.1	Empathie affective :.....	57
5.3.2	Empathie cognitive :.....	58
5.4	Dépression :	58
6	Analyses statistiques :.....	59
6.1	Analyses descriptives :.....	59
6.2	Analyses statistiques :.....	59
	<u>RÉSULTATS</u>.....	60
1	Résultats pour la population ayant répondu aux 4 temps de l'étude:.....	60
1.1	Analyses descriptives :.....	60
1.1.1	Population :.....	60
1.1.2	Statut marital :.....	61
1.1.3	Terrain de stage :.....	61
1.1.4	Catégorie socioprofessionnelle des parents :.....	64
1.2	Analyses statistiques :.....	66
1.2.1	Empathie affective :.....	66
1.2.2	Empathie cognitive :.....	67
1.2.3	Dépression :	70
1.2.4	Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive:.....	72
1.2.5	Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :.....	73

1.2.6	Corrélation entre empathie et dépression :	74
2	Résultats pour la population ayant répondu à T0 et T3 :	75
2.1	Analyses descriptives :	75
2.1.1	Population :	75
2.1.2	Statut marital :	75
2.1.3	Terrain de stage :	76
2.1.4	Catégorie socioprofessionnelle des parents :	76
2.2	Analyses statistiques :	78
2.2.1	Empathie affective :	78
2.2.2	Empathie cognitive :	78
2.2.3	Dépression :	78
2.2.4	Synthèses des résultats pour l'empathie et la dépression :	79
2.2.5	Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :	79
2.2.6	Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive :	79
2.2.7	Corrélation entre l'empathie et la dépression :	80
3.3	Analyses statistiques en sous-groupes en fonction du genre :	81
3.3.1	Empathie affective :	81
3.3.2	Empathie cognitive :	81
3.3.3	Dépression :	82
3.3.4	Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :	83
3.3.5	Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive :	83
3.3.6	Corrélations entre empathie et dépression :	83
	<u>DISCUSSION</u>	88
1	Sur la méthodologie :	88
1.1	Limites de l'étude :	88
1.2	Limites de la population :	89
1.3	Limites des questionnaires utilisés :	89
1.3.1	L'échelle HAD :	89
1.3.2	Le JSPE :	90
1.3.3	Le QCAE :	90
1.3.4	Corrélation entre JSPE et QCAE :	90
2	Sur les résultats :	91
2.1	L'analyse descriptive :	91
2.2	L'empathie:	92
2.2.1	L'empathie affective :	92
2.2.2	L'empathie cognitive :	93
2.2.3	Corrélation entre l'empathie affective (QCAE) et l'empathie cognitive (JSPE) :	94
2.3	La dépression :	96
2.4	Corrélation entre l'empathie et la dépression :	99
2.4.1	Corrélation entre empathie affective et dépression :	99
2.4.2	Corrélation entre empathie cognitive et dépression :	99
3	Perspectives de l'étude :	100
	<u>CONCLUSION</u>	101
	<u>REFERENCES</u>	103
	<u>ANNEXES</u>	111
1	Annexe 1 : Flyer InternLife Aquitaine	111
2	Annexe 2 : Protocole complet Intern'Life au temps T0	113
3	Annexe 3 : Protocole Intern'Life T1 (identique à T2 et T3)	133

<u>LE SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	152
---	------------

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Le modèle d'empathie clinique de Larson et Yao

Figure 2 : Évolution du statut marital au cours du temps des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 3: Répartition des terrains de stage à T1 (1^{er} stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 4 : Répartition des terrains de stage à T2 (2nd stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 5 : Répartition des terrains de stage à T3 (3^{ème} stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 6 : Répartition des terrains de stage aux temps T1, T2 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 7 : Répartition des stages effectués en CHU ou hors CHU aux temps T1, T2 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 8: Catégorie socioprofessionnelle du père des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 9: Catégorie socioprofessionnelle de la mère des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 10: Évolution des moyennes de l'empathie affective (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 11: Dispersion de l'empathie affective (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 12 : Évolution des moyennes de l'empathie cognitive (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 13: Dispersion de l'empathie cognitive (QCAE) aux quatre temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 14: Évolution des moyennes de l'empathie cognitive (JSPE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 15: Dispersion de l'empathie cognitive (JSPE) aux quatre temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 16: Évolution des moyennes des scores de dépression (HAD) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 17: Dispersion de la dépression (HAD) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Figure 18: Répartition des terrains de stage à T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

Figure 19: Catégorie socioprofessionnelle du père chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

Figure 20: Catégorie socioprofessionnelle de la mère chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10

Tableau II : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la DSM-V

Tableau III : Schéma des 4 temps de l'étude

Tableau IV : Répartition en fonction du statut marital des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau V : Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau VI: Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau VII : Corrélation entre l'empathie affective (QCAE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau VIII: Corrélation entre l'empathie cognitive (QCAE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau IX: Corrélation entre l'empathie cognitive (JSPE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Tableau X: Répartition du statut marital des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life au T0 et T3, n=45

Tableau XI: Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

Tableau XII: Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

Tableau XIII: Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life en fonction du genre, n=45

Tableau XIV: Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les femmes chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

Tableau XV: Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les hommes chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

INTRODUCTION

Les études de médecine sont réputées pour être longues et difficiles. Elles se composent d'un concours à la fin de la première année avec un *numerus clausus*. Les deuxième et troisième années sont 2 ans de formation théorique avec des enseignements dispensés à l'hôpital lors des stages dits de *sémiologie*, et sont validées par des examens annuels. Puis suivent trois années « d'externat » où l'étudiant est à la fois sur les bancs de la faculté et à la fois à l'hôpital lors de différents stages d'externes. Les études de médecine sont ponctuées par l'Examen Classant National (ECN).

L'ensemble de ces années d'étude a pour but de former de futurs médecins compétents tant sur le plan théorique que pratique. Cette formation se continue de façon spécifique pour chaque spécialité lors de l'internat.

Le classement obtenu à l'ECN permet à l'étudiant de choisir la spécialité qu'il exercera (spécialité médicale, chirurgicale ou biologique) ainsi que la région où il réalisera son internat.

L'internat de médecine dure entre 3 et 5 ans selon la spécialité choisie. L'internat de médecine générale dure 3 ans et commence en novembre de la septième année. Chaque semestre correspond à un stage différent. L'interne choisit un CHU, et donc une région au début de son internat. Les internes ayant choisi le CHU de Bordeaux sont donc les internes de la région Aquitaine. Les internes de médecine générale d'Aquitaine devront réaliser un semestre au CHU et le reste de leurs stages sont réalisés dans les hôpitaux dits de « périphérie » (Dax, Pau, Mont de Marsan, Bayonne, Bergerac, Agen...).

L'interne devra donc réaliser six stages de six mois, réalisés dans différents services hospitaliers (service d'urgence, service de pédiatrie, service de cardiologie, service de dermatologie...) mais aussi en ambulatoire (en cabinet de médecine générale). Il y a des stages obligatoires (service d'urgence, service de gynécologie/pédiatrie, service de médecine adulte et stage en cabinet) et des stages libres (autres services de spécialités médicales).

Jusqu'ici, l'étudiant était partagé entre les enseignements universitaires et les stages hospitaliers d'externes. Ces stages sont réalisés uniquement le matin dans différents services hospitaliers. Ils permettent un contact progressif avec les malades et avec le rôle de soignant, puis de médecin. L'externe n'étant en stage que le matin, il est loin de la réalité quotidienne de l'interne qui gère l'après-midi d'autres problématiques (rencontres avec les familles, devenir social des patients...) que celles traitées le matin lors de la visite (problèmes souvent plus techniques ou médicaux purs).

Avec son nouveau statut, l'interne devient un travailleur actif à temps plein. Il devient également un soignant à part entière et intègre l'équipe de soin au quotidien. Pour Philippe Jeammet, les internes sont en situation de quête, et prolongent leur adolescence en prolongeant leurs études (1).

L'interne se retrouve avec des responsabilités professionnelles importantes, contrastant avec son manque d'expérience et son jeune âge.

L'interne devient alors un « praticien en formation spécialisée » (2), il est soignant au quotidien mais également en cours d'apprentissage de son métier de médecin généraliste, avec un double statut étudiant-salarié.

Il s'agit d'un changement majeur s'effectuant de façon brutale pouvant mettre l'interne en difficultés vis à vis de son manque d'expérience mais également vis à vis de ce nouveau statut de praticien.

Le métier de médecin généraliste est difficile car l'on est confronté au patient, à sa maladie, sa souffrance, sa famille et éventuellement sa mort. Selon la Wonca Europe (Société Européenne de médecine générale-Médecine de famille), le médecin généraliste a pour objectifs une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. Il construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée (3).

L'empathie est une compétence relationnelle professionnelle indispensable à la pratique clinique de la médecine générale (4). Il existe une relation positive entre l'empathie des médecins généralistes et l'implication des patients au cours des consultations, et, aussi, un effet favorable de l'empathie sur le bien être des patients trois mois après la consultation (5).

Plusieurs études ont montré un fort taux d'épuisement émotionnel chez les médecins par rapport à la population générale. Près de la moitié des médecins libéraux (47%) présenteraient des symptômes de burn-out (6).

Une étude, réalisée dans 5 régions de France, montre qu'un médecin généraliste sur dix est en détresse psychologique (7).

L'interne de médecine générale est soumis à de nombreuses contraintes à la fois universitaires (cours, travaux universitaires à rendre) et professionnelles (heures de travail, responsabilités, changement d'environnement tous les six mois)

Ces contraintes peuvent conduire à une mise en difficulté de l'interne avec l'apparition d'un stress professionnel pouvant conduire à des symptômes dépressifs ou à un épuisement professionnel. Ces situations sont néfastes pour l'interne, pour sa formation et pour la relation médecin-malade avec comme conséquence notamment, une diminution de l'empathie.

L'internat est une phase fondamentale dans la formation des médecins généralistes. C'est à partir de ces constats que ce travail a été élaboré, avec pour objectif d'étudier les internes de médecine générale.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'évolution de leur empathie au cours des 18 premiers mois de leur internat de DES de médecine générale. Puis nous nous sommes intéressés à l'évolution des symptômes dépressifs au cours des 18 premiers mois de leur internat. Nous avons par la suite cherché un éventuel lien entre les deux.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec le Département de Médecine Générale de Bordeaux, le Laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux et l'Université Paris Descartes.

Dans un premier temps, nous présenterons le contexte de cette étude avec une présentation des concepts d'empathie et de symptômes dépressifs.

Puis nous décrirons l'étude réalisée, sa méthodologie et ses résultats.

La dernière partie sera consacrée à la discussion de cette étude et de ses résultats, ainsi que les conclusions pratiques qui en découlent.

CONTEXTE

1 L'EMPATHIE DANS LA LITTÉRATURE

1.1 Définitions :

L'empathie semble essentielle dans la relation entre les individus mais reste un concept difficile à définir.

Au départ, le mot « empathie » vient du grec « *εμπατία* » qui signifiait « souffrir avec ».

Puis il est réapparu au XIXe siècle en traduction de l'allemand « *Einfühlung* » qui était utilisé par les romantiques allemands pour définir l'émotion ressentie en observant le spectacle de la nature. « *Einfühlung* » est lui même dérivé de « *hinein fühlen* » qui signifie « sentir de l'intérieur » (8).

Même si le philosophe Théodore Lipps utilise ce terme en psychologie à partir de 1897, le terme « *empathy* » n'est réellement introduit dans le domaine de la psychologie qu'en 1909 par l'anglais Titchener. Titchener définit l'empathie comme « un sentiment ou une projection de soi dans un objet avec des implications sociales ».

Puis Freud introduit le concept d'empathie en psychanalyse. Pour définir ce concept, il utilise la métaphore du « miroir » qui reflète son image au patient.

Le terme d'empathie reste néanmoins difficile à définir. Afin de le comprendre un peu mieux, nous allons aborder les principaux modèles théoriques existants.

1.2 Modèles théoriques :

1.2.1 Modèle de Carl Rogers :

Carl Rogers est un psychothérapeute qui fut l'un des premiers à introduire la notion d'empathie dans les soins, en parlant d'empathie clinique. Il a développé une méthode de psychothérapie appelée « approche centrée sur la personne ».

Pour Rogers, l'empathie « consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant, sans jamais oublier le comme si » (8).

1.2.2 Modèle de Mercer et Reynolds (9) :

Mercer et Reynolds se sont intéressés à la qualité des soins et plus particulièrement au rôle que joue l'empathie du soignant dans la qualité des soins, définissant ainsi l'empathie clinique. Il s'agit pour eux d'un concept complexe et multidimensionnel.

Ils définissent l'empathie comme étant :

- la compréhension de la situation du patient, de ses pensées, ses affects et ce que cela signifie pour lui
- l'expression de cette compréhension et en vérifier l'exactitude
- l'action thérapeutique utilisant cette compréhension.

1.2.3 Modèle de Davis (10):

Davis propose une approche multidimensionnelle de l'empathie. Il propose quatre sous composantes de l'empathie, qui sont :

- la prise de perspective (traduit du « perspective taking ») qui correspond à la capacité à adopter le point de vue des autres
- la sollicitude ou préoccupation empathique (traduit du « empathic concern »)
- la détresse personnelle (traduit du « personal distress ») qui correspond à la capacité de ressentir et vivre la détresse de l'autre
- la fantaisie (traduit du « fantasy ») correspondant à l'imaginaire, au fait de se projeter dans les sentiments de personnages fictifs (BD, films, théâtre).

Pour Davis, il existe une empathie cognitive et une empathie affective.

À partir de ce concept, il a créé un test appelé Indice de Réactivité Interpersonnelle (IRI) que nous détaillerons page 24.

1.2.4 Modèle de Decety:

Pour Decety, l'empathie est une compétence naturelle qui a évolué avec le cerveau des mammifères pour former et maintenir les liens sociaux nécessaires pour survivre, se reproduire et maintenir le bien être.

L'empathie serait composée de plusieurs facettes (11):

- le partage affectif (« affective sharing ») qui correspond au fait d'être suscité émotionnellement par les émotions de l'autre
- la compréhension empathique (« empathic understanding ») qui est la prise de conscience de l'état émotionnel de l'autre
- la préoccupation empathique (« empathic concern ») qui est la motivation à prendre soin du bien être de quelqu'un
- l'empathie cognitive (« cognitive empathy ») correspondant à la prise de perspective (« perspective taking ») qui est la capacité à se mettre à la place de l'autre et à comprendre ce qu'il ressent.

Decety s'est également intéressé, avec son équipe, à l'empathie d'un point de vue neuroscientifique avec la notion de neurones miroirs (12).

A l'aide de l'IRM fonctionnelle, ils ont étudié l'activité cérébrale d'un sujet lorsqu'il faisait face à la douleur d'autrui. Ils retrouvent que dans ce cas, les régions cérébrales correspondant à la douleur sont activées.

1.2.5 Modèle de Morse (13):

Pour Morse, l'empathie est multidimensionnelle et comprend quatre composantes :

- une composante affective (ou émotive) qui correspond à la capacité à percevoir subjectivement et partager les sentiments d'autrui ou son état psychologique
- une composante cognitive qui est la prise de perspective c'est à dire la capacité intellectuelle à comprendre le ressenti d'autrui
- une composante comportementale qui permet de véhiculer la compréhension d'autrui par la communication
- une composante morale qui correspondrait à une perspective morale au sens large.

1.2.6 Modèle de Hojat:

Hojat s'est énormément intéressé au concept d'empathie et notamment dans les soins.

Il décrit alors l'empathie chez un patient comme une empathie clinique.

L'empathie a alors une dimension essentiellement cognitive. La dimension affective de l'empathie décrite par certains auteurs fait pour lui référence à la sympathie.

L'empathie clinique implique une compréhension (plutôt que les sentiments) des expériences, des préoccupations et des points de vue du patient. Une capacité à communiquer cette compréhension doit y être combinée (14).

Ce modèle a servi à l'élaboration d'une échelle de l'empathie chez les soignants (Jefferson Scale of Physician's Empathy) que nous développerons page 24.

1.2.7 Modèle de Reniers (15) :

Dans le modèle développé par Reniers et son équipe, on retrouve la notion de l'empathie avec une part cognitive et une part affective.

L'empathie cognitive correspond à la compréhension de l'expérience d'autrui. Elle doit être gérée par l'esprit.

L'empathie affective est la capacité à ressentir viscéralement les sentiments de l'autre. Elle implique une reconnaissance rapide des émotions de l'autre personne sur la base des expressions du visage, du corps, des gestes et de la tonalité de la voix. Cela provoque une réaction émotionnelle à la situation de l'autre personne.

Sur ce modèle, ils développeront une échelle de mesure : le QCAE qui sera développé page 26.

1.2.8 Modèle de Larson et Yao (16) :

Larson et Yao se sont intéressés à l'empathie dans les soins. Pour eux, l'empathie est un processus psychologique qui englobe une part affective, une part cognitive, des mécanismes comportementaux et les résultats en réaction à l'observation des expériences d'autrui.

Ils ont créé un modèle de l'empathie clinique représenté par la figure qui a été traduite en français par A. Joubert (17).

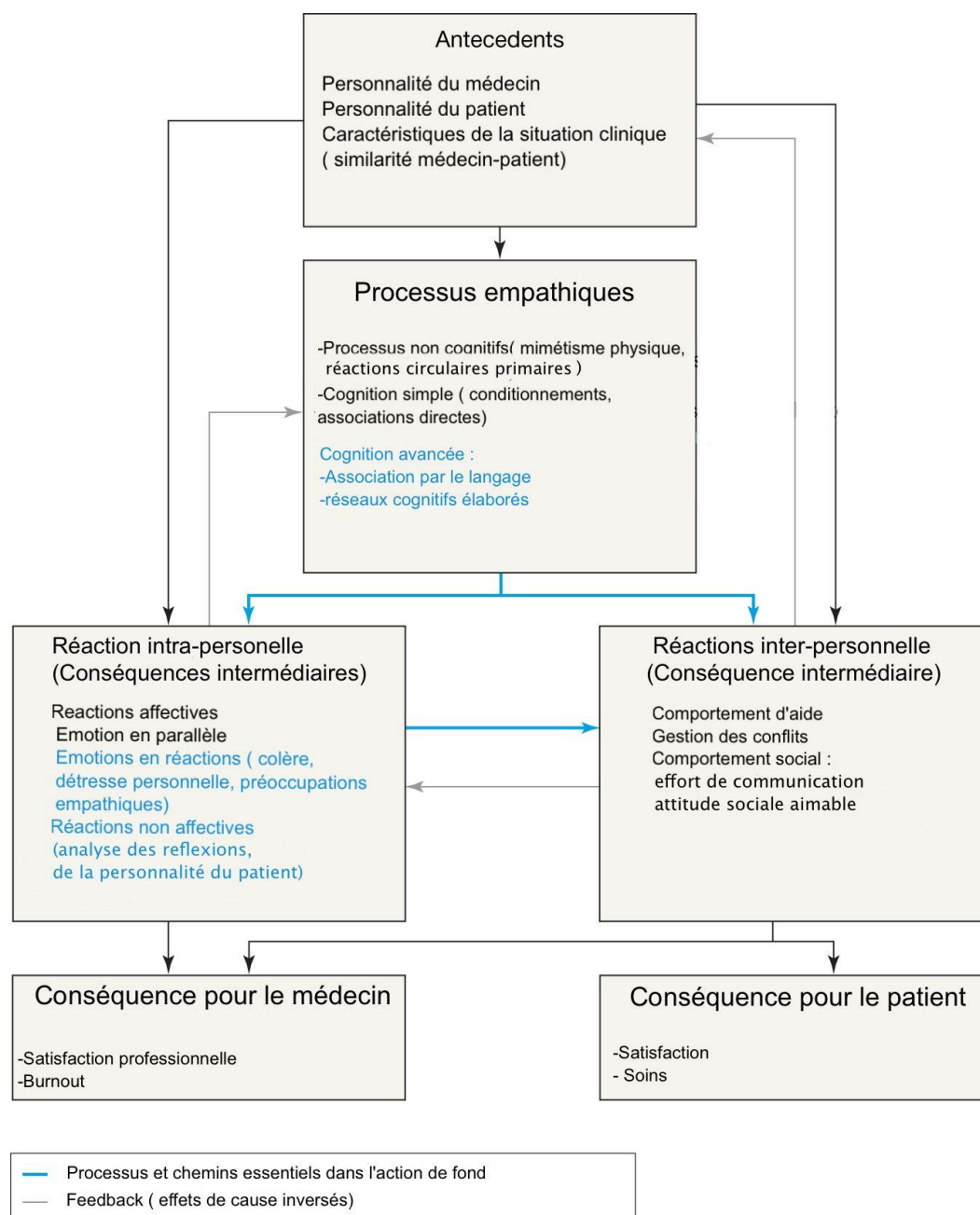


Figure 1 : Le modèle d'empathie clinique de Larson et Yao (17)

À partir des antécédents (personnalité du médecin, personnalité du patient, caractéristiques de la situation clinique), des processus empathiques se mettent en place.

Ces processus empathiques sont de trois types :

- les processus non cognitifs
- les processus cognitifs simples
- les processus cognitifs avancés

Ces processus empathiques vont entraîner deux types de réactions :

- réactions intrapersonnelles qui correspondent aux émotions du médecin. Elles agissent en feedback pour les processus empathiques
- réactions interpersonnelles qui correspondent à un comportement dans la relation médecin-malade. Elles agissent en feedback sur les réactions intrapersonnelles.

Les réactions intra et interpersonnelles agissent à deux niveaux :

- sur le médecin : de façon positive avec la satisfaction personnelle, ou de façon négative en entraînant le burnout
- sur le patient : en améliorant les soins et en lui apportant de la satisfaction.

1.3 Distinction avec sympathie et compassion :

Dans le langage courant, il n'est pas toujours facile de faire la distinction entre ces termes. L'empathie et la sympathie sont souvent confondues.

1.3.1 Distinction avec la sympathie :

Hojat distingue l'empathie de la sympathie (18). Il décrit la sympathie comme étant une composante affective ou émotionnelle alors que l'empathie correspond à une composante cognitive.

Pour Hojat, en raison de la nature émotionnelle de la sympathie, elle peut être écrasante et nuire à la performance du clinicien (14).

Maury décrit très bien la différence entre ces deux concepts dans sa thèse (19). La sympathie est une émotion, un sentiment alors que l'empathie est une attitude mentale. On dit « éprouver de la sympathie » alors que l'on dit être « en empathie ». Pour lui la sympathie correspondrait à la notion de « trop empathique ».

1.3.2 Distinction avec la compassion :

Littéralement, le terme compassion signifie « souffrir avec ». Dans sa thèse, le Dr Joubert reprend la définition de L.Velluet (17) : « Souffrir avec quelqu'un n'a jamais soulagé personne. Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous ».

et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre » « Les deux états (empathie et sympathie) peuvent se succéder dans les temps, ceci dans n'importe quel ordre, et ils sont parfois très intriqués ».

1.4 Résumé des composantes de l'empathie au vue des différents modèles :

Au vu de ces différents modèles, l'empathie semble donc être un concept multidimensionnel. Trois notions se distinguent : l'empathie affective, l'empathie cognitive et l'empathie clinique.

1.4.1 Empathie affective :

Les mots « empathie affective ou émotionnelle » font référence à la façon de répondre à l'émotion de l'autre par la même émotion. Par exemple, une personne manifesterait de l'empathie envers une autre, si elle ressentait de la peine en la voyant pleurer (13).

Pour Mehrabian et Epstein, l'empathie est une réaction émotionnelle en réponse à la perception de l'émotion d'autrui (20).

Il n'y a pas de phénomène de compréhension dans l'empathie affective. En ce sens, il s'agirait donc d'un trait que chaque individu possède de façon plus ou moins importante. Ne faisant pas appel à la compréhension, elle serait stable (21).

1.4.2 Empathie cognitive :

L'« empathie cognitive » serait donc l'habileté cognitive à prendre la perspective et le point de vue d'une autre personne. Cette notion correspond au terme anglais « perspective taking ». Cela implique la compréhension à la fois du monde émotif et du monde intellectuel de l'autre. Il s'agirait donc de comprendre l'émotion vécue par une personne qui pleure sans toutefois réagir avec la même émotion (22).

Dans l'empathie cognitive, il s'agit donc de comprendre l'émotion ressentie par autrui. Elle peut donc évoluer au cours du temps.

1.4.3 Empathie clinique :

Le terme « empathie clinique » est utilisé pour faire référence à l'empathie dans le domaine du soin.

Les médecins et les soignants semblent développer une empathie clinique qui s'intègre dans la relation médecin-malade.

Pour Consoli, l'empathie clinique est la capacité à s'intéresser à la personne de son patient autrement que comme un cas clinique. Il s'agit de percevoir ce que le patient ressent face à ses problèmes de santé, en fonction de son histoire ainsi que de son environnement familial et social qui lui sont propres (23).

L'empathie clinique est essentiellement cognitive. Comme nous l'avons vu précédemment, Hojat dit même que la part affective de l'empathie serait dans le soin de la sympathie et pourrait nuire à la relation médecin-malade et au médecin (14).

Au total, l'empathie est essentielle dans les soins et dans la relation médecin-malade. Il semble important de développer son empathie et de diminuer sa sympathie pour améliorer cette relation médecin-malade. C'est l'empathie cognitive qu'il faut tendre à développer et non l'empathie affective. En effet, la compréhension est avantageuse dans la relation thérapeutique.

1.5 Échelles d'évaluation de l'empathie :

Il existe de multiples échelles d'empathie. Voici un détail des principales échelles existantes (présentée de façon chronologique en fonction de leur date de création).

1.5.1 Le questionnaire d'empathie de Hogan (HEQ) (24) :

Cette échelle fut créée en 1969 par Robert Hogan. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 64 items vrai/faux. Pour Hogan, l'empathie serait la capacité à prendre le point de vue moral de l'autre. Cela fait donc référence à l'aspect cognitif de l'empathie. D'après plusieurs études menées par Hogan, ce questionnaire a fait la preuve de sa fiabilité et de sa validité.

1.5.2 L'Indice de Réactivité Interpersonnelle (IRI) (25):

Ce questionnaire fut créé par Marx Davis en 1983. Comme vu précédemment, Davis considère qu'il y a 4 composantes à l'empathie, qui sont explorées avec l'IRI :

- la prise de perspective (traduit de l'anglais « perspective taking ») qui correspond à la capacité à adopter le point de vue des autres
- la sollicitude ou préoccupation empathique (traduit de l'anglais « empathic concern »)
- la détresse personnelle (traduit de l'anglais « personal distress ») qui correspond à la capacité de ressentir et de vivre la détresse de l'autre
- la fantaisie (traduit de l'anglais « fantasy ») correspondant à l'imaginaire, au fait de se projeter dans les sentiments de personnages fictifs (BD, films, théâtre).

Le questionnaire comprend 28 items qui sont répartis en 4 sous-échelles correspondant aux 4 composantes de l'empathie. Chaque item est coté de 0 à 4 (« ne me décrit pas bien » à « me décrit bien »).

La sous-échelle « prise de perspective » évalue l'empathie cognitive. Les trois autres sous-échelles et particulièrement « la sollicitude/préoccupation empathique », évaluent l'empathie affective.

Une version française fut validée en 2012 par Gillet et son équipe. Cette étude retrouve des propriétés psychométriques acceptables avec une bonne fidélité test-retest, une bonne validité de structure ainsi qu'une bonne validité convergente (26).

Cette étude est la seule étude de validation de version retrouvée dans la littérature.

1.5.3 L'échelle Jefferson d'empathie (JSPE) (27):

La JSPE (Jefferson Scale of Physician's empathy) a été créé en 2002 par Hojat pour évaluer l'empathie clinique, ce qui renvoie à la notion cognitive de l'empathie. Au départ elle était limitée aux médecins, puis elle a été renommée JSE (Jefferson Scale of Empathy) car elle a été étendue à l'ensemble des soignants notamment infirmières et aux étudiants. Elle resté néanmoins plus largement nommée JSPE.

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 20 items, dont dix sont inversés (i). Chaque item est noté de 1 à 7 sur une échelle de Likert, correspondant respectivement à « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Les items sont répartis de la façon suivante dans les trois sous-composantes de l'empathie cognitive :

- la prise de perspective (« Perspecting taking ») : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 20 (sous score de 10 à 70).
- le soin compatissant (« Compassionate care ») : items 1(i), 7(i), 8(i), 11(i), 12(i), 14(i), 18(i) et 19(i) (sous score de 8 à 56).
- la capacité à se mettre à la place du patient (« Walking in patient's shoes ») : items 3(i) et 6 (i) (sous score de 2 à 14).

Le score global obtenu au questionnaire peut aller de 20 à 140. Plus le score est élevé plus cela correspond à une empathie importante estimée par le participant

Il s'agit d'une échelle largement utilisée dans le monde. Sa fiabilité et sa validée ont été vérifiées par les auteurs lors de sa création (27) puis lors d'une nouvelle étude en 2014 confirmant que les 3 composantes de cette échelle restent stables même dans différents cultures (28).

Sa consistance interne a été déterminée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,80 (28).

Plusieurs études confirment sa validité et sa fiabilité (29).

Le JSPE a été validé en français et déjà utilisé chez des médecins. En effet, Zenasni et son équipe ont utilisé la version française du JSPE pour évaluer l'empathie de 308 médecins généralistes (30).

De plus, le JSPE a déjà été utilisé pour évaluer l'empathie des internes en médecine dans plusieurs études (31, 32).

1.5.4 L'échelle d'empathie basale (BES) (33):

La BES (Basic Empathy Scale) fut créée en 2006 par Jolliffe et Farrington. Elle a été initialement réalisée et testée chez des adolescents anglais âgés de 15 ans. Elle permet d'évaluer l'empathie affective et cognitive.

Elle fut validée en français par D'Ambrosio et son équipe, mais elle restait utilisée chez des adolescents. Leur étude a montré une cohérence interne et une fiabilité test-retest correctes. Leur analyse factorielle confirmatoire a montré que l'échelle française a la même structure factorielle que la version originale et ce à la fois pour l'empathie affective et l'empathie cognitive (34).

Elle a par la suite été validée chez les adultes (étudiants et travailleurs actifs) par Carré et son équipe en 2013 (35).

1.5.5 Le questionnaire d'empathie de Toronto (TEQ) (36) :

Le TEQ (Toronto Empathy Questionnaire) fut élaboré en 2009 par Spreng. Il s'agit d'une échelle brève d'autoévaluation. Pour les auteurs, le TEQ représente l'empathie pour un processus essentiellement émotionnel, ce qui correspond à l'empathie affective.

Ce questionnaire est composé de 16 items évaluant différentes facettes de l'empathie : la contagion émotionnelle, la compréhension des émotions, l'éveil sympathique et l'altruisme.

Les 16 items sont cotés de 0 à 4 sur l'échelle de Likert. La moitié des items ont une cotation inversée.

Lors de leurs travaux, les auteurs ont montré sa validité en retrouvant une corrélation positive avec des sous échelles de l'IRI : la préoccupation empathique (« Empatic Concern ») et dans une moindre mesure avec la prise de perspective (« Perspective Taking ») et la fantaisie (« Fantasy »).

Le fait de retrouver une corrélation positive avec la prise de perspective et la fantaisie de l'IRI peut laisser supposer que le TEQ évaluerait également l'empathie cognitive.

1.5.6 Le questionnaire d'empathie cognitive et affective (QCAE) (15):

Le QCAE (Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy) a été créé en 2010 par Reniers et son équipe. Il permet d'évaluer l'empathie cognitive et l'empathie affective. L'objectif des auteurs était de créer un outil plus fiable que le BES.

Le QCAE est un auto-questionnaire composé de 31 items, dont 4 sont inversés (i), répartis en 5 sous-échelles correspondant aux 5 composantes de l'empathie. Chaque item permet d'évaluer le ressenti du participant face à une situation, en cotant la réponse de 1 à 4 sur une échelle de Likert correspond respectivement à « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord ». Les items inversés sont cotés de 4 à 1.

Les 5 composantes évaluées sont les suivantes:

- la contagion émotionnelle (« Emotional contagion ») qui correspond au reflet automatique des sentiments de l'autre (items 8, 9, 13 et 14 avec un sous-score allant de 4 à 16).
- la réactivité proximale (« Proximal responsivity ») c'est à dire la réponse émotionnelle à l'observation de l'humeur d'un sujet faisant parti d'un contexte social proche (items 7, 10, 12 et 23 avec un sous-score allant de 4 à 16).
- la réactivité périphérique (« Peripheral responsivity ») correspondant à la réactivité proximale mais dans un contexte social distant (items 2(i), 11, 17(i) et 29(i) donnant un sous-score allant de 4 à 16).
- la prise de perspective (« Perspective taking ») qui correspond à la tendance spontanée à se mettre à la place d'autrui (items 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26 et 27 donnant un sous-score allant de 10 à 40).
- la simulation en ligne (« Online simulation ») qui correspond à la tendance à se mettre à la place d'autrui par l'imagination (items 1(i), 3, 4, 5, 6, 18, 28, 30 et 31 donnant un sous-score allant de 9 à 36).

L'empathie affective est évaluée grâce aux trois premières composantes : la contagion émotionnelle, la réactivité proximale et la réactivité périphérique. Le score global de l'empathie affective varie donc de 12 à 48. Plus le score est élevé, plus le participant se perçoit comme ayant une empathie affective importante.

L'empathie cognitive est évaluée avec les deux dernières composantes : la prise de perspective et la simulation en ligne. Le score global de l'empathie cognitive peut aller de 19 à 76.

Plus le score est élevé, plus l'empathie est importante.

Sa validité de convergence fut démontrée par les auteurs en retrouvant des corrélations positives fortes pour les scores d'empathie cognitive et d'empathie affective au QCAE et au BES (15).

Sa validité de construction fut démontrée en faisant passer des questionnaires évaluant des traits de personnalité psychopathique, agressive, colérique, impulsive et

machiavélique. Les auteurs ont retrouvé comme attendu, que l'empathie affective avait une plus forte corrélation négative avec la colère et l'agressivité que l'empathie cognitive. Et, l'empathie cognitive avait une plus forte corrélation négative avec l'impulsivité et les traits psychopathiques que l'empathie affective (15).

La revue de la littérature ne retrouve pas d'étude de validation d'une version française.

1.5.7 Synthèse des échelles :

Il existe également d'autres échelles pour évaluer l'empathie tel que le quotient d'empathie (EQ) ou l'échelle d'équilibre de l'empathie émotionnelle (BEES), mais qui sont moins utilisées que celles détaillées précédemment.

Parmi celles détaillées, l'IRI, le JSPE et le QCAE semblent être les auto-questionnaires les plus validés et les plus utilisés dans la littérature.

Au total :

- l'IRI est composée de quatre sous composants : la prise de perspective, la sollicitude, la détresse personnelle et la fantaisie. Elle évalue l'empathie cognitive et l'empathie affective
- la JSPE est constituée de trois facettes : la prise de perspective, le soin compatissant et la mise à la place du patient. Elle évalue l'empathie cognitive
- la TEQ évalue l'empathie affective et dans une moindre mesure l'empathie cognitive
- le QCAE qui est composé de cinq composantes : la prise de perspective, la simulation en direct, la contagion émotionnelle, la réactivité proximale et la réactivité périphérique. Elle permet d'évaluer à la fois l'empathie cognitive et l'empathie affective.

Quelques études ont comparé ces questionnaires.

Ainsi, il existe une forte corrélation entre le QCAE et la BES tant pour les résultats de l'empathie cognitive que pour ceux de l'empathie affective (15).

De plus, il existe une forte corrélation entre les scores obtenus au JSPE et à l'IRI, notamment pour les sous scores de la prise de perspective et de la préoccupation empathique (37).

1.6 Facteurs déterminants de l'empathie :

Il semble exister plusieurs déterminants à l'empathie. Nous verrons les déterminants généraux mais également des déterminants plus spécifiques à l'empathie chez les médecins.

1.6.1 Le genre :

Plusieurs études ont mis en évidence que les femmes ont des scores d'empathie plus élevés que les hommes, tant pour l'empathie affective que pour l'empathie cognitive.

Hojat s'est intéressé à l'empathie en fonction du genre dans plusieurs études menées dans différents pays. Dans l'étude réalisée aux États-Unis (38), les femmes obtenaient un meilleur score que les hommes au JSPE, mais la différence n'était pas significative ($p=0,08$). Il retrouve les mêmes résultats dans une étude menée au Japon avec une différence significative ($p=0,02$) (39). Enfin, dans l'étude menée en Italie (40), la différence entre les sexes n'est pas significative même s'il y aurait une tendance à une empathie plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

A l'aide du QCAE, Reniers a retrouvé que les femmes avec des scores supérieurs à ceux des hommes et ce dans toutes les sous dimensions du questionnaire (15).

Baron-Cohen a réalisé une étude de l'empathie en fonction du genre. Il retrouve des scores d'empathie significativement plus bas chez les hommes que chez les femmes ($p<0,0001$) (41).

1.6.2 Le statut marital :

Dans son travail de thèse réalisé chez des médecins généralistes, Buffel de Vaure a mis en évidence que le fait d'être en couple est associé à un score d'empathie émotionnelle plus élevée. Son travail vient confirmer celui de Dush pour qui le fait d'être marié est associé à un meilleur bien-être (42).

1.6.3 Le bien-être :

Dans une étude transversale américaine, Shanafelt et son équipe se sont intéressés au bien être et à l'empathie des 165 internes de médecine interne (toutes années d'internat confondues) de la clinique Mayo de Rochester. Ils ont trouvé que le fait d'avoir un score de bien-être élevé est associé à une meilleure empathie des internes (43).

Le bien-être pouvant être défini comme la résultante de 4 composantes (44):

- le bien-être émotionnel (dépression, stress, anxiété, tension, angoisse, confusion, optimisme, vigueur, énergie...)
- les perceptions de soi (estime globale de soi, image du corps, perception de la condition physique...)
- le bien-être psychique (perception de troubles somatiques, douleur...)
- le bien-être perçu (qualité de vie)

1.6.4 Le niveau socio-économique :

Dans son travail, le Dr Buffel de Vaure suggère que le fait d'être issu d'un milieu socio-économique bas chez les médecins est associé à une empathie cognitive plus importante (42).

Il faut néanmoins modérer ses résultats qui n'ont pas été retrouvés dans la littérature.

1.6.5 Déterminants propres aux médecins :

1.6.5.1 La spécialité :

Dans une de ses études, Hojat retrouve une empathie plus élevée chez les médecins psychiatres que chez les médecins spécialistes en chirurgie générale ou spécialisée ainsi que chez les radiologues ou anesthésistes. Il n'y a pas de différence significative entre les scores d'empathie obtenus chez les psychiatres, les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres ou les internistes (38).

1.6.5.2 La durée des consultations :

Buffet de Vaure a mis en évidence une meilleure empathie cognitive chez les médecins qui effectuent des consultations plus longues (42).

1.7 L'empathie chez les médecins généralistes:

L'empathie semble donc fondamentale dans la relation médecin-malade et dans la prise en charge du malade.

Et même s'il semble acquis que l'empathie a une place essentielle dans la relation médecin-malade, il existe peu d'études qui évaluent spécifiquement les scores d'empathie des médecins généralistes.

En effet, Pedersen a réalisé une revue de la littérature en 2009 (45) qui indique que beaucoup d'études ont été réalisées mais très peu de façon fiable et précise.

On peut néanmoins citer la thèse de Woerner (46). Dans son travail réalisé chez des médecins généralistes français, elle retrouve des scores d'empathie (JSPE et TEQ) élevés chez ces médecins.

1.8 L'empathie chez les étudiants en médecine :

S'il existe peu d'études spécifiques chez les médecins généralistes, plusieurs études ont été réalisées chez les étudiants en médecine afin d'évaluer leur empathie. Beaucoup de ces études sont des études étrangères.

Neumann a réalisé une revue de la littérature sur le sujet en 2011 (47). Trois études longitudinales et six études transversales ont montré une diminution significative de l'empathie au cours des études médicales. Une autre étude transversale suggèrerait une stabilité des résultats.

La recherche bibliographique menée n'a pas permis de mettre en évidence d'étude longitudinale menée sur l'empathie chez les étudiants en médecine français.

1.9 L'empathie chez les internes de médecine :

Il existe très peu d'études dans la littérature qui se sont intéressées à l'empathie dans la population des internes de médecine.

On peut néanmoins citer Neumann qui s'est également intéressé aux internes dans sa revue de la littérature (47). Ainsi, cinq études longitudinales et deux études transversales ont montré une diminution de l'empathie au cours de l'internat.

On peut également citer une étude américaine menée aux Etats-Unis chez des internes de médecine. Cette étude portait sur l'association entre la perception des erreurs

médicales avec la détresse émotionnelle et l'empathie des internes (48). Cette étude suggère que la perception des erreurs médicales entraîne une détresse émotionnelle importante et une baisse de l'empathie chez les internes.

Il n'a pas été retrouvé d'études françaises portant sur l'empathie des internes de médecine.

2 LA DEPRESSION DANS LA LITTERATURE :

2.1 Définitions :

La dépression ou épisode dépressif caractérisé (EDC) est une affection psychiatrique courante. Elle correspond à un trouble de l'humeur. Elle se caractérise par un ensemble de symptômes : des affects négatifs (découragement, soucis, crainte...), des cognitions particulières (idées d'indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, idées suicidaires...), des troubles comportementaux (ralentissement, expression triste, isolement, retrait...) et somatiques (asthénie, troubles du sommeil et de l'appétit, céphalées...) (49).

Anciennement nommé épisode dépressif majeur, le terme « caractérisé » est préféré à celui de « majeur ». « Majeur » était la traduction du terme anglo-saxon « major » qui en anglais ne préjuge pas de la sévérité du trouble (50).

Le diagnostic de dépression repose sur des critères précis établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec le CIM-10 (51) et par l'association américaine de psychiatrie avec le DSM-V (52).

La 10^e Classification Internationale des Maladies (CIM-10) définit l'épisode dépressif comme la présence d'un nombre minimum de symptômes (critère de sévérité) durant les 15 derniers jours (critère de durée). L'EDC est alors classé en EDC léger, modéré ou sévère. L'HAS propose un tableau de critères diagnostiques basés sur la cette classification (Tableau I) (53).

Tableau I : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10

A. Critères généraux (obligatoires) : 1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines 2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondants aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet 3. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.
B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants : 1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines. 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables 3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes : 1. Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi 2. Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée 3. Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type 4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres) se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations 5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) 6. Perturbations du sommeil de n'importe quel type 7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

La classification DSM-V est la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie. C'est la classification la plus habituellement utilisée.

Les critères diagnostiques de l'EDC selon la DSM-V sont représentés dans le tableau II, selon la traduction proposée par le collège national des universitaires de psychiatrie (54)

Tableau II : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs) 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours 3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade) 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécisions presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) 9. Pensée de mort récurrente (pas seulement peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale	D. Les symptômes ne répondent pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique
E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.	

Ces deux classifications permettent de déterminer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, en trois niveaux :

- « léger » : peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaires pour répondre au diagnostic et peu de retentissement (social, professionnel et des relations)
- « modéré » : plus de symptômes que nécessaire et retentissement modéré.
- « sévère » : quasiment tous les symptômes et retentissement majeur.

L'EDC peut être isolé (présence d'un EDC), récurrent (présence d'au moins deux EDC séparés par une période d'au moins deux mois consécutifs) ou persistant (présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans).

La dépression est une affection courante dans le monde. Selon l'OMS, elle touche dans le monde, près de 350 millions de personnes et est la première cause d'incapacité dans le monde (55).

On retrouve des prévalences de la dépression différentes selon les études.

Selon une étude réalisée par le Baromètre santé en 2010, sur un échantillon de 27 653 individus, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé, au cours des douze derniers mois, de 7,5 % chez les 15-85ans avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (2,8 % présentaient un épisode dépressif caractérisé sévère, 4,3 % un EDC d'intensité moyenne et 0,7 % un EDC léger) (56).

Selon le collège national des universitaires en psychiatrie, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est de 5 % en France, et la prévalence vie entière est de 11 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes (54). Cela s'associe à un risque majeur de suicide. En France, 30 à 50 % des tentatives de suicide font suite à un épisode dépressif caractérisé (54).

2.2 Complications et conséquences de la dépression :

Les troubles dépressifs sont donc fréquents et peuvent avoir des conséquences individuelles sévères.

2.2.1 Récidive et chronicité :

Au moins 60 % des sujets ayant souffert d'un épisode dépressif vont en connaître un second. Ce chiffre augmente avec le nombre d'épisodes passés. Les patients qui ont

présenté trois épisodes ont 90 % de risque d'en présenter un quatrième (57). Environ 15 % des dépressions deviennent chroniques (58).

2.2.2 Retentissement fonctionnel :

La dépression deviendrait en 2020, la deuxième affection, à travers le monde, à fort retentissement fonctionnel devant les maladies cardiaques ischémiques et devant les accidents de la route (59).

Une étude plus récente a été réalisée par le Global Burden of Disease Study en 2006 et fait des prévisions sur l'état de santé mondiale en 2030. Ainsi en 2030, la dépression serait la première cause de handicap dans les pays développés, et resterait la deuxième cause au niveau mondial (derrière le VIH et devant les maladies cardiaques ou devant les accidents de la route selon le scénario) (60).

2.2.3 Risque suicidaire :

Le suicide reste la complication majeure de la dépression.

En 2002, une enquête réalisée par la DREES, retrouve un taux plus important de tentative de suicide chez les personnes identifiées comme présentant un trouble dépressif. 22 % des personnes présentant un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ce chiffre augmente à 27 % chez les personnes présentant un trouble dépressif récurrent (61).

Selon l'Observatoire National du Suicide, en 2012, il y a eu 9 715 décès par suicide identifiés en France métropolitaine (ce nombre se rapprocherait plus vraisemblablement des 10 700 compte tenu des soucis d'identifications dans les registre de décès) soit 27 décès par jour et environ 200 000 tentatives de suicide. Les troubles de l'humeur constituent un risque majeur de suicide et sont le trouble psychiatrique ayant le plus fort risque de tentative de suicide. Enfin, un score moyen ou élevé sur les échelles de dépression est fortement associé à la présence d'idées suicidaires (62).

L'HAS rappelle que 15 % des patients ayant présenté un épisode dépressif au cours de leur vie, mourront par suicide (50).

2.2.4 Addictions :

Les personnes présentant un trouble dépressif sont exposées à un risque de développer tout type d'addictions : alcool, cannabis, cocaïne, héroïne et jeux pathologiques. Réciproquement, la dépendance ou la consommation abusive de substances illicites augmente le risque de survenu d'un état dépressif (63).

La prévalence-vie entière de la dépression chez les patients alcooliques serait de 14 %. Chez l'homme, la dépendance à l'alcool précède la dépression dans 80 % des cas alors que chez la femme, la dépression précède la dépendance à l'alcool dans 66 % des cas (64).

2.2.5 Anxiété :

Les épisodes dépressifs s'accompagnent fréquemment de symptômes anxieux. Bien qu'ils soient le plus souvent en amont de la symptomatologie dépressive, ils peuvent être une complication des épisodes dépressifs (63).

2.3 Échelles d'évaluation de la dépression :

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la dépression qui sont utilisées de façon internationale. Nous allons détailler les principales échelles utilisées.

2.3.1 L'échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD) :

Cette échelle fut élaborée en 1983 par Zigmond et Snaith pour évaluer les troubles de l'humeur chez les patients hospitalisés dans des services de médecine. Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Les symptômes somatiques susceptibles de fausser l'évaluation ont été exclus (vertiges et céphalées par exemple). Cette échelle permet de distinguer deux troubles de l'humeur : l'anxiété et la dépression ; et d'en évaluer la sévérité (65).

Il existe une traduction française de cette échelle qui a été validée par Lépine et al. en 1985 (66) et par Razavi et al. en 1989 (67).

Les 14 items qui composent l'HAD sont répartis en 2 sous échelles : 7 items évaluent l'anxiété et 7 items évaluent la dépression. Ils sont alternés au cours du questionnaire et huit d'entre eux sont inversés (i) afin d'éviter un biais liés à leur répétition.

Chaque item est coté sur une échelle de Likert en 4 niveaux permettant ainsi une cotation de 0 à 3 (ou de 3 à 0 pour les items inversés).

Les items se répartissent de la façon suivante :

- items évaluant la dépression : items 1(i), 3(i), 5(i), 7, 9, 11(i) et 13(i)
- items évaluant l'anxiété : items 2, 4, 6(i), 8(i), 10(i), 12 et 14

Ainsi, un sous-score pour chaque sous-échelle peut être calculé, les sous-scores allant de 0 à 21. Le score total aux 14 items peut être calculé et varie donc de 0 à 42. Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

L'interprétation de chaque sous-score (anxiété et dépression) se fait de la manière suivante :

- de 0 à 7 : absence de symptomatologie
- de 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- de 11 à 21 : symptomatologie avérée

Sa validité apparente a été vérifiée en testant la compréhension des items auprès des malades interrogés. Ainsi, 2 items initialement présents (un pour l'anxiété et un pour la dépression) ont été supprimés. L'échelle initialement conçue à 16 items est donc devenue une échelle à 14 items (65).

La vue de la littérature réalisée par Herrmann sur les données de validation de la version originales et de la version allemande confirme une structure à deux dimensions (68).

Sa validité prédictive a été démontrée sur l'adhésion aux traitements des patients, sur la qualité de vie (sous score dépression) et sur l'apparition de symptômes physiques (sous score anxiété) (68)

Sa validité de structure externe est satisfaisante (69).

Sa fidélité évaluée par méthode test-retest est satisfaisante (68) ainsi que sa consistance interne évaluée par le coefficient alpha de Cronbach (69).

Cette échelle a été utilisée dans plusieurs contextes médicaux et est une échelle bien comprise et facile à compléter (69).

Une revue de la littérature, basée sur l'étude de 747 articles utilisant l'HADS, a été réalisée en 2001 par une équipe Norvégienne (70). Ils ont retrouvés une bonne performance de l'HADS pour la détection de l'anxiété et de la dépression, et pour l'évaluation de la gravité des symptômes. Ils ont également constaté que l'HADS peut également être utilisée, avec les mêmes propriétés, à la population générale, à la médecine générale et aux patients psychiatriques.

L'échelle HAD a également été validée dans son utilisation dans la population des employés (71).

Elle a déjà été utilisée dans une population d'internes en médecine (72).

2.3.2 L'échelle Beck Depression Inventory (BDI) (73) :

L'échelle de Beck Depression Inventory permet d'évaluer l'intensité de la dépression chez les adolescents à partir de 13 ans et chez les adultes dépressifs.

Plusieurs versions ont été proposées par les auteurs, au cours du temps.

La première version fut élaborée en 1962. Elle comporte 21 items: tristesse ; pessimisme envers l'avenir ; sentiment d'échec ; manque de satisfaction/plaisir ; sentiment de faute, de peine, de haine envers soi-même ; idées suicidaires ; crise de larmes ; irritabilité ; intérêt social ; indécision ; image corporelle ; travail ; troubles du sommeil ; fatigue ; appétit ; perte de poids ; attention à l'égard de sa santé et libido.

Chaque item est composé de quatre phrases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Le sujet peut entourer plusieurs numéros dans une même série si plusieurs propositions lui conviennent (le nombre le plus élevé sera alors retenu).

Les normes établies sont les suivantes :

- < 10 : score normal
- de 10 à 18 : dépression légère
- de 19 à 29 : dépression modérée
- > 30 : dépression sévère

La Beck Depression Inventory évalue l'intensité de la dépression chez les patients dépressifs mais ne permet pas de poser un diagnostic sans un entretien de dépistage (74).

Une version amendée (BDI-IA) fut réalisée en 1971 avec pour but une meilleure clarté du questionnaire. Les doubles négations et les termes alternatifs ont été supprimés.

Une deuxième édition (BDI-II) a été publiée en 1996 par Beck afin de mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. Quatre items de la version BDI-IA ont été changés (image corporelle, travail, perte de poids et attention pour sa santé) en quatre nouveaux items (agitation, perte d'estime de soi, perte d'énergie et difficultés pour se concentrer). Et deux items ont été reformulés afin d'évaluer à la fois l'augmentation et la diminution de l'appétit et du sommeil (75).

Les notes seuils sont les suivantes :

- de 0 à 11 : pas de dépression
- de 12 à 19 : dépression légère
- de 20 à 27 : dépression modérée
- > 27 : dépression sévère.

Vingt items du BDI-II ont une saturation satisfaisante avec la dimension dépressive (75).

Enfin, il en existe une version abrégée à 13 items constituée des items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17 et 18 de la version originale. Cette version fut proposée en 1972.

Les scores pour cette version abrégée vont de 0 à 39. Le degré de sévérité est établi de la façon suivante :

- de 0 à 3 : pas de dépression
- de 4 à 7 : dépression légère
- de 8 à 15 : dépression modérée
- 16 ou plus : dépression sévère.

2.3.3 L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale : MADRS) (76) :

Cette échelle a été élaborée par Montgomery et Asberg en 1979 pour étudier les modifications de l'humeur sous l'effet des thérapeutiques.

Elle comporte 10 items qui sont cotés de 0 à 6 (seules les valeurs paires sont définies, les valeurs impaires étant des états intermédiaires).

La dépression est définie par un seuil supérieur à 15.

Il s'agit d'échelle relativement rapide pour évaluer l'intensité de la dépression (74).

2.3.4 L'échelle de dépression d'Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale : HDRS) (77,78) :

Elle permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs chez les patients diagnostiqués comme souffrant d'états dépressifs.

Cette échelle est reconnue au niveau international pour l'évaluation de la dépression. De nombreuses versions existent, la plus courante étant celle à 17 items.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui est rempli par l'évaluateur. Neuf items sont cotés sur une échelle de 0 à 4 (symptômes absents, symptômes douteux ou non significatifs, symptômes légers, symptômes modérés, symptômes importants) et huit items sont cotés sur une échelle de 0 à 2 (symptômes absents, symptômes douteux ou légers, symptômes moyens ou importants).

Le score total est l'addition des scores obtenus à chaque item :

- de 0 à 7 : pas de dépression
- de 8 à 17 : dépression légère
- de 18 à 25 : dépression modérée
- de 26 à 52 : dépression sévère.

La version française a été étudiée par l'équipe de Lemperière (79). Sa capacité à différencier les différents stades de gravité de la dépression est inférieure à la MADRS.

La HDRS est donc un bon indicateur de l'intensité globale de la dépression mais pas une échelle de diagnostic. Elle est suffisamment sensible pour apprécier les changements sous antidépresseurs (74).

2.3.5 Le questionnaire de sévérité de la dépression PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (80) :

Ce questionnaire fut élaboré par Kroenke et son équipe en 2001. Il permet une auto ou une hétéro évaluation de la sévérité de la dépression au cours des deux dernières semaines. Il a été réalisé à partir des neuf items du DSM-IV (version antérieure du DSM-V vu plus précédemment).

Il se compose de 9 items plus un item dit de fonctionnement. Les 9 items sont cotés sur une échelle de 0 à 3 (jamais, plusieurs jours, plus de sept jours, presque tous les jours). Le dixième item est coté sur une échelle de 0 à 4 (pas de tout difficile à extrêmement difficile).

L'interprétation du score obtenu aux 9 items :

- de 0 à 4 : absence de dépression
- de 5 à 9 : dépression légère
- de 10 à 14 : dépression modérée
- de 15 à 19 : dépression assez sévère
- de 20 à 27 : dépression sévère.

Une étude suggère que le PHQ-9 a des propriétés psychométriques supérieures au HADS pour détecter la dépression majeure (81).

2.3.6 L'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) :

Cette échelle d'auto-évaluation fut créée en 1977 par Radloff (82). Elle permet d'identifier une symptomatologie dépressive et d'en évaluer la sévérité.

Elle est composée de 20 items qui évaluent différents aspects de la symptomatologie dépressive (humeur dépressive, sentiment de culpabilité, désespoir, ralentissement psychomoteur, anorexie et trouble du sommeil).

Pour chaque item, le sujet indique la fréquence avec laquelle il a éprouvé, au cours de la semaine précédente, les sentiments et les comportements décrits, selon une échelle de Likert en quatre points :

- 1 : jamais, très rarement (moins d'un jour)
- 2 : occasionnellement (1 à 2 jours)
- 3 : assez souvent (3 à 4 jours)

4 : fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)

Elle a été validée en français chez des malades psychiatriques hospitalisés, ambulatoires et en médecine générale par Fuhrer et Rouillon (83).

Les items sont cotés de 0 à 3 sauf les items 4, 8, 12 et 16 qui sont inversés et donc cotés de 3 à 0. Le score total s'échelonne de 0 à 60.

En France, le seuil critique est fixé à 17 chez les hommes et 23 chez les femmes.

2.4 Facteurs déterminants de la dépression :

2.4.1 Le genre :

Lors d'une étude de grande envergure (enquête Anadep réalisée par l'INPES), il a été retrouvé que 17,8 % des individus interrogés ont présenté au moins une fois dans leur vie un épisode dépressif. Ce type d'évènement a été rapporté par deux fois plus de femmes que d'hommes (23,5 % vs 12 % $p < 0,001$). Ils retrouvent également une différence en fonction du genre sur la prévalence d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois.

La prévalence observée chez les femmes est le double de celle observée chez les hommes (7,2 % vs 2,7 %). Les troubles sont plus sévères chez les femmes que chez les hommes. Néanmoins, il n'y a pas de différence significative concernant la durée des troubles quelques selon le genre (84).

D'autres études retrouvent cette prévalence deux fois plus importante chez les femmes (85,86).

2.4.2 L'âge :

Pour Lamboy, la tranche des 15-24 ans serait la plus vulnérable par rapport à ceux de plus de 65 ans (85).

L'étude Anadep retrouve qu'en moyenne, le premier épisode dépressif apparaît à l'âge de 30 ans. La moitié de ses premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans. De plus, l'âge du premier épisode dépressif semble lié à la récurrence. Ceux qui déclarent avoir présenté un seul épisode ont un âge moyen de premier épisode de 23ans contre 33 ans pour ceux déclarant au moins 5 épisodes dépressifs au cours de leur vie (84).

2.4.3 Situation professionnelle :

Les personnes sans emploi rémunéré ont une prévalence des troubles dépressifs plus importante (86). La prévalence des épisodes dépressifs est deux fois plus importante quand l'individu est au chômage depuis plus de deux ans par rapport à ceux qui sont au chômage depuis moins longtemps (85).

Les individus ayant un niveau d'étude élevé (bac +5 et grandes écoles) semblent moins touchés par les épisodes dépressifs (85).

2.4.4 Statut marital :

Une augmentation des épisodes dépressifs a été mise en évidence chez les personnes vivant seules (86).

Le célibat, le veuvage, le divorce et le fait de vivre seul présentent une association forte avec la survenue de dépression (84).

Avant 25 ans, les deux principaux facteurs associés à la survenue d'un épisode dépressif seraient le fait d'être une femme et de ne pas avoir d'activité professionnelle.

Entre 25 ans et 54 ans, outre le fait d'être une femme, les principaux facteurs seraient le statut matrimonial (célibat, divorce), le fait d'avoir plusieurs enfants (plus de 5) et d'avoir une situation professionnelle instable.

Entre 55 ans et 75 ans, le fait d'avoir beaucoup d'enfants et un bas revenu mensuel seraient les facteurs associés à la survenue d'un épisode dépressif, en plus du divorce et veuvage chez les femmes. Chez les hommes, le principal facteur associé serait le fait de vivre seul (87).

Au total, le profil du patient déprimé en France est « typiquement » une femme ayant un faible niveau d'étude, divorcée ou veuve, vivant seule, soit inactive pour des raisons de santé ou économiques, soit employée ou ouvrière à faible revenu. Un homme dans la même situation a un risque suicidaire deux fois plus élevé (58).

2.5 Dépression chez les médecins :

En 2003, Yves Léopold a réalisé une étude sur 42 137 médecins répartis dans 26 départements français. Il retrouve une incidence du suicide de 14 % contre 5,6 % dans la population générale du même âge (30 à 65 ans) (88).

En 2013, une étude épidémiologique a été réalisée chez 2 052 médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais (89). Un médecin sur 4 déclarait avoir déjà présenté des idées suicidaires au cours de sa carrière. Vingt-deux médecins ont déclaré avoir déjà imaginer un scénario suicidaire précis. Un médecin a déclaré une tentative de suicide. Chez les médecins âgés de plus de 60 ans, le sur-risque de présenter des idées suicidaires est de 3,5.

Il semble y avoir une prévalence importante des troubles dépressifs chez les médecins généralistes. Nous allons donc remonter en amont pour voir si l'on retrouve cette tendance aux symptômes dépressifs tout d'abord chez les étudiants en général, puis chez les étudiants en médecine, et enfin chez les internes en médecine.

2.6 Dépression chez les étudiants :

Plusieurs études se sont intéressées, en France ainsi qu'à l'étranger, à la santé des étudiants et en particuliers concernant les symptômes dépressifs. Voici quelques résultats retrouvés parmi les études les plus récentes.

Dans une étude américaine menée en 2001 (90), 1 455 étudiants de faculté ont été interrogés. 53 % d'entre eux ont déclaré avoir subi des symptômes dépressifs depuis le début de l'université. 9 % ont répondu avoir déjà pensé à se suicider et 1 % d'entre eux déclare avoir déjà tenter de se suicider.

Une autre étude américaine a étudié les étudiants pendant 13 ans (de 1988 à 2001) et leur motif de consultation (91). Les auteurs observent une augmentation du pourcentage d'étudiants venant consulter pour des symptômes dépressifs, de 21 % à 42 %.

Une étude française réalisée à l'université de Poitiers s'est intéressée à la dépression chez les étudiants de la première à la troisième année (92). Parmi les 1 521 étudiants ayant répondu, les auteurs retrouvent une prévalence ponctuelle d'épisode dépressif majeur de 5,9 % et une prévalence de 30,8 % pour les symptômes dépressifs.

En 2005, la LMDE (La Mutuelle des Etudiants) a réalisé une étude (93) retrouvant que au cours des douze derniers mois, 86 % des étudiantes et 68 % des étudiants se sont sentis déprimés.

Une étude bordelaise réalisée sur 1 100 étudiants en première année d'université retrouve que 27 % d'entre eux ont des symptômes de dépression légère, 18 % des symptômes de dépression modérée ou sévère dont 3 % correspondent à des symptômes de dépression sévère. De plus 4,3 % d'entre eux présentaient des idées suicidaires (94).

2.7 Dépression chez les étudiants en médecine :

Dyrbye et son équipe rappelle qu'au début de leurs études médicales, les étudiants en médecine ont la même santé mentale que les autres étudiants (95).

Pour Givens qui a réalisé une étude sur 194 étudiants en médecine à l'Université de San Francisco, 24 % des étudiants sont déprimés, et seulement 22 % de ces étudiants déprimés ont consulté les services de conseil (96).

2.8 Dépression chez les internes de médecine :

Plusieurs études étrangères se sont intéressées aux scores de dépression chez les internes de médecine et retrouvent une forte prévalence d'internes déprimés. Mais il y eu peu d'études françaises et peu d'études réalisées spécifiquement sur les internes de médecine générale. Les études réalisées portent essentiellement sur le stress professionnel et le burnout, mais très peu portent sur la dépression.

Sen et son équipe ont réalisé une étude sur les internes (les « résidents » en anglais), toutes spécialités confondues, débutant leur stage d'internat, dans 13 universités américaines (97). Le score moyen obtenu au questionnaire PHQ-9 (score sur 27) est passé de 2,38 avant le début de l'internat, à 6,70 après 3 mois de stage ($p < 0,001$), à 6,33 après 6 mois de stage ($p < 0,001$) et à 6,48 après neuf mois de stage ($p < 0,001$). Durant cette période, le pourcentage d'internes déprimés est passé de 3,9 % avant le début de l'internat à 27,1 %, 23,3 %, 25,7 % et 26,6 % après respectivement 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois de stage.

Une étude norvégienne, menée par Tysen, s'est intéressée aux étudiants en médecine de dernière année et les ont suivi jusqu'à la fin de leur première année d'internat (98). 11 % des internes présentaient des troubles psychiques nécessitant un traitement. Ils ne font pas de distinctions parmi ces troubles. Ces troubles psychiques seraient liés au stress au travail, indépendamment des antécédents de troubles psychique et des traits de personnalité.

Sur cette même population, Tysen a étudié la prévalence des idées suicidaires. Il retrouve une stabilité des idées suicidaires aux deux temps de mesure (à la fin des études et à la fin de la première année d'internat) avec une prévalence de 14 % (99).

2 L'EMPATHIE et LA DÉPRESSION DANS LA LITTÉRATURE :

Il existe quelques études dans la littérature qui se sont intéressées à l'éventuel lien entre l'empathie et la dépression.

Pour Tully et son équipe, les personnes ayant une bonne réglementation des émotions cognitives avaient de faibles niveaux de dépression globale. De plus, les symptômes de dépression étaient plus bas lorsque les niveaux d'empathie affective étaient dans la moyenne (100).

Une étude américaine s'est intéressée à l'empathie affective et cognitive de sujets « aidants » auprès de personnes âgées, au quotidien (101). Les aidants avec un taux élevé d'empathie cognitive étaient moins déprimés, et avaient une meilleure « satisfaction de vie » que les aidants avec un score plus faible d'empathie cognitive. À l'inverse, l'empathie affective était corrélée négativement avec la satisfaction de vie.

Une étude canadienne a été menée sur l'empathie des patients déprimés (102). Pour les auteurs, l'empathie des patients déprimés allait être diminuée et ce pour deux raisons. Premièrement, il a déjà été montré que les patients atteints de dépression pouvaient avoir des déficits dans les interactions sociales et affectives. La deuxième raison est neuro-anatomique. Le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, le cortex antérieur et les amygdales montrent des changements dans la dépression. Ces mêmes zones ont été identifiées comme des corrélats neuronaux de l'empathie affective et de l'empathie cognitive.

Les patients déprimés avaient un taux plus élevé au sous score « détresse personnelle » de l'IRI par rapport aux patients non déprimés. L'empathie affective serait donc plus importante chez les patients déprimés.

Il n'y avait pas de différence significative pour les scores d'empathie cognitive dans les deux groupes (patients déprimés et patients non déprimés).

Ces résultats sont à nuancer avec une étude canadienne qui s'est intéressée à la réponse empathique des patients déprimés (103). Les patients déprimés avaient des scores d'empathie au TEQ plus bas que les patients non déprimés. Ils présentaient également un score plus bas aux composantes « prise de perspective » et « préoccupation empathique » de l'IRI.

Les patients déprimés avaient donc une empathie affective et une empathie cognitive plus faibles que les patients non déprimés.

Enfin, une équipe néerlandaise a réalisé une revue de la littérature des études menées sur l'empathie chez des patients présentant une dépression (104).

Cette revue de la littérature retrouve un lien entre la dépression et l'empathie affective. La dépression serait liée à un taux élevé de stress empathique.

De plus, plusieurs études soutiennent le fait que l'empathie cognitive peut être altérée par la dépression.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant à l'empathie et à la dépression et au lien entre les deux, ni chez les médecins, ni chez les internes en médecine.

PROBLÉMATIQUE

Nous avons vu que l'empathie était composée d'une part affective et d'une part cognitive. L'empathie cognitive est fondamentale dans la relation médecin-malade et l'on parle alors d'empathie clinique. L'empathie est une compétence essentielle pour le médecin généraliste et pour les internes de médecine générale en tant que futurs praticiens.

Or, plusieurs études ont mise en évidence une diminution de l'empathie au cours des études de médecine et ce avant même le début de l'internat.

Nous avons également vu qu'il existe une prévalence importante des symptômes dépressifs chez les médecins généralistes mais aussi chez les internes en médecine et les étudiants en médecine.

On peut donc s'interroger sur l'éventuel lien entre l'empathie et les symptômes dépressifs. On peut également se demander si les symptômes dépressifs apparaissent dès l'internat et leur impact sur l'empathie des internes.

C'est à partir de ces constats que cette étude prospective a été mise en place.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'évolution de l'empathie des internes de médecine générale au cours des 18 premiers mois de leur internat.

Les deux objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer l'apparition et l'évolution de symptômes dépressifs (ou de dépression) chez les internes au cours de leur 18 premiers mois d'internat
- de mettre en évidence une corrélation entre l'empathie et la dépression.

Au vu de la littérature citée précédemment, notre hypothèse principale était que l'empathie diminuerait au cours de l'internat et serait en lien avec une augmentation des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale au cours des premiers semestres.

MATERIEL ET METHODES

1 Le projet « Intern’life » :

Le projet « Intern’life » a débuté en avril 2012 au sein de l’Université Paris Descartes et est le fruit d’une collaboration entre le Département de Médecine Générale et l’Institut de Psychologie de Paris Descartes. Le projet avait pour but de suivre une cohorte d’internes tout au long de leur internat et d’étudier différents critères tels que le stress, l’empathie, les symptômes dépressifs, les conduites addictives, le burnout, les troubles du comportement alimentaire et les stratégies de coping. Dans le cadre du projet « Intern’life » à Paris, l’accord du Comité d’Ethique pour cette recherche a été obtenu.

En 2013, Emilie Boujut, Maître de Conférence et Chercheur à l’Université Paris Descartes, propose à l’Université de Bordeaux (Département de Médecine Générale et Laboratoire de Psychologie) une extension du projet aux internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux afin d’augmenter la puissance de l’étude « Intern’life ».

Le projet « Intern’Life » est donc lancé en Aquitaine et nous sommes cinq internes à avoir rejoint le projet.

L’équipe « Intern’life » Aquitaine se compose donc de médecins généralistes du Département de Médecine générale, de psychologues du Laboratoire de Psychologie et d’internes de l’Université de Bordeaux.

2 Type d’étude :

« Intern’Life » est une étude de cohorte prospective, quantitative et observationnelle composée des internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux de la promotion 2013. L’étude a été débutée lors de leur premier choix de stage en novembre 2013 et elle s’achèvera à la fin de leur internat avec un dernier temps de mesure en octobre 2016.

Dans le cadre de ce travail, seuls les 4 premiers temps de mesure ont été analysés. Il s’agit donc d’une analyse intermédiaire à la moitié de leur internat.

3 Protocole de l'étude :

3.1 Déroutement du recueil :

Le recueil des données a été effectué via des questionnaires en ligne. Le site internet et le recueil des données ont été gérés par l'Université Paris Descartes. Il s'agit d'un site internet créé spécialement pour cette étude, indépendant, qui accueille à la fois l'étude parisienne et l'étude bordelaise.

Le premier temps de mesure appelé T0 s'est déroulé en octobre 2013, avant le début du premier stage d'internat qui débute au premier novembre. Il s'agissait donc de futurs internes de médecine générale en attente du choix de leur premier stage d'interne, dans la région Aquitaine.

Le protocole initial prévoyait des temps de mesure tous les 6 mois

Les mesures suivantes ont donc été réalisées durant le dernier mois de chaque stage (soit 5 mois après le début du stage). T1 a ainsi été réalisé à la fin du premier semestre, T2 à la fin du deuxième semestre et T3 à la fin du troisième semestre. Le tableau III récapitule le déroulement des quatre temps de l'étude.

Tableau III : Schéma des 4 temps de l'étude

T0	T1	T2	T3
Octobre 2013	Avril 2014	Octobre 2014	Avril 2015

A T0, lors du choix de stage en amphithéâtre, nous avons informé les futurs internes du déroulement de l'étude « Intern'life » dans leur promotion. Après information, les internes donnant leur consentement pour participer à l'étude nous ont laissé leur adresse mail.

Cette liste d'adresses mail a été utilisée pour leur envoyer le lien internet permettant d'accéder au questionnaire T0. Ce même procédé fut répété à chaque temps de mesure.

Le questionnaire en ligne était activé à chaque choix de stage et était clôturé à chaque entrée dans un nouveau stage. Les internes avaient donc une période de un mois pour répondre au questionnaire.

Dans le but d'obtenir un meilleur taux de participation, cette période de un mois fut rallongée de un mois supplémentaire (soit une clôture à un mois du début du nouveau stage) à partir du troisième temps de mesure (T2).

Afin de permettre une anonymisation des données, il a été demandé, à chaque temps de mesure, les trois premières lettres du prénom de la mère de l'interne ainsi que son jour de naissance. Les données des différents temps de mesure ont été appareillées grâce à ses données.

Leur consentement a été redemandé à chaque temps de l'étude, au début du questionnaire en ligne. Chaque interne pouvait se retirer de l'étude à tout moment.

3.2 Interventions auprès des internes :

L'équipe « Intern'life » Aquitaine (membres Département de Médecine Générale, membres du Laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux et cinq internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux) ayant été composée en amont du premier temps de mesure, il a été décidé de créer des flyers, des teeshirts ainsi que des stylos avec le logo « Intern'life ». (Annexe 1)

Afin de pouvoir communiquer facilement avec les futurs internes de l'étude, il a été créé une adresse mail (etude.internlife.aquitaine@gmail.com) ainsi que des comptes « Intern'life Aquitaine » sur les réseaux sociaux (Facebook et Twitter).

Nous avons également sollicité le SIMGA (Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine) pour diffuser l'existence de cette étude.

Notre première intervention a eu lieu, la veille du premier choix de stage, lors de la réunion d'accueil et information des nouveaux internes de médecine générale de Bordeaux, réalisée par le SIMGA.

Nous nous sommes présentés puis leur avons expliqué le projet « Intern'life » : le déroulement, les objectifs et les modalités d'inclusion. Nous les avons également informés de la mise en place d'un tirage au sort parmi les participants avec remise de cadeaux.

Nous étions identifiables par nos teeshirts « Intern'life » afin de pouvoir discuter avec eux et répondre aux éventuelles questions à la fin de cette réunion. Un flyer leur a été distribué à la sortie de la réunion.

Le lendemain, lors du premier choix de stage, nous étions présents dans l'amphithéâtre pour recueillir les adresses mails des internes souhaitant participer à l'étude. Nous étions également présents à la sortie de l'amphithéâtre au niveau d'un stand « Intern'life » avec collation, pour leur distribuer les flyers et les stylos.

Ce principe de stand « Intern'life » avec collation fut mis en place à chaque choix de stage avec, à chaque fois, un petit rappel sur l'étude avant le début du choix de stage et annonce des gagnants du tirage au sort pour le temps de mesure précédent.

A partir du troisième temps de mesure (T2), devant une diminution de la participation des internes, un rappel du projet « Intern'life » a été fait à chaque premier cours de chaque semestre dans les différents Commissions Pédagogiques Locales. Ce rappel a été effectué soit par l'un d'entre nous qui se rendait sur place, soit par l'intermédiaire de l'enseignant.

Afin de financer les cadeaux à gagner, les flyers, les stylos, les teeshirts et les collations, chaque interne de l'équipe a investi une somme de départ afin de débiter le projet puis nous avons sollicité des partenaires (banque et assurance).

3.3 Protocole utilisé :

Au terme de différentes réunions avec le comité de pilotage, les médecins généralistes, les psychologues et les internes de l'Université Paris Descartes, l'équipe « Intern'life » parisienne a créé le protocole T0 comportant plusieurs auto-questionnaires.

Ce protocole T0 nous a été fourni par l'équipe « Intern'life » de Paris. Puis lors de réunions au sein de l'équipe « Intern'life » Aquitaine, nous avons effectué quelques modifications par rapport au protocole T0 parisien.

Ainsi pour notre protocole T0, nous avons supprimé le TEQ (Questionnaire d'Empathie de Toronto) qui a été remplacé par le QCAE . Le QCAE, de part ses 5 composantes, nous semblait plus intéressant que le TEQ pour l'étude de l'empathie. En effet, le QCAE permet d'évaluer à la fois l'empathie affective et l'empathie cognitive contrairement au TEQ qui évalue essentiellement l'empathie affective et dans une très faible mesure l'empathie cognitive. Nous avons ajouté l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) en 3 questions.

Le protocole complet T0 qui comporte les données sociodémographiques et les onze questionnaires est disponible en annexe 2.

Des réunions ont également eu lieu avant chaque nouveau temps de mesure, pour faire le point sur le taux de participation passé et effectuer d'éventuelles modifications du questionnaire.

Pour notre protocole T1, les internes ayant commencé leur premier stage, il a été rajouté une question sur le type de stage réalisé (médecine adulte, urgences, pédiatrie/gynéco ou stage libre) et le lieu de réalisation du stage (au CHU ou hors CHU).

Nous leur avons également demandé leur temps de travail au cours du semestre (nombre d'heures travaillées par semaine et nombre de gardes réalisées par mois) ainsi que leur temps de trajet entre leur domicile et leur lieu de stage.

Nous avons également effectué des modifications sur les questionnaires utilisés :

- le TIPI (Ten Items Personality Inventory) a été supprimé car peu susceptible de changer au cours du temps.
- l'échelle de stress perçu PSS (Perspective Stress Scale) à 14 items a été remplacée par la version à 4 items pour raccourcir le questionnaire.
- la GMRSS IMG (General Medicine Resident Stress Scale) qui mesure le stress perçu a été introduite. Elle était inutile à T0 car ils n'avaient pas encore connu de stage en tant qu'interne.
- le MBI (Malash Burnout Inventory) qui permet d'évaluer le burnout a également été introduit.
- l'AUDIT-C, le CAST (Cannabis Abuse Screening Test), le Fagerstrom et le Goodman ont été supprimés. Le DETA (acronyme de Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) a été maintenu.
- l'échelle WCC (Ways of Coping Checklist) qui évalue les stratégies de coping a été introduite

Les protocoles T1, T2 et T3 étaient similaires. Le protocole correspondant à ces trois temps est disponible en annexe 2. Le temps de passation du questionnaire complet est estimé à 20 minutes.

Dans le cadre de cette thèse, l'ensemble des informations recueillies n'a pas été utilisé. Seules les données utilisées dans cette étude seront donc décrites de façon spécifique.

4 Population cible et critères de sélection :

4.1 Population cible :

La population cible était l'ensemble des internes inscrits à la faculté de Bordeaux en DES de médecine générale et qui débutaient leur internat en novembre 2013, soit 204 étudiants (134 femmes et 70 hommes soit respectivement 66% et 34%).

4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être interne de médecine générale de la faculté de Bordeaux
- appartenir à la promotion débutant son internat en novembre 2013
- avoir répondu aux 4 temps de mesure (1ère analyse) ou avoir répondu aux temps T0 et T3 (2ème analyse)
- avoir donné son consentement

Les critères d'exclusion étaient :

- être absent lors du premier choix de stage
- refuser de participer

5 Description des données utilisées :

5.1 Données sociodémographiques :

Afin de pouvoir décrire la population d'internes, nous avons recueilli l'âge et le sexe des participants.

Pour nous permettre de connaître leur vie à l'extérieur de l'hôpital et de détecter un éventuel isolement social, leur statut marital (célibataire, en couple vivant séparé, en couple vivant ensemble ou divorcé) a été recueilli ainsi que leur nombre d'enfants.

Au cours de l'étude afin d'évaluer plus précisément leur mode de vie, nous avons rajouté une question sur leur type de logement (appartement seul, en colocation, en couple, logement en internat ou autre).

Nous leur avons également demandé la profession de leur père et de leur mère afin de connaître le milieu socio-culturel dont ils sont issus. Il s'agissait de réponses libres. La catégorie socio-professionnelle des parents a été déterminée à l'aide de la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'INSEE.

5.2 Conditions de travail :

Dans le but de connaître dans quel contexte se situait l'interne dans son stage au moment du temps de mesure, nous avons demandé aux participants des renseignements sur leur stage.

Il leur a ainsi été demandé à partir du T1, le terrain de stage dans lequel ils étaient parmi les propositions suivantes : stage de médecine adulte, stage d'urgence, stage de pédiatrie/gynéco ou stage libre. Nous avons vu dans l'introduction que ces terrains de stage font tous partis de la maquette de l'internat de médecine générale, de façon obligatoire.

Il a également été rajouté dès le T1, la précision « stage réalisé au CHU » ou « stage réalisé en dehors du CHU ».

5.3 Empathie :

Afin d'évaluer l'empathie, deux questionnaires ont été utilisés aux quatre temps de mesure de l'étude : la Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE) et le Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE).

Le JSPE a été choisi car il s'agit d'un questionnaire validé en français et déjà utilisé chez des médecins et des internes en médecine.

Le QCAE fut choisi pour ses capacités à évaluer à la fois l'empathie affective et l'empathie cognitive.

5.3.1 Empathie affective :

L'empathie affective a été évaluée aux 4 temps de mesure grâce au Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE). Comme nous l'avons vu dans la partie contexte, le QCAE est un auto-questionnaire composé de 31 items, répartis en 5 sous-composantes. Chaque item permet d'évaluer le ressenti du participant face à une situation. Afin d'évaluer

l'empathie affective, seules 3 des 5 sous composantes du QCAE ont été utilisées : la contagion émotionnelle, la réactivité proximale et la réactivité périphérique.

Le score global de l'empathie affective peut aller de 12 à 48. Plus le score est élevé, plus le participant se perçoit comme ayant une empathie affective importante.

La cotation inverse des items n'étant pas faite automatiquement sur le serveur, nous avons calculé manuellement les valeurs obtenues aux items inversés avant de pouvoir calculer les trois sous-scores, puis le score global.

5.3.2 Empathie cognitive :

Les 2 autres sous-composante du QCAE ont été utilisées : la prise de perspective et la simulation en ligne. Le score global de l'empathie cognitive peut aller de 19 à 76. Plus le score est élevé, plus l'empathie cognitive est importante.

L'empathie cognitive fut également évaluée à l'aide du JSPE qui est un auto-questionnaire composé de 20 items répartis en trois sous-composantes : la prise de perspective, le soin compatissant et la capacité à se mettre à la place du patient. Le score global obtenu au questionnaire peut aller de 20 à 140. Plus le score est élevé plus cela correspond à une empathie importante estimée par le participant.

La cotation inverse des items n'étant pas faite automatiquement, nous avons calculé manuellement les valeurs obtenues aux items inversés avant de pouvoir calculer chaque sous score puis le score global obtenu.

5.4 Dépression :

La dépression fut évaluée grâce à l'échelle d'anxiété et de dépression (HAD). Cette a été choisi de part sa facilité de passation, sa validité en français et le fait qu'elle est déjà été utilisée dans une population d'internes en médecine.

Cette échelle est composée de 14 items qui sont répartis en 2 sous échelles : 7 items évaluent l'anxiété et 7 items évaluent la dépression. Un sous-score pour la dépression peut être calculé et varie de 0 à 21. Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

La cotation inverse des items n'étant pas faite automatiquement, nous avons calculé manuellement les valeurs obtenues aux items inversés avant de pouvoir calculer les deux sous-scores (anxiété et dépression) puis le score global.

6 Analyses statistiques :

6.1 Analyses descriptives :

Une analyse de la population étudiée a été réalisée :

- sexe
- âge moyen
- taux de participation
- statut marital
- catégorie socio-professionnelle des parents

Les conditions de travail ont également été analysées :

- terrain de stage
- stage au CHU ou hors CHU

Les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel.

6.2 Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyses statistiques SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Pour l'analyse de l'évolution de l'empathie et de la dépression aux 4 temps de l'étude, nous avons réalisé un modèle linéaire général à mesures répétées. Pour l'analyse de l'évolution de l'empathie et de la dépression entre T0 et T3, nous avons réalisé un test t de Student et un test de Wilcoxon pour échantillons appariés.

La normalité des données a été vérifiée à l'aide du test de distribution de Kolmogorov-Smirnov pour l'ensemble des variables. Les distributions étaient normales pour toutes les variables sauf pour la dépression. Nous avons donc réalisé un test t de Student pour échantillons appariés pour toutes les variables sauf pour la dépression pour laquelle nous avons réalisé un test de Wilcoxon pour échantillons appariés.

Les analyses de corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive et la corrélation entre l'empathie et la dépression ont été réalisées avec le test de χ^2 de Pearson.

RÉSULTATS

La promotion d'internes de Médecine Générale d'Aquitaine qui débutait son internat en novembre 2013 (population cible) comportait 204 internes dont 66 % de femmes et 34 % d'hommes.

En ce qui concerne le protocole Intern'life bordelais dans son ensemble, 160 questionnaires ont été recueillis au temps T0, ce qui correspondait à une participation de 78 %. Au temps T1, le taux de participation était de 54 % avec 111 réponses obtenues. Au temps T2, le taux de participation était de 42 % avec 85 questionnaires recueillis. Au temps T3, 57 internes ont répondu au questionnaire ce qui correspondait à une participation de 28 %. Le taux d'attrition de la globalité de l'étude Intern'life à Bordeaux était de 64%.

Parmi ces questionnaires recueillis, les questionnaires incomplets pour les 3 questionnaires utilisés (QCAE, JSPE et HAD) ont été retirés.

Puis dans le but d'étudier l'évolution de l'empathie et de la dépression (et de la corrélation entre les deux) nous n'avons inclus que les internes ayant répondu aux 4 temps de mesure, puis les internes ayant répondu au T0 et au T3.

Nos populations d'études étaient donc de 29 internes pour la population ayant répondu aux 4 temps, et de 45 internes pour la population ayant répondu à T0 et T3.

1 Résultats pour la population ayant répondu aux 4 temps de l'étude:

1.1 Analyses descriptives :

1.1.1 Population :

La population des internes ayant répondu aux 4 temps de mesure était constituée de 29 internes soit 14,2 % de la promotion. Il y avait 24 femmes et 5 hommes soit respectivement 83 % et 17 %.

La moyenne d'âge était de 24,7 ans au temps T0 avec un écart-type (σ) de 0,857.

1.1.2 Statut marital :

Le nombre d'internes célibataires a diminué au cours de l'internat. Le nombre d'internes vivant en couple a augmenté, que se soit pour ceux vivant ensemble ou ceux vivant séparément (tableau IV).

Tableau IV : Répartition en fonction du statut marital des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

	T0 n (%)	T1 n (%)	T2 n (%)	T3 n (%)
Célibataire	18 (62)	16 (55)	16 (55)	13 (45)
En couple vivant ensemble	6 (21)	5 (17)	7 (24)	10 (34)
En couple vivant séparés	5 (17)	8 (28)	6 (21)	6 (21)

La figure 2 illustre cette évolution au cours du temps.

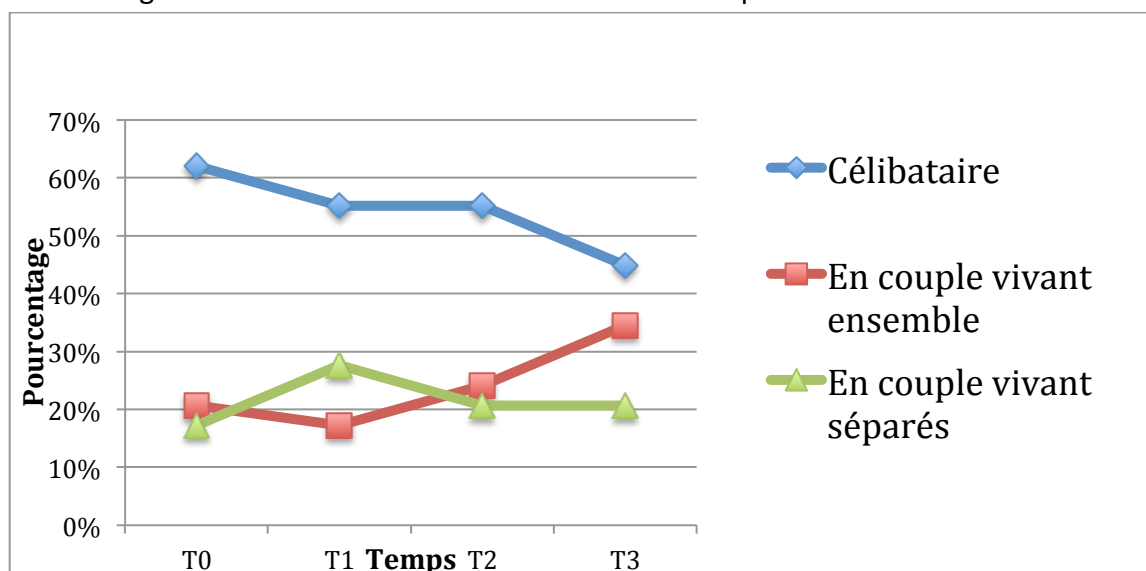


Figure 2 : Évolution du statut marital au cours du temps des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.1.3 Terrain de stage :

À partir du T1, les internes ont pu indiquer dans quel stage ils se trouvaient parmi les choix suivants :

- « médecine adulte » correspondant à un stage dans un service hospitalier
- « urgences » correspondant à un stage réalisé dans un service d'urgence hospitalier

- «stage libre » correspondant à un autre service de médecine hospitalier ou à un stage réalisé en cabinet
- « pédia/gynéco » correspondant à un stage effectué en pédiatrie ou en gynécologie (chaque stage pouvant être effectué en service hospitalier ou en cabinet).

Pour chaque stage, les internes précisaient si ce stage était effectué en CHU ou dans un autre hôpital de la région.

Le pourcentage de stage « médecine adulte » a diminué au cours de l'internat. Ils étaient 19 internes en médecine adulte au T1 (65,5 %), puis 14 internes au T2 (48,3 %) et 5 internes au T3 (17,2 %).

Il y avait 6 internes en « stage libre » au T1 (20,7 %), 8 internes au T2 (27,6 %) et 17 internes au T3 (58,6 %).

Ils étaient 3 internes dans un stage « urgences » au T1 (10,3 %), 7 internes au T2 (24,1 %) et 6 internes au T3 (20,7 %)

Le nombre d'internes en stage « pédia gynéco » était très faible : 1 interne à T1, 0 internes à T2 et 1 interne à T3.

Les figures 3, 4, 5 et 6 résument les répartitions des terrains de stage aux différents temps de mesure.

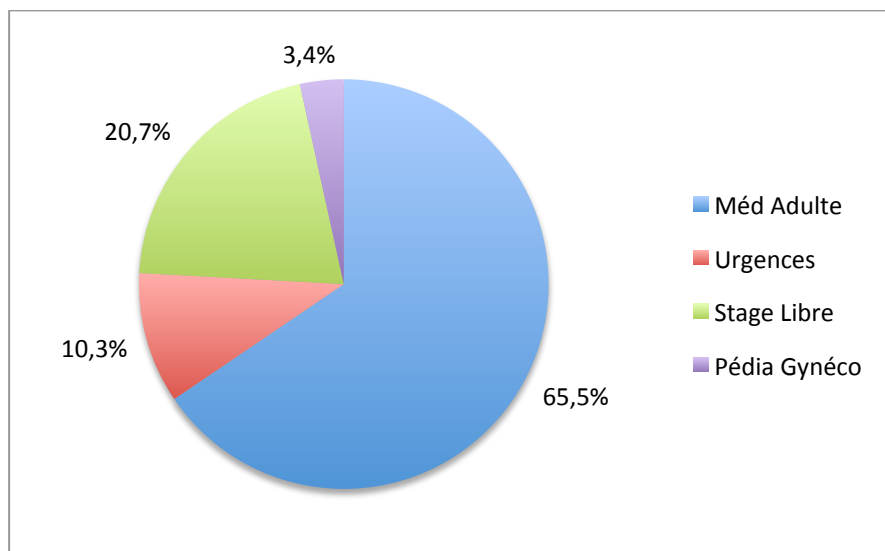


Figure 3: Répartition des terrains de stage à T1 (1^{er} stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Internl'ife, n=29

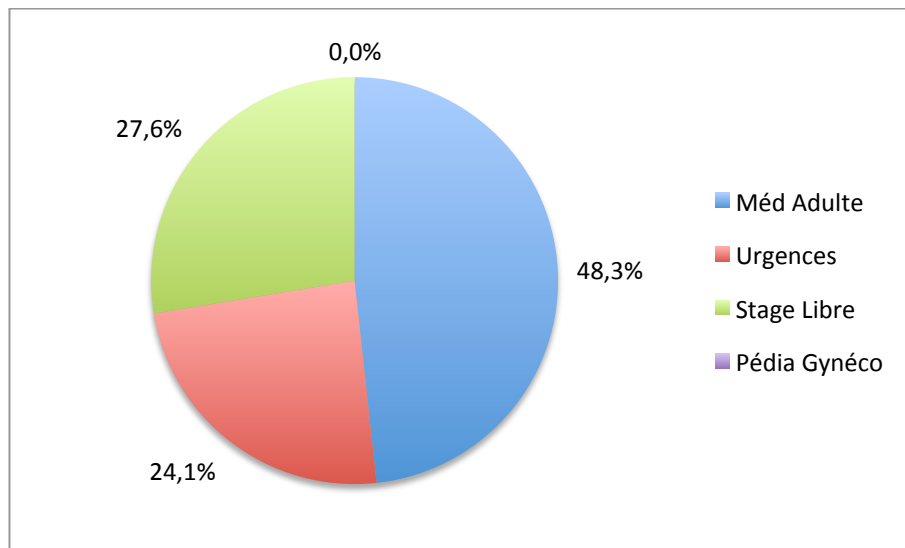


Figure 4 : Répartition des terrains de stage à T2 (2nd stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

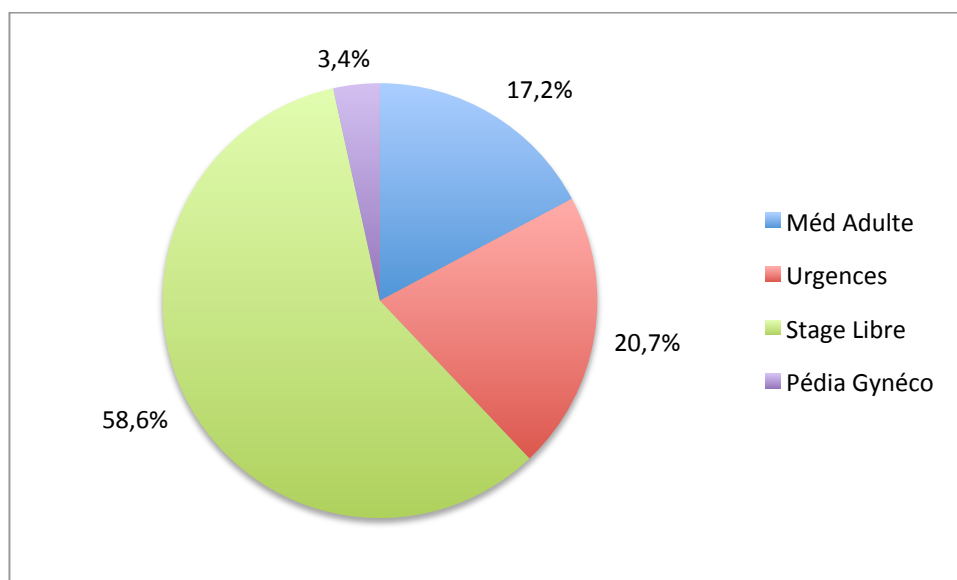


Figure 5 : Répartition des terrains de stage à T3 (3^{ème} stage effectué) chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

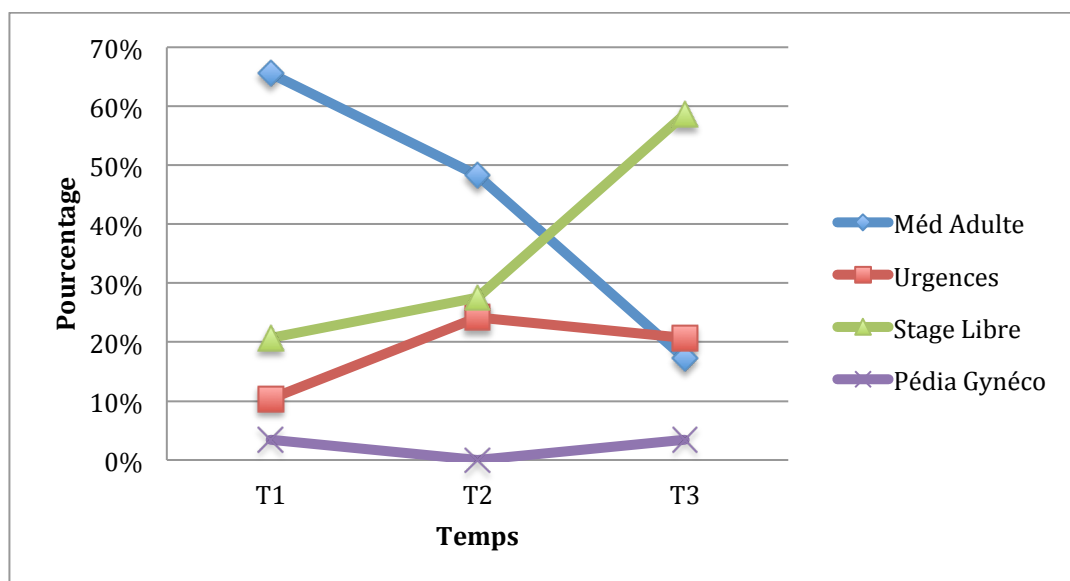


Figure 6 : Répartition des terrains de stage aux temps T1, T2 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

La majorité des internes de la population a effectué son stage en dehors du CHU à T1 (93 %), à T2 (90 %) et à T3 (72 %) (Figure 7).

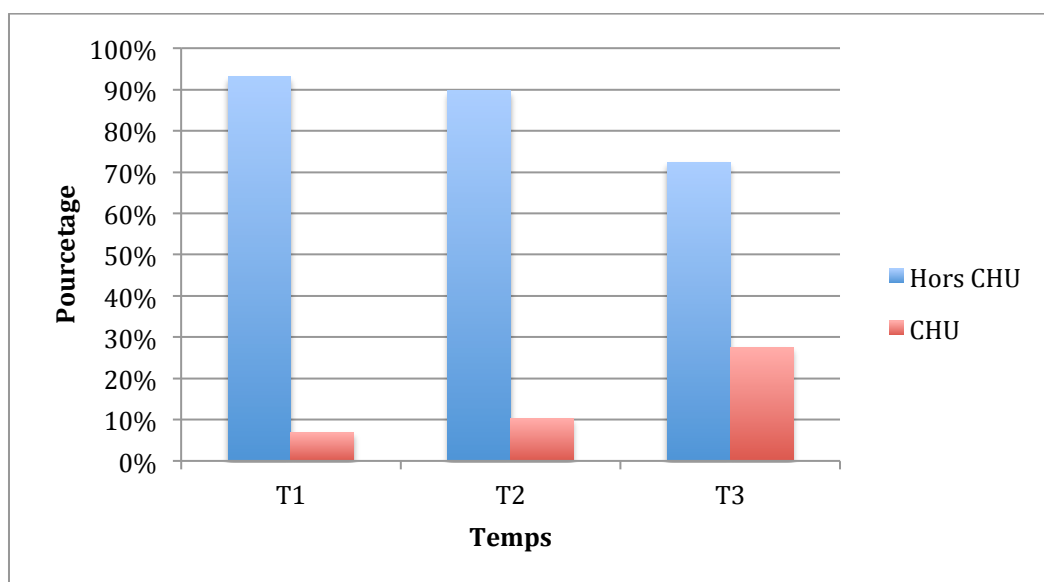


Figure 7 : Répartition des stages effectués en CHU ou hors CHU aux temps T1, T2 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.1.4 Catégorie socioprofessionnelle des parents :

Les catégories socioprofessionnelles dites élevées (cadres ou professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires) étaient majoritairement représentées chez le père des internes (41 % et 21 %) (Figure 8).

Chez la mère, les catégories socioprofessionnelles les plus représentées étaient les professions intermédiaires (34 %) puis les employés (38 %) puis les cadres ou profession intellectuelle supérieure (24 %) (Figure 9).

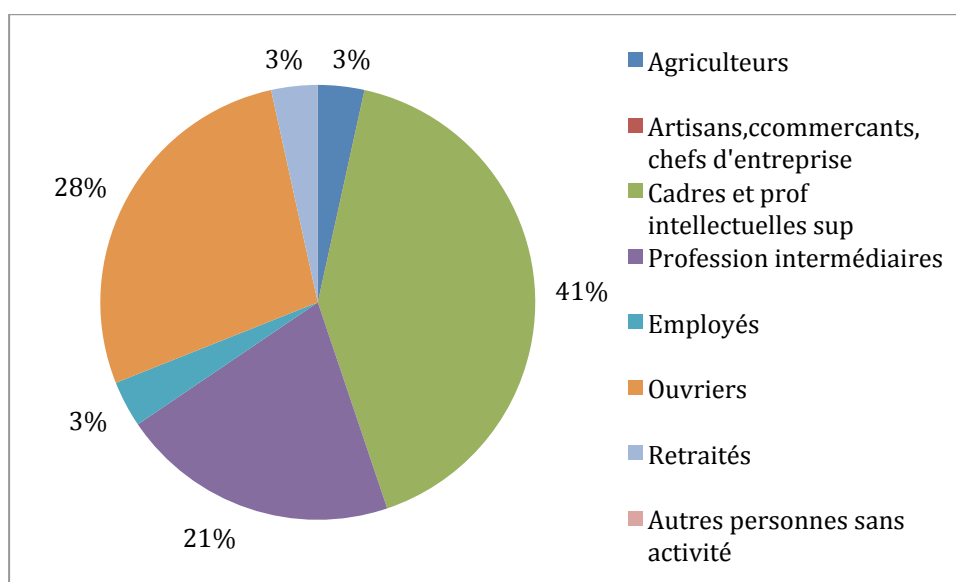


Figure 8: Catégorie socioprofessionnelle du père des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

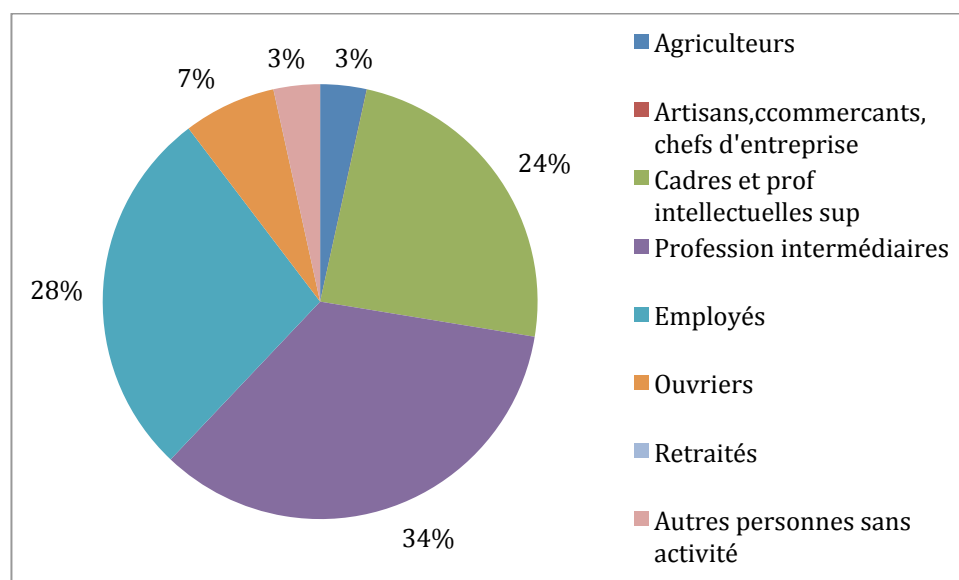


Figure 9: Catégorie socioprofessionnelle de la mère des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.2 Analyses statistiques :

1.2.1 Empathie affective :

La moyenne de l'empathie affective était relativement stable au cours du temps. La figure 10 représente les moyennes au cours du temps.

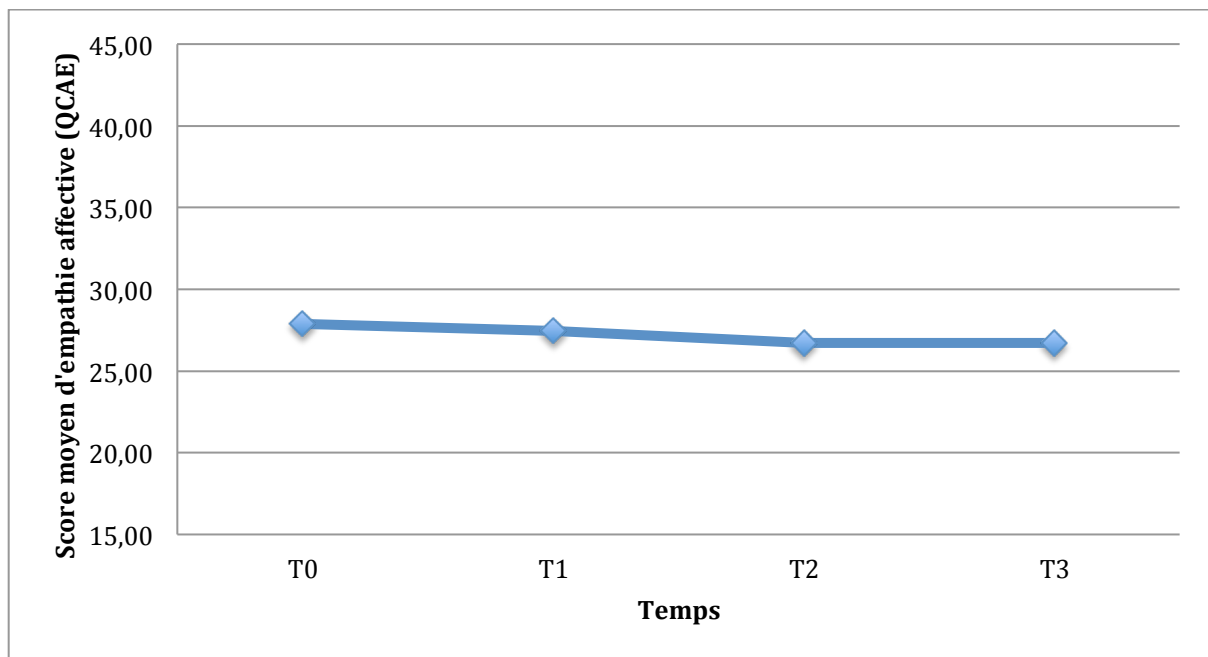


Figure 10: Évolution des moyennes de l'empathie affective (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Il n'y avait pas de différence significative entre ces moyennes ($p = 0,274$).

On observait des médianes entre 26 et 28 (score sur 48). La figure 11 représente la dispersion de l'empathie affective aux 4 temps.

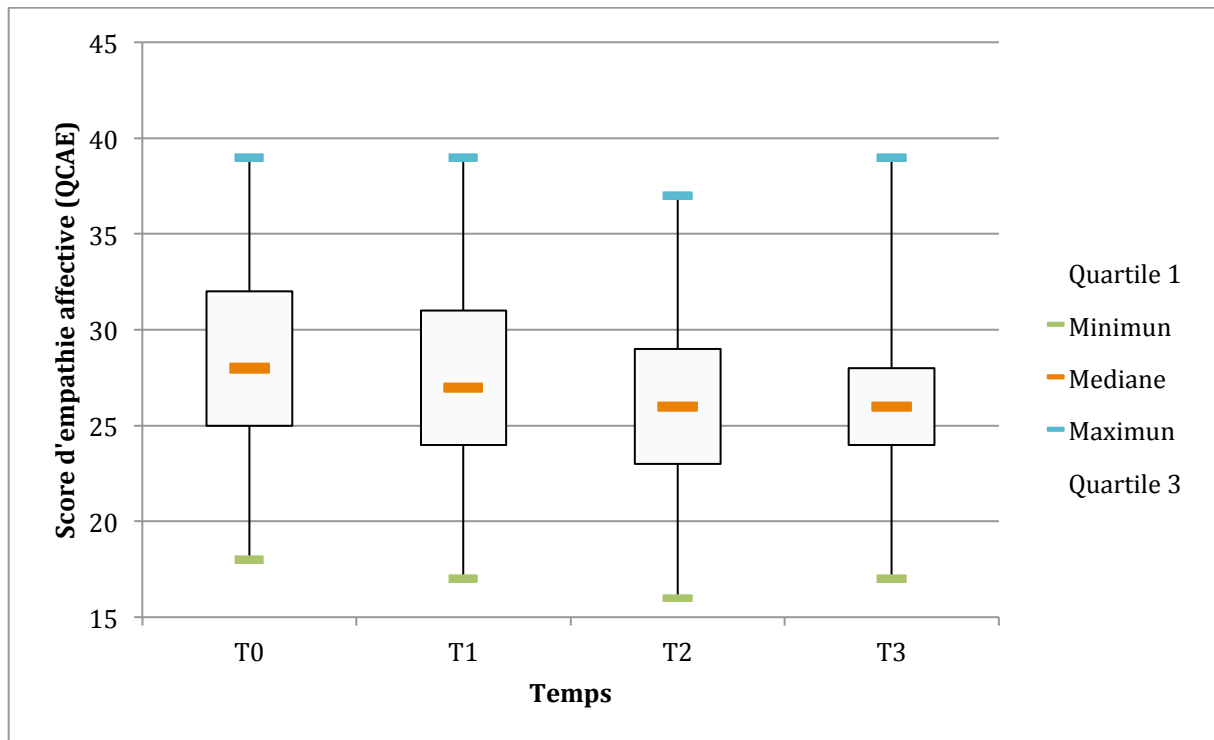


Figure 11: Dispersion de l'empathie affective (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.2.2 Empathie cognitive :

1.2.2.1 QCAE :

La moyenne d'empathie cognitive passait de 40,28 ($\sigma = 6,24$) au temps T0 à 38,92 ($\sigma = 8,20$) au temps T3. La figure 12 représente les moyennes d'empathie cognitive obtenues au questionnaire QCAE au cours du temps.

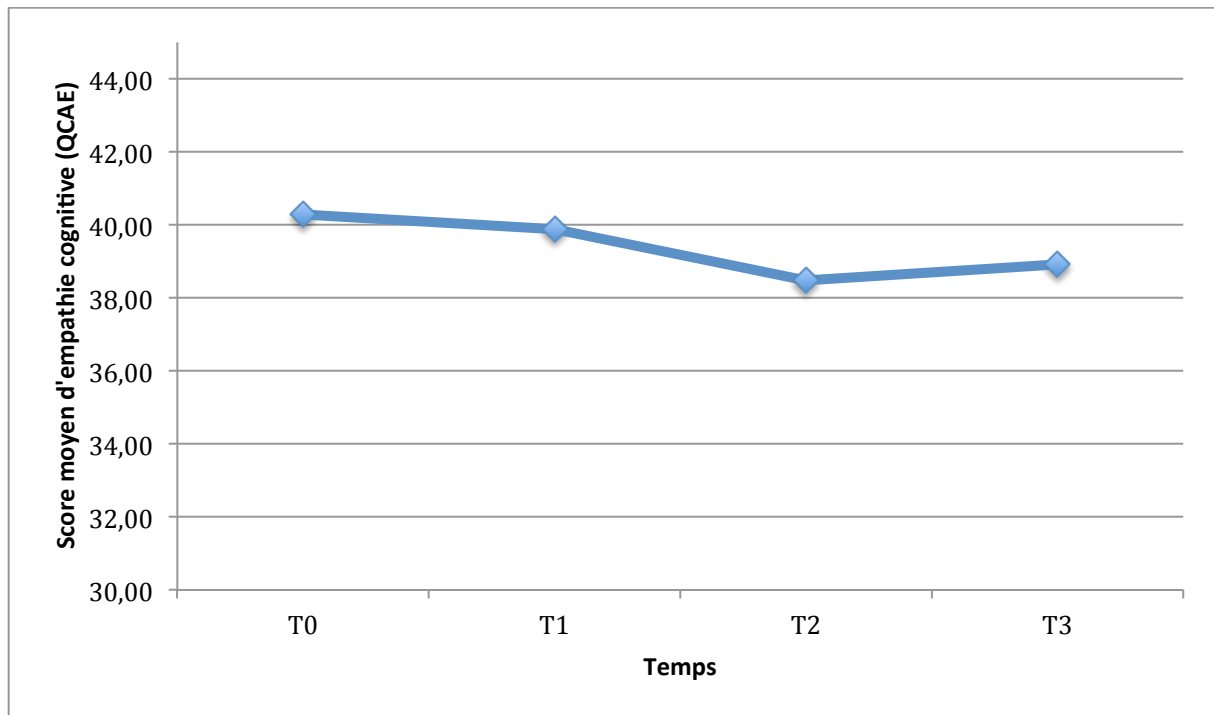


Figure 12 : Évolution des moyennes de l'empathie cognitive (QCAE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Il n'y avait pas de différence significative entre ces moyennes ($p = 0,53$).

La figure 13 représente la dispersion de l'empathie cognitive obtenue au QCAE au cours du temps.

On observait des médianes entre 39 et 41 (score sur 76) ce qui correspond à un score moyen d'empathie cognitive.

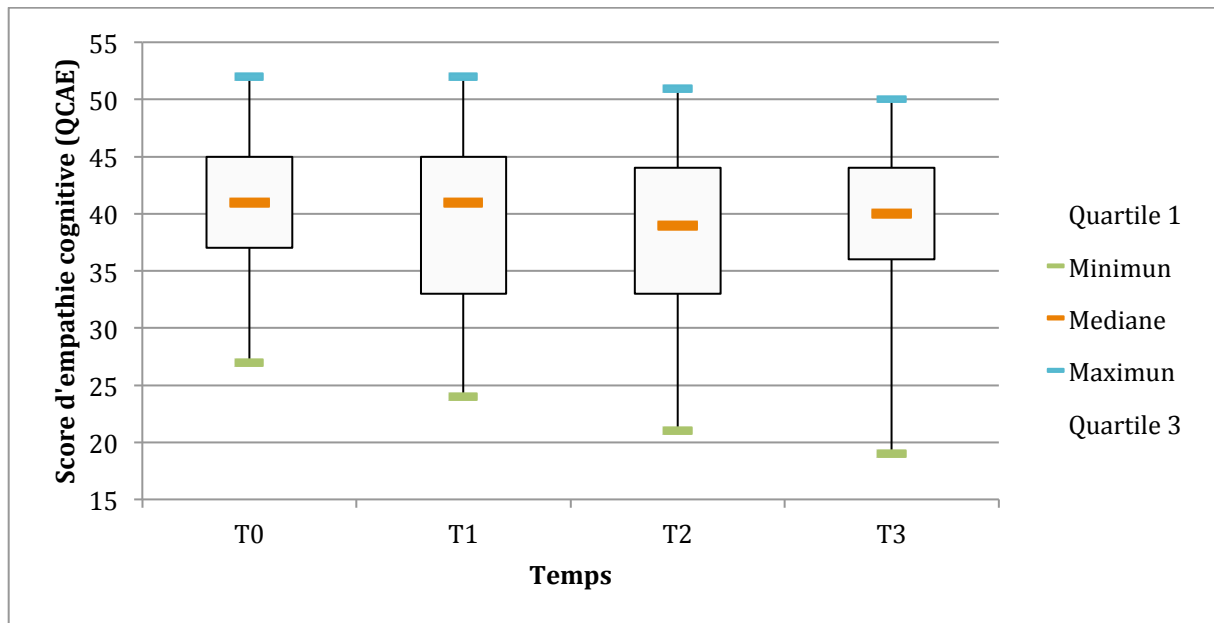


Figure 13: Dispersion de l'empathie cognitive (QCAE) aux quatre temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.2.2.2 JSPE :

Il a été retrouvé une discrète augmentation du score d'empathie cognitive calculé avec le JSPE au cours du temps, sans que cette différence soit significative ($p = 0,62$).

Les moyennes obtenues aux 4 temps sont élevées (de 108,68 à 110,68 sur 140) (Figure 14).

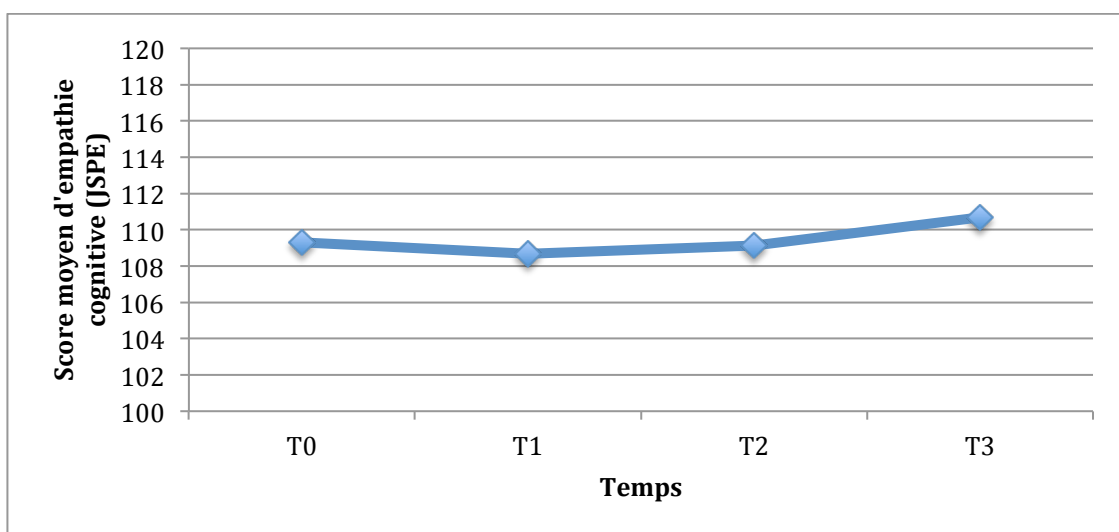


Figure 14: Évolution des moyennes de l'empathie cognitive (JSPE) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

On observait des médianes entre 107,5 et 114 (score sur 140).

La figure 15 représente la dispersion de l'empathie cognitive évaluée avec le JSPE aux 4 temps de mesure.

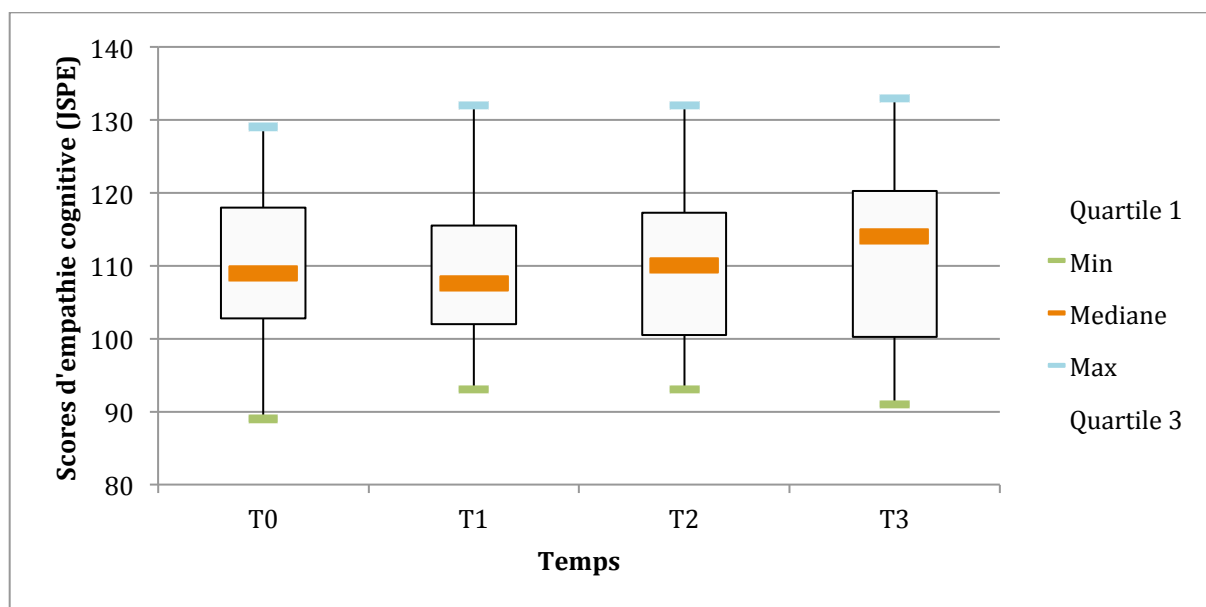


Figure 15: Dispersion de l'empathie cognitive (JSPE) aux quatre temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

1.2.3 Dépression :

Les moyennes obtenues pour le score de dépression de l'HAD étaient basses (Figure 16). L'augmentation du score de la dépression au cours du temps était significative ($p = 0,046$).

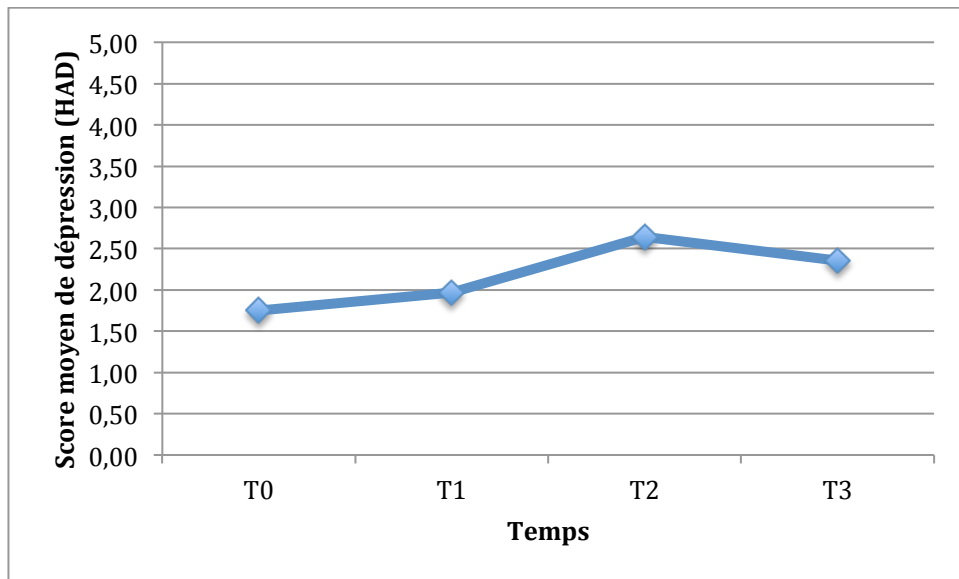


Figure 16: Évolution des moyennes des scores de dépression (HAD) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Les médianes étaient entre 1 et 2 (score sur 21). Ces scores restent en dessous des seuils de dépression caractérisée. En effet, nous avons vu précédemment que l'on parlait de symptomatologie douteuse lorsque le score est supérieur à 8 sur 21.

La figure 17 représente la dispersion de la dépression aux 4 temps.

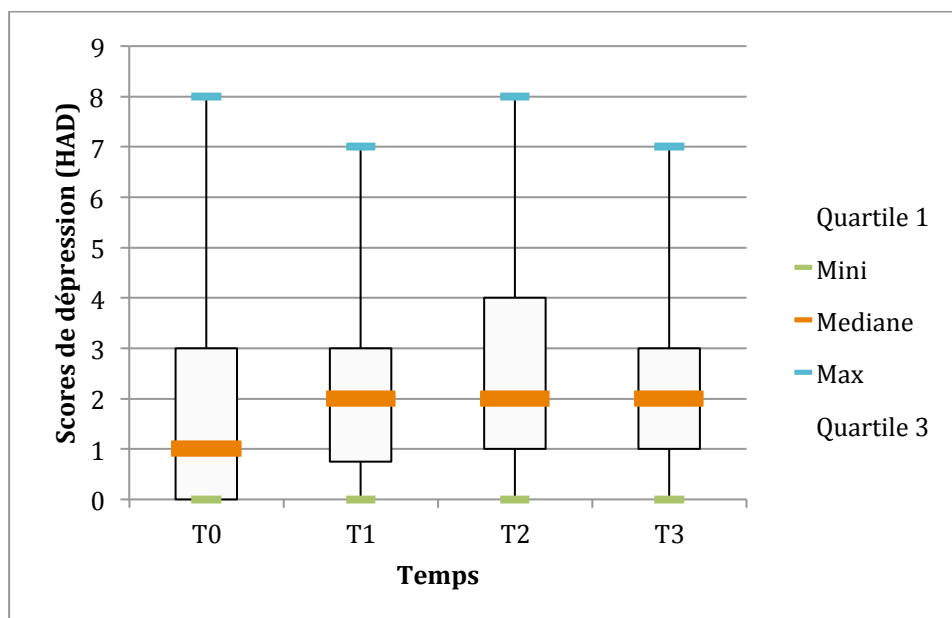


Figure 17: Dispersion de la dépression (HAD) aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

Le tableau V récapitule les principaux résultats obtenus aux 4 temps pour l'empathie affective, l'empathie cognitive et la dépression.

Tableau V : Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

	Moyenne (ET)				F *	Significativité (p)
	T0	T1	T2	T3		
Empathie affective (composante affective du QCAE)	27,88 (5,14)	27,44 (5,17)	26,72 (5,59)	26,72 (5,51)	1,323	0,274
Empathie cognitive (composante cognitive du QCAE)	40,28 (6,24)	39,88 (7,38)	38,48 (7,46)	38,92 (8,20)	1,342	0,53
Empathie cognitive (JSPE)	109,32 (10,51)	108,68 (9,90)	109,14 (10,76)	110,68 (12,52)	0,594	0,62
Dépression (composante dépression de l'HAD)	1,75 (2,07)	1,96 (1,80)	2,64 (2,15)	2,36 (2,15)	2,79	0,046

* F de Fisher

ET : écart type

Composante affective du QCAE : score de 12 à 48

Composante cognitive du QCAE : score de 19 à 76

JSPE : score de 20 à 140

Composante dépression de l'HAD : score de 0 à 21

1.2.4 Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive:

Le JSPE et la composante cognitive du QCAE permettaient tous les deux l'évaluation de l'empathie cognitive dans notre étude.

Une analyse de corrélation a été réalisée entre ces deux tests (corrélation de Pearson). On a retrouvé une corrélation négative entre les deux, aux 4 temps de mesure. Ces corrélations négatives étaient significatives à chaque temps (Tableau VI).

Tableau VI: *Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29*

<u>N = 29</u>		JSPE T0	QCAE cog T0	JSPE T1	QCAE cog T1	JSPE T2	QCAE cogn T2	JSPE T3	QCAE cog T3
QCAE cog T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,631 0,000							
JSPE T1	Corrélation de Pearson Significativité	-0,594 0,001	- 0,474 0,011						
QCAE cog T1	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,382 0,045	0,668 0,000	- 0,544 0,003					
JSPE T2	Corrélation de Pearson Significativité	0,582 0,001	- 0,322 0,000	0,683 0,000	- 0,447 0,017				
QCAE cog T2	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,443 0,018	0,703 0,000	- 0,628 0,000	0,792 0,000	- 0,458 0,014			
JSPE T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,782 0,000	- 0,539 0,003	0,827 0,000	- 0,512 0,005	0,793 0,000	- 0,572 0,001		
QCAE cog T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,459 0,021	0,758 0,000	- 0,459 0,021	0,780 0,000	- 0,496 0,012	0,833 0,000	- 0,534 0,006	

1.2.5 Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :

Nous avons vu que l'empathie affective était mesurée avec le QCAE et que l'empathie cognitive pouvait être mesurée par le JSPE et le QCAE. Le JSPE étant le questionnaire le plus largement utilisé, nous avons utilisé celui-ci pour l'analyse de la corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive.

A T0, on a retrouvé une corrélation négative significative entre l'empathie affective et l'empathie cognitive (- 0,417 ; p = 0,027). Cette corrélation négative significative a été retrouvée à T1 (- 0,509 ; p = 0,006), T2 (- 0,400 ; p = 0,035) ainsi qu'à T3 (- 0,713 ; p = 0,000).

Ainsi, plus un individu a un score d'empathie affective élevée, plus il a un score d'empathie cognitive faible et inversement.

1.2.6 Corrélation entre empathie et dépression :

1.2.6.1 Corrélation entre empathie affective et dépression :

Aux 4 temps de l'étude, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence entre l'empathie affective et la dépression (tableau VII).

Tableau VII : Corrélation entre l'empathie affective (QCAE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

	QCAE aff/dépression à T0	QCAE aff/dépression à T1	QCAE aff/dépression à T2	QCAE aff/dépression à T3
Corrélation de Pearson	0,066	-0,079	- 0,140	0,045
Significativité	0,977	0,689	0,478	0,832

1.2.6.2 Corrélation entre empathie cognitive et dépression :

Aux 4 temps, il n'y avait pas de corrélation significative entre l'empathie cognitive et la dépression et ce quelque soit l'échelle d'empathie utilisée (le QCAE ou le JSPE) (tableaux VIII et IX).

Tableau VIII: Corrélation entre l'empathie cognitive (QCAE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29

	QCAE cog/dépression à T0	QCAE cog/dépression à T1	QCAE cog/dépression à T2	QCAE cog/dépression à T3
Corrélation de Pearson	0,066	-0,029	0,013	-0,117
Significativité	0,977	0,882	0,946	0,577

Tableau IX: *Corrélation entre l'empathie cognitive (JSPE) et la dépression aux 4 temps chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=29*

	JSPE/ dépression à T0	JSPE/ dépression à T1	JSPE/ dépression à T2	JSPE/ dépression à T3
Corrélation de Pearson	- 0,095	-0,228	0,086	-0,094
Significativité	0,630	0,243	0,665	0,634

2 Résultats pour la population ayant répondu à T0 et T3 :

2.1 Analyses descriptives :

2.1.1 Population :

45 sujets ont répondu au premier temps (T0) et au dernier temps (T3) de l'étude dont 35 femmes (78 %) et 10 hommes (22 %) soit 22 % de la promotion.

L'âge moyen des 45 sujets au T0 était de 24,7 ans ($\sigma = 1,004$).

2.1.2 Statut marital :

Le nombre d'internes célibataires a diminué entre le temps T0 et le temps T3, le nombre d'internes en couple a donc augmenté tant pour ceux vivant en couple que pour ceux vivant séparément (tableau X).

Tableau X: Répartition du statut marital des internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life au T0 et T3, n=45

	T0 n (%)	T3 n (%)
Célibataires	29 (64)	19 (42)
En couple vivant ensemble	9 (20)	17 (38)
En couple vivant séparément	7 (16)	9 (20)

2.1.3 Terrain de stage :

Au temps T3, la majorité des internes ont effectué leur stage en dehors du CHU (76 %) versus au CHU (24 %). La répartition des terrains de stage est représentée sur la figure 18.

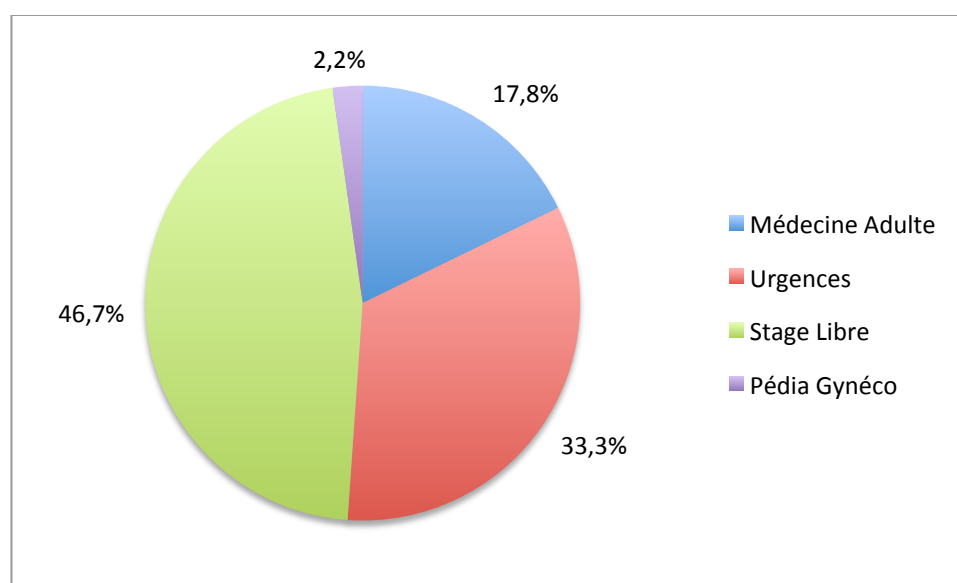


Figure 18: Répartition des terrains de stage à T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

2.1.4 Catégorie socioprofessionnelle des parents :

Parmi les 45 sujets, 44 % avaient un père cadre ou avec une profession intellectuelle supérieure (Figure 19).

La majorité des mères avaient une profession intermédiaire (47 %) (Figure 20).

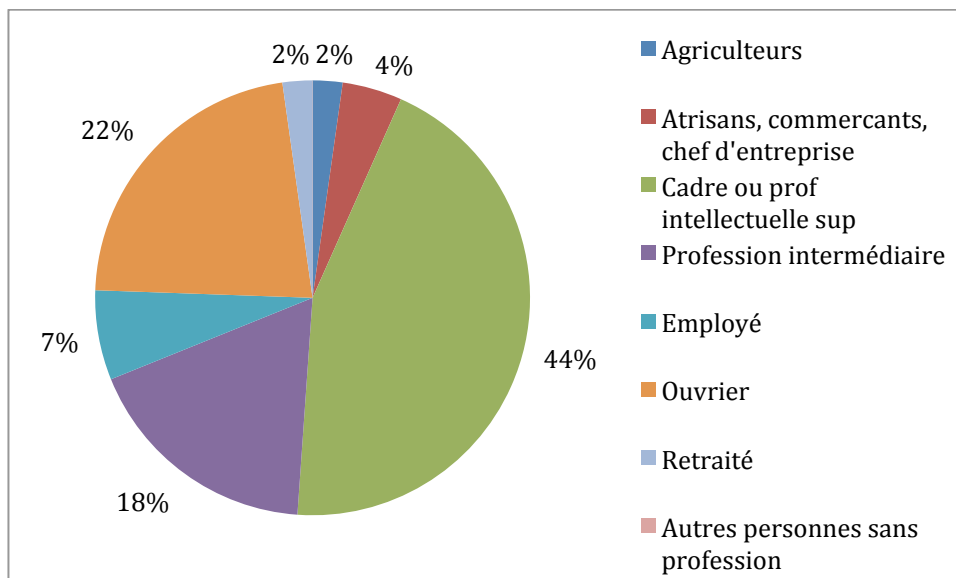


Figure 19: Catégorisation socioprofessionnelle du père chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

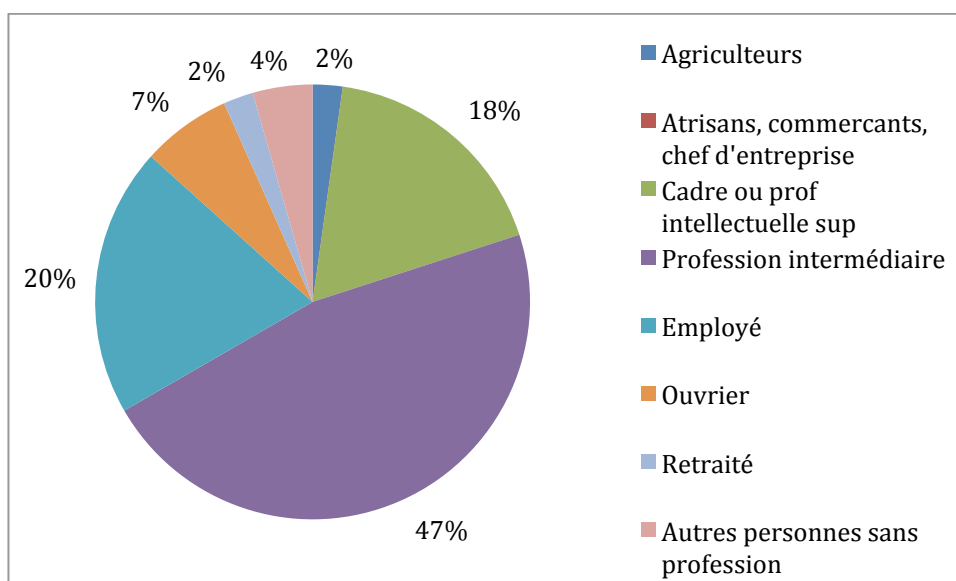


Figure 20: Catégorisation socioprofessionnelle de la mère chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

2.2 Analyses statistiques :

2.2.1 Empathie affective :

Les 45 internes avaient un score moyen d'empathie affective de 27,3 ($\sigma = 4,76$) à T0 et de 26,7 ($\sigma = 5,10$) à T3 au QCAE pour ces 3 sous composantes évaluant l'empathie affective (les scores pouvant aller de 12 à 48).

Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux scores ($p = 0,35$). L'empathie affective semble donc stable entre T0 et T3.

2.2.2 Empathie cognitive :

2.2.2.1 QCAE :

Les scores obtenus au QCAE pour sa composante cognitive retrouvaient une moyenne de 40,2 ($\sigma = 6,44$) à T0 et de 39,8 ($\sigma = 7,73$) à T3 (les scores pouvant aller de 19 à 76).

Il n'y avait pas de différence significative entre les temps T0 et T3 ($p = 0,65$).

2.2.2.2 JSPE :

La moyenne des scores obtenus au temps T0 était de 109,5 ($\sigma = 10,85$) et de 108,4 ($\sigma = 13,59$) au T3. Les scores pouvaient aller de 20 à 140.

La différence entre ces deux moyennes n'était pas significative ($p = 0,47$).

2.2.3 Dépression :

Les scores de dépression de l'échelle HAD pouvaient aller de 0 à 21. À T0, la moyenne des scores obtenus était de 2,0 ($\sigma = 2,06$). À T3, la moyenne était de 2,9 ($\sigma = 3,10$).

Il y avait une différence significative entre ces deux valeurs ($p = 0,018$). Les internes présentaient donc un score moyen de dépression plus élevé à T3 qu'à T0.

2.2.4 Synthèses des résultats pour l'empathie et la dépression :

Les résultats sont résumés dans le tableau XI.

Tableau XI: Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45

	Moyenne (ET) à T0	Moyenne (ET) à T3	test *	significativité (p)
Empathie affective (composante affective du QCAE)	27,33 (4,76)	26,74 (5,10)	0,951 (t)	0,347
Empathie cognitive (composante cognitive du QCAE)	40,23 (6,44)	39,77 (7,73)	0,460 (t)	0,648
Empathie cognitive (JSPE)	109,51 (10,85)	108,40 (13,59)	0,731 (t)	0,469
Dépression (composante dépression de l'HAD)	2,04 (2,06)	2,86 (3,10)	- 2,36 (z)	0,018

*(t de student ou z de Wilcoxon)

ET = écart-type

Composante affective du QCAE : score de 12 à 48

Composante cognitive du QCAE : score de 19 à 76

JSPE : score de 20 à 140

Composante dépression de l'HAD : score de 0 à 21

3.2.5 Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :

Nous avons étudié la corrélation entre l'empathie affective mesurée par le QCAE et l'empathie cognitive mesurée par le JSPE.

A T0, il existe une corrélation négative significative entre l'empathie affective et l'empathie cognitive (- 0,366 ; p = 0,012). Cette même corrélation négative a été retrouvée à T3 mais non significative (- 0,311 ; p=0,054).

Les internes ayant des scores d'empathie affective élevée ont donc une empathie cognitive plus faible et inversement.

3.2.6 Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive :

Nous avons retrouvé une corrélation négative significative entre ces deux test à T0 (-0,629 ; p = 0,000) et à T3 (- 0,360 ; p = 0,025) (Tableau XII).

3.2.7 Corrélation entre l'empathie et la dépression :

3.2.7.1 Corrélation entre empathie affective et dépression :

Il n'y avait pas de corrélation significative entre l'empathie affective et la dépression ni à T0 ($p = 0,905$) ni à T3 ($p = 0,922$) (Tableau XII).

3.2.7.2 Corrélation entre empathie cognitive et dépression :

Il n'a pas été retrouvé de corrélation significative entre l'empathie cognitive évaluée par le QCAE et la dépression à T0 et à T3 ($p = 0,231$ et $p = 0,345$ respectivement).

Il n'y avait pas de corrélation entre l'empathie cognitive évaluée avec le JSPE et la dépression aux temps T0 et T3.

Seule une corrélation négative significative ($-0,389$, $p = 0,008$) apparaît entre le score de dépression obtenu à T0 et le taux d'empathie cognitive obtenu au T3 (Tableau XII).

Tableau XII: Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, $n=45$

N = 45		JSPE T0	QCAE cog T0	QCAE aff T0	JSPE T3	QCAE cog T3	QCAE aff T3	Dépres- sion T0	Dépression T3
QCAEcog T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,629 0,000							
QCAE aff T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,366 0,012	0,103 0,495						
JSPE T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,673 0,000	- 0,507 0,000	- 0,302 0,043					
QCAE cog T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,405 0,010	0,622 0,000	0,047 0,779	- 0,537 0,000				
QCAE aff T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,360 0,025	0,201 0,220	0,694 0,000	- 0,311 0,054	0,206 0,209			
Dépression T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,193 0,198	0,180 0,231	- 0,018 0,905	- 0,389 0,008	0,201 0,220	0,142 0,390		
Dépression T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,147 0,334	- 0,129 0,397	- 0,94 0,540	- 0,179 0,240	0,155 0,345	0,16 0,922	0,603 0,000	

Devant ces résultats qui nous semblaient surprenants, nous avons décidé d'effectuer les mêmes analyses en sous-groupes en fonction du genre.

3.3 Analyses statistiques en sous-groupes en fonction du genre :

3.3.1 Empathie affective :

Les femmes présentaient des scores moyens d'empathie affective plus bas que chez les hommes à T0 et à T3.

Il n'y avait pas de différence significative entre la moyenne des scores à T0 et celle à T3 chez les femmes ($p = 0,299$).

Chez les hommes, on retrouvait une stabilité de l'empathie affective ($p = 1,000$) (Tableau XIII).

3.3.2 Empathie cognitive :

3.3.2.1 QCAE :

Chez les femmes, la moyenne des scores obtenus au QCAE pour sa composante cognitive était légèrement plus basse que celle chez les hommes à T0 et à T3.

Il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes à T0 et à T3 chez les femmes ($p = 0,694$) ainsi que chez les hommes ($p = 0,804$) (Tableau XIII).

3.3.2.2 JSPE :

Concernant le score d'empathie cognitive obtenu au JSPE, les femmes avaient une moyenne plus élevée que les hommes à T0 et T3. La moyenne augmentait entre T0 (111,54) et T3 (112,03) mais de manière non significative ($p = 0,777$).

Chez les hommes il y avait une différence significative entre la moyenne obtenue à T0 et celle de T3 ($p = 0,045$) (Tableau XIII).

L'empathie cognitive a donc diminué de façon significative chez les hommes entre le premier et le dernier temps de mesure.

3.3.3 Dépression :

Chez les hommes, la moyenne des scores de dépression obtenus à l'HAD diminuait de façon non significative ($p = 0,743$) et restait très basse (2,80 sur 21 et 2,60 sur 21 à T3).

Chez les femmes, la moyenne du score de dépression augmentait de façon significative entre le T0 et le T3 ($p = 0,005$).

Les femmes présentaient donc plus de symptômes dépressifs au temps T3 qu'au temps T0, mais ce score restait très faible (2,94 sur 21) et ne permettait pas de parler de dépression (Tableau XIII).

Le tableau XIII représente les résultats à T0 et T3 en fonction du genre.

Tableau XIII: Récapitulatif des scores moyens aux échelles QCAE, JSPE et HAD chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life en fonction du genre, $n=45$

		Moyenne (ET) à T0	Moyenne (ET) à T3	Test*	Significativité (p)
Empathie affective (composante affective du QCAE)	Femmes	26,45 (4,34)	25,76 (4,62)	1,06(t)	0,299
	Hommes	32,17 (4,31)	32,17 (4,36)	0,00(t)	1,000
Empathie cognitive (composante affective du QCAE)	Femmes	39,73 (6,69)	39,27 (7,65)	0,39 (t)	0,694
	Hommes	43,00 (4,24)	42,50 (8,31)	0,262 (t)	0,804
Empathie cognitive (JSPE)	Femmes	111,54 (10,94)	112,03 (12,07)	- 0,29 (t)	0,777
	Hommes	102,40 (7,12)	95,70 (11,05)	2,330 (t)	0,045
Dépression (composante de dépression de l'HAD)	Femmes	1,83 (2,06)	2,94 (3,27)	- 2,78 (z)	0,005
	Hommes	2,80 (1,93)	2,60 (2,55)	0,333	0,743

*(t de student ou z de Wilcoxon)

ET = écart-type

Composante affective du QCAE score de 12 à 48

Composante cognitive du QCAE : score de 19 à 76

JSPE : score de 20 à 140

Composante dépression de l'HAD : score de 0 à 21

3.3.4 Corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive :

Chez les femmes, on a retrouvé une corrélation négative entre l'empathie affective mesurée avec le QCAE et l'empathie cognitive mesurée avec le JSPE. Cette corrélation était non significative à T0 (- 0,309 ; $p = 0,66$) et à T3 (- 0,300 ; $p = 0,90$).

Chez les hommes, on a retrouvé une corrélation négative non significative à T0 (- 0,077 ; $p = 0,832$) et une corrélation positive significative à T3 (0,854 ; $p = 0,030$).

3.3.5 Corrélation entre JSPE et QCAE pour l'empathie cognitive :

Chez les femmes comme dans l'ensemble de la population, on retrouvait une corrélation négative significative entre le JSPE et le QCAE dans sa composante cognitive à T0 (- 0,672 $p = 0,000$) et à T3 (- 0,522 $p = 0,002$) (Tableau XIV).

Alors que chez les hommes, il existait une corrélation positive significative entre le JSPE et la composante cognitive du QCAE au T3 (0,854 $p = 0,030$) (Tableau XV).

3.3.6 Corrélations entre empathie et dépression :

3.3.6.1 Corrélation entre empathie affective et dépression :

Chez les hommes, il existait une corrélation négative significative entre la composante affective du QCAE et le score de dépression au temps T0 (- 0,761 $p = 0,011$).

Ainsi le fait d'avoir une empathie affective élevée entraînerait un taux de dépression faible et inversement chez les hommes (Tableau XV).

Il n'y avait pas de corrélation significative entre l'empathie affective et la dépression chez les femmes.

3.3.6.2 Corrélation entre empathie cognitive et dépression :

Tant chez les hommes que chez les femmes, il n'a pas été retrouvé de corrélation significative entre l'empathie cognitive calculée avec le JSPE et la dépression aux temps T0 ($p = 0,448$ chez les femmes et $p = 0,512$ chez les hommes) et T3 ($p = 0,231$ chez les femmes et $p = 0,279$ chez les hommes) (Tableaux XIV et XV).

De la même façon, il n'y avait aucune corrélation significative entre l'empathie cognitive mesurée avec le QCAE et la dépression aux temps T0 et T3 pour les hommes ($p = 0,872$ et $p = 0,819$) et les femmes ($p = 0,351$ et $p = 0,250$).

Tableau XIV: *Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les femmes chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45*

<u>N = 35</u> <u>FEMMES</u>		JSPE T0	QCAE cog T0	QCAE aff T0	JSPE T3	QCAE cog T3	QCAE aff T3	Dépres- sion T0	Dépression T3
QCAEcog T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,672 0,000							
QCAE aff T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,309 0,066	0,037 0,830						
JSPE T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,623 0,000	- 0,478 0,004	- 0,208 0,231					
QCAE cog T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,411 0,017	0,586 0,000	0,069 0,704	- 0,522 0,002				
QCAE aff T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,325 0,065	0,191 0,287	0,643 0,000	- 0,300 0,090	0,289 0,103			
Dépression T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,130 0,448	0,160 0,351	0,046 0,789	- 0,290 0,091	0,166 0,356	0,113 0,532		
Dépression T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,166 0,340	- 0,112 0,521	- 0,18 0,919	- 0,208 0,231	0,206 0,250	0,095 0,600	0,617 0,000	

Tableau XV: *Corrélation entre empathie et dépression à T0 et T3 chez les hommes chez les internes de médecine générale d'Aquitaine dans Intern'life, n=45*

<u>N = 10</u> <u>HOMMES</u>		JSPE T0	QCAE cog T0	QCAE aff T0	JSPE T3	QCAE cog T3	QCAE aff T3	Dépres- sion T0	Dépression T3
QCAEcog T0	Corrélation de Pearson Significativité	0,259 0,469							
QCAE aff T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,077 0,832	- 0,449 0,194						
JSPE T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,572 0,084	- 0,119 0,743	0,330 0,352					
QCAE cog T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,147 0,781	0,924 0,008	- 0,567 0,231	- 0,577 0,231				
QCAE aff T3	Corrélation de Pearson Significativité	0,697 0,123	- 0,487 0,327	0,435 0,300	0,854 0,030	- 0,688 0,131			
Dépression T0	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,236 0,512	- 0,059 0,872	- 0,761 0,011	- 0,565 0,089	0,208 0,692	- 0,455 0,365		
Dépression T3	Corrélation de Pearson Significativité	- 0,51 0,888	- 0,195 0,589	- 0,378 0,202	- 0,380 0,279	- 0,121 0,819	- 0,391 0,444	0,682 0,030	

RESUME DES RESULTATS

Evolution de l'empathie et de la dépression :

Evolution de l'empathie affective (QCAE):

Il n'y avait pas de différence significative entre les différentes moyennes d'empathie affective au cours du temps, tant entre les 4 temps de mesure ($p=0,274$) que entre T0 et T3 tous sexe confondus ($p=0,35$) ou entre T0 et T3 selon le genre ($p=0,299$ chez les femmes et $p=1,00$ chez les hommes).

Evolution de l'empathie cognitive (QCAE et JSPE):

Il n'y avait pas de différence significative entre les différentes moyennes d'empathie cognitive (QCAE) au cours du temps, tant entre les 4 temps de mesure ($p=0,53$) que entre T0 et T3 tous sexe confondus ($p=0,65$) ou entre T0 et T3 selon le genre ($p=0,694$ chez les femmes et $p=0,804$ chez les hommes).

Il n'y avait pas de différence significative entre les différentes moyennes d'empathie cognitive (JSPE) au cours du temps, tant entre les 4 temps de mesure ($p=0,62$) que entre T0 et T3 tous sexe confondus ($p=0,47$) ou entre T0 et T3 chez les femmes ($p=0,777$).

Chez les hommes, il y avait une diminution significative du moyen d'empathie cognitive au JSPE entre T0 et T3 (**$p=0,045$**).

Evolution de la dépression (HAD):

Les scores de dépression ont augmenté de manière significative entre les 4 temps de mesure (**$p=0,046$**), entre le T0 et le T3 tous sexe confondus (**$p=0,018$**) et chez les femmes entre T0 et T3 (**$p=0,005$**). Il n'y avait pas de différence significative chez les hommes entre les scores moyens obtenus à T0 et ceux obtenus à T3 ($p=0,743$).

Corrélations entre l'empathie et la dépression :

Entre QCAE et JSPE pour l'empathie cognitive:

Il a été mis en évidence une corrélation négative significative entre ces deux tests pour l'évaluation de l'empathie cognitive et ce aux 4 temps de mesure (**$p=0,000$** à T0, **$p=0,003$** à T1, **$p=0,014$** à T2 et **$p=0,006$** à T3), ainsi qu'à T0 et T3 tous sexes confondus (**$p=0,000$** et **$p=0,025$**) et à T0 et T3 chez les femmes (**$p=0,000$** et **$p=0,002$**).

Entre l'empathie affective (QCAE) et l'empathie cognitive (JSPE) :

Une corrélation négative a été retrouvée dans toutes les analyses sauf au T3 chez les hommes où cette corrélation était positive. Cette corrélation négative était significative dans l'analyse aux 4 temps de l'étude (**$p=0,027$** , **$p=0,006$** , **$p=0,035$** , **$p=0,000$**) ainsi qu'à T0 tous sexe confondu (**$p=0,012$**).

Entre l'empathie affective (QCAE) et la dépression (HAD) :

Seule une corrélation négative significative à T0 chez les hommes a été mise en évidence (**p=0,011**).

Entre l'empathie cognitive (QCAE et JSPE) et la dépression (HAD) :

Aucune corrélation significative n'a pas pu être mise en évidence entre l'empathie cognitive (qu'elle soit mesurée avec le QCAE ou avec le JSPE) et la dépression, sur aucune des analyses.

DISCUSSION

1 Sur la méthodologie :

1.1 Limites de l'étude :

Nous avons réalisé une étude quantitative prospective. Comme beaucoup d'études prospectives, nous avons eu beaucoup de perdus de vue.

Parmi les commentaires laissés par les internes sur notre étude, on retrouvait fréquemment une critique sur la longueur du questionnaire. Il fallait environ vingt minutes pour répondre à l'ensemble des questions.

On peut se demander si les internes qui ont répondu aux quatre temps de l'étude sont ceux qui se sentaient le plus concernés par la dépression et la notion d'empathie, ou ceux qui justement allaient bien et pour qui il était plus facile de répondre au questionnaire. Ces internes ont obtenu des scores bas au questionnaire HAD. On peut donc se dire que ce sont les internes qui allaient bien qui ont répondu aux quatre temps de mesure

De plus, certains internes n'ont répondu à aucun des quatre temps de mesure. On peut également se demander qui sont ces internes.

Ces internes n'ont peut-être pas souhaité répondre car ils ne se sentaient pas concernés par notre étude car ils estimaient aller bien. Au contraire, ils n'ont peut-être pas souhaité répondre car ils se savaient en difficultés (stress, surmenage, dépression ou autre) et ne voulaient pas se confronter au questionnaire.

Compte tenu de ces éléments, un biais de sélection a donc pu apparaître dans notre étude

Dans le cas où les internes qui n'ont pas répondu seraient des internes en difficultés, il est intéressant de se demander comment on pourrait les repérer. Les données de notre étude ayant été anonymisées, nous ne pouvions nous contenter que de chiffrer le nombre d'interne ayant obtenu un score trop élevé à un questionnaire sans pouvoir identifier clairement l'interne au sein de sa promotion. Se pose alors la question, de façon plus large, sur comment au sein d'une promotion d'internes de médecine générale, il serait possible d'identifier les internes en difficultés ou souffrance sans avoir recours à un questionnaire basé sur le volontariat.

Du fait des mesures répétées tous les six mois avec quasiment le même questionnaire à chaque temps, il a pu apparaître un biais de désirabilité avec un apprentissage des questionnaires au cours du temps. Ce biais de désirabilité a été mis en évidence dans le

travail de thèse de J.Bardou et U.Paultre (21). En effet, ils ont retrouvé que les scores de stress perçus (PSS 4 et GMRSS) avaient tendance à diminuer quand le nombre de passation augmentait alors que le score d'empathie cognitive obtenu avec le JSPE avait tendance à augmenter avec les passations.

On aurait pu envisager une alternance des questionnaires sur les différents temps de mesure pour diminuer l'effet de lassitude.

1.2 Limites de la population :

L'échantillon d'internes ayant répondu aux quatre temps de l'étude était petit et ne représentait que 14,2 % de la promotion d'internes. De plus, le genre féminin était surreprésenté. Au sein de l'échantillon, seul un nombre très faible d'interne avait effectué un stage en gynéco-pédiatrie.

Au vu de ces éléments, les résultats obtenus pour cet échantillon doivent donc être interprétés avec grande prudence.

L'échantillon d'internes ayant répondu aux temps T0 et T3 représentait 22 % de la promotion. La répartition hommes-femmes se rapprochait plus de celle de la population d'internes même si les femmes restaient plus représentées. Dans cet échantillon, peu d'internes avaient effectué un stage en gynéco-pédiatrie.

De plus, il est regrettable que parmi les propositions sur les terrains de stage, il n'ait pas été proposé les catégories « stage chez le praticien » et « SASPAS ».

Compte tenu de la petite taille des échantillons, du peu d'interne présents dans certains terrains de stage (notamment en pédi-gynéco) et l'absence de distinction entre les stages libres hospitaliers et les stages réalisés chez le praticien, nous avons décidé de ne pas réaliser d'analyse des données en fonction du terrain de stage.

1.3 Limites des questionnaires utilisés :

1.3.1 L'échelle HAD :

Comme nous l'avons vu dans la partie contexte, l'échelle HAD est largement utilisée dans la littérature pour évaluer la dépression. Sa validité et sa fiabilité ont été retrouvées dans plusieurs études. Elle a également été validée en français. Et a déjà été utilisée dans une population d'internes en médecine.

Néanmoins, depuis quelques années, elle est critiquée pour son utilisation pour évaluer distinctement l'anxiété et la dépression. Elle ne permettrait pas d'évaluer les deux facteurs de façon indépendante. Les éléments somatiques ont été exclus lors de la construction de l'HADS. Les questions concernant le sommeil ou encore l'appétit ont donc été écartées. Or un trouble du sommeil ou de l'appétit peut être un indicateur de dépression (105).

Pour Untas et al, il y a une corrélation positive et significative entre ces deux facteurs ($p < 0,001$). Les patients ayant un diagnostic de dépression auraient des scores également plus élevés sur la dimension anxiété par rapport aux patients non déprimés, ce qui montre une comorbidité entre ces deux dimensions. L'échelle HAD ne permettrait donc pas de différencier clairement les symptômes dépressifs et anxieux chez les patients déprimés (106).

L'échelle HAD permettrait d'évaluer une seule et unique dimension : la détresse psychologique (107).

Malgré l'émergence de ces critiques, l'échelle HAD reste prédominante dans la littérature et largement utilisée pour l'évaluation des troubles dépressifs.

1.3.2 Le JSPE :

Comme nous l'avons vu, le JSPE est un questionnaire largement utilisé pour évaluer l'empathie. Une version française a été validée chez des médecins généralistes (30).

De plus, il a déjà été utilisé chez les internes (31).

Son utilisation dans cette étude semblait donc justifiée.

1.3.3 Le QCAE :

Il s'agit d'un questionnaire récent (2011) que l'on retrouve peu dans la littérature. Sa version française n'a jamais été validée dans la littérature.

De plus, il n'a pas été retrouvé d'étude l'utilisant dans une population d'étudiants en médecine ou d'interne.

1.3.4 Corrélation entre JSPE et QCAE :

Dans notre étude, nous avons trouvé une corrélation négative significative entre le JSPE et le QCAE pour l'empathie cognitive. Il n'y avait donc pas de validité de convergence entre ces deux tests.

Cette corrélation négative est surprenante compte tenu du fait que ces deux questionnaires évaluent l'empathie cognitive. On pouvait donc s'attendre à ce qu'ils évoluent dans le même sens.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude ayant étudié la corrélation entre ces deux tests.

Dans leur travail de thèse, J.Bardou et U.Paultre ont retrouvé cette corrélation négative significative (21).

Afin de mieux comprendre cette corrélation négative significative, ils ont réalisé une analyse factorielle confirmatoire du QCAE qui a mis en évidence que quelque soit la sous-dimension du QCAE, les items ne sont guère acceptables pour la population d'internes de médecine générale de Bordeaux. Néanmoins, ils ont retrouvé un coefficient de Cronbach satisfaisant pour les sous-dimensions comportant le plus d'items.

Jusqu'ici le QCAE n'a été validé que dans des populations anglophones et semble non adapté à la population d'internes bordelais. On peut se poser la question de différences culturelles entre ces deux populations. Néanmoins, l'influence de la culture sur les scores d'empathie n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Au début de notre étude, nous avons récupéré le protocole utilisé à Paris. Nous y avons effectué quelques modifications mais la base a été gardée. A posteriori, devant cette corrélation négative entre les deux tests, on peut se demander si les questionnaires utilisés étaient les plus adéquats.

Nous avons vu que le JSPE a été validé en français et a été déjà utilisé dans une population d'internes en médecine.

On peut donc se demander si le QCAE était le meilleur questionnaire à utiliser pour évaluer l'empathie dans cette population.

2 Sur les résultats :

2.1 L'analyse descriptive :

Dans notre étude, le statut marital des internes était évalué avec les catégories « célibataire », « en couple vivant ensemble » et « en couple vivant séparément ». Il n'a pas été retrouvé d'équivalent dans la littérature, qui généralement distingue « marié » de « non marié ».

De plus, il n'était pas possible pour les internes de préciser leur mode de logement : internat, appartement ou autre. Ainsi on ne sait pas si les internes « en couple vivant

séparément », vivent dans la même ville que leur conjoint mais séparément ou si ils ont du quitter leur logement pour le semestre et aller vivre à l'internat.

Cette distinction a été rajoutée pour les prochains temps de mesure de l'étude et semble être un élément qui mériterait d'être approfondi.

La profession des parents des internes leur a été demandée à chaque temps de mesure. Il s'agissait d'une réponse libre. Les réponses libres ont pu être regroupées en catégories socio-professionnelles selon la grille de l'INSEE par nos soins. On a retrouvé une prédominance des catégories socio-professionnelles élevées chez les parents des internes. Devant le mode de réponse par réponse libre qui peut induire à des imprécisions, nous n'avons pas fait d'analyse de l'empathie en fonction de la catégorie socio-professionnelle mais cela peut être intéressant dans le cadre d'un futur travail.

2.2 L'empathie:

2.2.1 L'empathie affective :

Au cours des deux analyses réalisées, nous avons retrouvé une stabilité des scores d'empathie affective au QCAE au cours du temps.

Ces résultats semblent logique car nous avons vu que l'empathie affective pouvait correspond à un trait, qui ne fait pas appel à la compréhension. Elle serait donc stable pour un individu.

Lors de l'analyse en fonction des genres à T0 et T3, nous avons trouvé que les femmes avaient des scores d'empathie affective plus bas que les hommes. Ces scores sont restés stables entre les deux temps de mesure.

Dans notre étude, les hommes avaient des scores d'empathie affective plus élevés que les femmes. Ces résultats diffèrent de la littérature.

En effet, Reniers a retrouvé des scores d'empathie affective plus élevés chez les femmes lors de la validation de son questionnaire, le QCAE, dans une population d'étudiants et d'employés (15).

2.2.2 L'empathie cognitive :

Lorsque nous avons étudié les scores d'empathie cognitive avec le QCAE, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les différents temps de mesure et ce lors des deux analyses.

Lors de l'analyse en fonction du genre à T0 et à T3, nous avons trouvé des scores plus faibles chez les femmes que chez les hommes, ce qui de nouveau contraste avec la littérature.

Lors de l'étude des scores obtenus avec le JSPE, l'empathie cognitive augmentait discrètement au cours du temps mais manière non significative au cours de la première analyse (4 temps de l'étude) Lors de la deuxième analyse (T0 et T3), elle diminuait très discrètement de façon non significative.

Dans l'analyse réalisée en fonction du genre, les femmes avaient des scores plus élevés comme le prévoyait la littérature. En effet, Hojat a retrouvé, dans plusieurs de ces études, des scores d'empathie au JSPE plus élevés chez les femmes que chez les hommes (37, 38 et 39).

Chez les femmes, l'empathie augmentait de façon non significative. Chez les hommes, l'empathie cognitive diminuait de façon significative entre T0 et T3.

Cette diminution significative de l'empathie au cours de l'internat a été retrouvée par Neumann dans une de ces études (47).

Dans notre étude, les internes présentaient des scores d'empathie cognitive (JSPE) relativement élevées. En effet les moyennes des scores allaient de 108,68 à 110,68 sur 140 lors de l'analyse sur les 4 temps de l'étude et les moyennes étaient de 109,5 à T0 et 108,4 à T3 dans la deuxième analyse.

Ces scores sont légèrement en dessous de la moyenne de 111,6 retrouvé chez les médecins généralistes dans l'étude de validation du JSPE en français mais sont cohérents (30).

Nos résultats étaient cohérents avec le travail de thèse mené par Maury sur la cohorte Intern'life de Paris, qui retrouvait des scores d'empathie (JSPE) de 107,2 à T0, de 104,9 à T1 et de 105,7 à T3, bien que légèrement supérieurs (19).

2.2.3 Corrélation entre l'empathie affective (QCAE) et l'empathie cognitive (JSPE) :

Cette corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive a été étudiée en utilisant les scores d'empathie affective obtenus au QCAE et les scores d'empathie cognitive obtenus avec le JSPE.

Compte tenu des éléments vus plus haut concernant le QCAE (non validation en français, non utilisation dans une population d'internes), nous avons étudié la corrélation entre l'empathie affective et l'empathie cognitive avec les scores d'empathie cognitive obtenus avec le JSPE (plutôt que ceux obtenus avec le QCAE).

Nous avons retrouvé une corrélation négative significative entre l'empathie affective et l'empathie cognitive lors de l'analyse sur l'échantillon ayant répondu aux 4 temps de l'étude ainsi que dans la deuxième analyse (T0 et T3), tous genre confondu, ainsi que chez les femmes (à T0 et à T3) et chez les hommes au T0.

Néanmoins, nous avons retrouvé une corrélation positive significative chez les hommes au T3. Ce résultat semble aberrant.

Cette corrélation négative signifie que plus les internes ont une empathie affective élevée, plus leur empathie cognitive est faible et inversement.

On peut se demander dans quel sens va cette corrélation. A savoir si c'est l'empathie affective qui influence l'empathie cognitive ou l'empathie cognitive qui influence l'empathie affective.

Nous avons vu dans la première partie, que l'empathie affective ne faisait pas appel à la compréhension. Elle semblait être stable au cours du temps et pouvait correspondre à un trait. La corrélation se ferait donc plutôt dans le sens suivant : l'empathie affective influencerait sur l'empathie cognitive.

Cette corrélation est cohérente avec les travaux de Hojat (14). Rappelons que pour lui, l'empathie affective se rapproche de la sympathie et est néfaste à la relation médecin-malade. A l'inverse, l'empathie cognitive faisait appel à la compréhension correspondrait à l'empathie clinique.

Il semblerait donc qu'une empathie affective trop importante nuirait à la relation-médecin-malade en entraînant une empathie cognitive plus faible.

Or l'empathie est essentielle dans la relation médecin-malade. En effet, Mercer et son équipe ont montré une relation positive entre l'empathie du médecin et l'implication du patient dans les soins. Ainsi il y aurait un effet positif de l'empathie sur le bien être des patients un mois après la consultation (5).

De plus, une étude réalisée par Hojat et son équipe a montré que les patients diabétiques de médecins ayant des scores élevés d'empathie avaient une meilleure maîtrise

de leur hémoglobine glyquée que les patients de médecins ayant un faible score d'empathie (108).

Pour Decety, l'empathie du médecin peut améliorer l'adaptation psychologique et physiologique du patient à la maladie et contribuer à la guérison. Elle peut également influencer le bien-être global du bénéficiaire (109).

Nous avons vu dans l'introduction que l'interne de médecine avait un statut spécial. En effet, il s'agit d'un médecin exerçant au quotidien mais encore en formation. On peut se demander quand et comment naît l'empathie d'un médecin, d'un interne ou d'un étudiant en médecine. Il semble essentiel de s'intéresser à l'empathie dès le début des études de médecine.

Peu d'études se sont intéressées à l'empathie chez les internes en médecine. On peut néanmoins citer Neumann qui s'est intéressé aux internes dans sa revue de la littérature (47). Ainsi, cinq études longitudinales et deux études transversales ont montré une diminution de l'empathie au cours de l'internat.

On peut également citer une étude américaine menée aux Etats-Unis chez des internes de médecine. Cette étude portait sur l'association entre la perception des erreurs médicales avec la détresse émotionnelle et l'empathie des internes (48). Cette étude suggère que la perception des erreurs médicales entraîne une détresse émotionnelle importante et une baisse de l'empathie chez les internes.

Le fait que l'empathie diminue au cours de l'internat peut amener à se demander ce qu'il en est encore avant, c'est à dire au cours des études médicales.

Neumann a réalisé une revue de la littérature sur l'empathie au cours de études médicales, en 2011 (47). Trois études longitudinales et six études transversales ont montré une diminution significative de l'empathie au cours des études médicales. Une autre étude transversale suggérerait une stabilité des résultats.

Cette tendance à la diminution a été retrouvée par Hojat et son équipe dans une étude longitudinale (110).

Une étude indienne confirme cette diminution de l'empathie entre la première année et la septième année des études de médecine (111), une étude australienne confirme également cette diminution (112).

Néanmoins, cette tendance à la diminution doit être nuancée. En effet, il existe des études montrant des résultats discordants avec cette diminution.

Une étude australienne retrouve une stabilité du score d'empathie chez des étudiants en médecine quelque soit leur année d'étude, de la première à la cinquième année (113).

Cette stabilité de l'empathie (ou diminution faible et non significative) a également été retrouvée dans une étude menée par Colliver et son équipe (114).

Woerner a réalisé son travail de thèse sur les médecins généralistes français et notamment leur empathie (46). Dans son travail, elle a évalué l'empathie grâce au TEQ et au JSPE. Au JSPE, les femmes ont obtenu un score moyen de 103,1 et les hommes un score moyen de 101,62. Elle s'est ensuite intéressée aux facteurs influençant l'empathie. Ainsi, les facteurs suivants : être en couple, ne pas avoir d'enfants, avoir suivi une psychothérapie, avoir réalisé un troisième cycle augmenteraient l'empathie de façon générale. De plus, plus la durée des consultations était importante, plus l'empathie affective et cognitive des médecins était élevée.

2.3 La dépression :

Lors de l'analyse aux quatre temps et lors de l'analyse à T0 et T3 tous genre confondu, nous avons retrouvé une augmentation significative de scores de dépression évalués par l'HADS au cours du temps.

Les scores obtenus restaient très bas et ne permettent pas de parler de dépression.

Dans l'analyse en fonction du genre, les scores de dépression augmentaient significativement chez les femmes alors qu'ils diminuaient de façon non significative chez les hommes.

Même si les scores obtenus à l'HADS restent bas, l'augmentation sur les 18 premiers mois de l'internat est significative et mérite que l'on reste vigilant sur le sujet.

En effet, nous l'avons vu dans l'introduction, l'internat est une période de changement importante pour les étudiants en médecine.

L'interne se retrouve acteur à part entière dans le rôle de soignant et peut se retrouver dans ses situations professionnelles stressantes, compliquées à gérer émotionnellement (souffrance des patients, de leur famille, décès...).

L'interne est donc dans une période de potentielle fragilité et cette augmentation des scores de dépression au début de l'internat peut être un signe précurseur d'une dépression en tant que médecin généraliste.

La dépression chez les médecins généralistes est de plus en plus étudiée et retrouvée dans la littérature.

En 2002, une étude suisse (115) menée sur 3 000 médecins de premier recours (spécialistes en médecine générale, médecine interne générale et pédiatrie). 28 % des médecins déclaraient voir déjà eu une phase suicidaire et 5 % déclaraient avoir actuellement des idées suicidaires. Au cours des 7 derniers jours, 65 % des médecins déclarés avoir pris un médicament (9 fois sur 10 en automédication). Parmi ces médicaments, 9 % étaient des benzodiazépines et 7 % étaient des antidépresseurs.

En 2003, Yves Léopold a réalisé une étude sur 42 137 médecins répartis dans 26 départements français. Il retrouve une incidence du suicide de 14 % contre 5,6 % dans la population générale du même âge (30 à 65 ans) (83).

En 2013, une étude épidémiologique a été réalisée chez 2 052 médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais (89). Un médecin sur 4 déclarait avoir déjà présenté des idées suicidaires au cours de sa carrière. Vingt-deux médecins ont déclaré avoir déjà imaginer un scénario suicidaire précis. Un médecin a déclaré une tentative de suicide. Chez les médecins âgés de plus de 60 ans, le sur-risque de présenter des idées suicidaires est de 3,5.

Au vu de ces éléments, il semble fondamental d'être vigilant sur l'apparition de symptômes dépressifs ou de dépression chez les internes de médecine.

Sen et son équipe ont étudié les « résidents » de 13 universités américaines, toutes spécialités confondues, débutant leur stage d'internat (97). Parmi les 740 étudiants qui ont répondu, la prévalence d'internes déprimés est passée de 3,9 % à 25,7 %. Les symptômes dépressifs ont été évalués grâce à l'échelle PHQ-9. Leur score est passé de 2,4 , avant le début de l'internat, à 6,4 à neuf mois après le début du stage.

Une étude norvégienne, menée par Tysen, s'est intéressée aux étudiants en médecine de dernière année et les ont suivi jusqu'à la fin de leur première année d'internat (98). 11 % des internes présentaient des troubles psychiques nécessitant un traitement. Ils ne font pas de distinctions parmi ces troubles. Ces troubles psychiques seraient liés au stress au travail, indépendamment des antécédents de troubles psychique et des traits de personnalité.

Sur cette même population, Tysen a étudié la prévalence des idées suicidaires. Il retrouve une stabilité des idées suicidaires aux deux temps de mesure (à la fin des études et à la fin de la première année d'internat) avec une prévalence de 14 % (99).

Une deuxième étude norvégienne (72) retrouve cette notion de symptômes dépressifs prédits par le niveau de stress au travail.

Une étude a été menée à la faculté de médecine de Brest sur les internes inscrits en troisième cycle d'études médicales sur l'année 2011-2012, toutes spécialités d'internat confondues (spécialité médicale, spécialité chirurgicale, spécialité de médecine générale) (116). Il est retrouvé une prévalence de 13 % pour les troubles de l'humeur, 28,7 % pour les troubles anxieux et 8,9 % pour l'association trouble de l'humeur-trouble anxieux.

La thèse de Le Tourneur et Komly a porté sur l'étude de 4 050 internes de médecine générale (IMG) de France métropolitaine en mars 2011 (117).

Il a été retrouvé que 46,5 % des IMG se sentent menacés par le burnout.

Même si les troubles de l'humeur n'ont pas été spécifiquement évalués au cours de cette étude, on retrouve des chiffres intéressants. Ainsi, 12,1 % des IMG déclarent avoir eu recours à un psychiatre ou psychothérapeute au cours de leur internat et 16,2 % pensent qu'ils auraient dû y avoir recours sans néanmoins le faire.

Selon cette même étude, 3,9 % des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine et 6,5 % déclarent prendre ou avoir pris des antidépresseurs au cours de leur internat.

De plus, 6,1 % des IMG déclarent avoir eu idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et 1,4 % déclarent avoir fait une tentative de suicide.

Ces chiffres semblent également apparaître avant l'internat, au cours des études médicales.

Rappelons qu'au début de leurs études médicales, les étudiants en médecine ont la même santé mentale que les autres étudiants (95).

Pour Givens qui a réalisé une étude sur 194 étudiants en médecine à l'Université de San Francisco, 24 % des étudiants sont déprimés, et seulement 22 % de ces étudiants déprimés ont consulté les services de conseil (96).

En 2009, une étude a été réalisée chez les étudiants en médecine de l'université du Michigan. Sur les 505 étudiants en médecine ayant répondu, 14 % présentaient une dépression moyenne ou grave (18 % chez les femmes contre 9 % chez les hommes) et 4 %

ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de leurs études médicales (118). De plus, 62 % des étudiants déprimés ont déclaré que demander de l'aide équivalait à admettre leur incapacité à surmonter les difficultés.

Pour le Dr Wassef, directeur du bureau d'aide aux étudiants et résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, les chiffres retrouvés par Schwenk à l'Université du Michigan sont réalistes, et conformes à ce qu'il retrouve au sein de son université (119).

2.4 Corrélation entre l'empathie et la dépression :

2.4.1 Corrélation entre empathie affective et dépression :

Aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence entre l'empathie affective et la dépression lors de l'analyse aux quatre temps et lors de l'analyse T0 et T3 tous genres confondus.

Lors de l'analyse en fonction du genre, on trouve une corrélation négative significative entre l'empathie affective et la dépression, chez les hommes. Ainsi, chez les hommes, une empathie affective élevée entraînerait un taux de dépression plus faible.

Cela va dans le sens des résultats de Tully et son équipe (100). Mais cela contraste avec une étude américaine (101) pour qui un taux élevé d'empathie affective était corrélé avec une diminution de la satisfaction de vie et une augmentation de la dépression.

Ces résultats sont donc à interpréter avec prudence.

2.4.2 Corrélation entre empathie cognitive et dépression :

Nous n'avons retrouvé aucune corrélation significative entre l'empathie cognitive et la dépression, que l'empathie soit évaluée avec le JSPE ou le QCAE, et ce à chaque analyse.

Une étude canadienne trouve des scores d'empathie cognitive plus bas chez les patients déprimés que chez les patients non déprimés. Ceci semble confirmé une étude américaine, pour qui les aidants avec un taux d'empathie cognitive élevé étaient moins déprimés que ceux avec des scores plus bas (100).

Une étude allemande n'a elle pas trouvé de différence significative entre les scores d'empathie cognitive obtenus chez des patients déprimés par rapport à ceux obtenus chez des patient non déprimés (101).

Ces résultats méritent donc d'être approfondis par d'autres études.

3 Perspectives de l'étude :

Cette étude nous a permis de mettre en évidence une diminution significative de l'empathie cognitive entre le début de l'internat et la fin du 3eme stage, chez les hommes. On a également mis en évidence une augmentation du score de dépression chez les femmes entre le T0 et le T3.

Néanmoins, nous n'avons pu mettre en évidence de corrélation entre l'empathie et la dépression.

Devant la petite taille des échantillons et les éventuels biais, ces résultats sont à interpréter avec prudence et tendent à amener vers d'autres études.

Nos résultats étant des résultats intermédiaires à 18 mois du début de l'internat, il semblerait intéressant de poursuivre ce travail jusqu'au temps T6 de mesure correspondant à la fin de l'internat. On peut envisager que cela permette de confirmer la tendance à la diminution de l'empathie cognitive et l'augmentation des scores de dépression entre le début et la fin de l'internat.

De plus, il semblerait y avoir une corrélation négative significative entre l'empathie affective et l'empathie cognitive. L'empathie cognitive étant fondamentale dans la relation médecin-malade, on peut se demander comment la renforcer au cours des études médicales, tout en diminuant l'empathie affective.

L'enseignement de l'empathie cognitive doit donc avoir une part essentielle dans l'enseignement donné au cours de l'internat mais également dès le début des études médicales.

On peut notamment parler des groupes Balint qui doivent avoir une place importante au cours de l'enseignement afin d'améliorer l'empathie cognitive.

Enfin, nous n'avons pas pu faire la distinction parmi les internes en « stage libre » entre ceux en stage libre à l'hôpital et ceux en stage chez le praticien. De ce fait, nous ne nous sommes pas intéressés à l'impact du terrain de stage sur l'empathie et l'humeur des internes. Il pourrait donc être intéressant de poursuivre ou compléter ce travail avec une analyse en fonction du terrain de stage.

Enfin, notre étude faisant parti du projet global « Intern'life » qui a été mené à Paris et à Bordeaux, il serait probablement intéressant de comparer les résultats obtenus à Bordeaux avec ceux obtenus à Paris. Cela permettrait d'éventuellement mettre en évidence des distinctions entre les internes parisiens et les internes bordelais.

CONCLUSION

Notre travail s'inscrit dans un vaste projet nommé « Intern'life » visant à étudier les internes de médecine générale à Bordeaux.

L'internat est une phase de changement importante pour les individus. En effet, ils passent du statut d'étudiant en médecine au statut de médecin et deviennent donc des soignants à part entière. L'interne peut être soumis à des périodes de stress, d'anxiété voire de dépression.

L'empathie est un élément essentiel de la relation médecin-malade tant pour le malade avec l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques tant que pour le médecin en le permettant de garder un équilibre. L'empathie devrait donc être enseignée dès le début des études médicales avec pour objectif d'augmenter son empathie cognitive.

Il a été montré que cette empathie peut tendre à une diminution chez les médecins généralistes. On s'est donc demandé s'il y avait des variations des taux d'empathie dès l'internat de médecine générale.

L'empathie pouvant être influencée par le bien-être émotionnel du patient, nous nous sommes demandés si la dépression pouvait influencer l'empathie des médecins.

Notre hypothèse principale était que l'empathie diminuait au cours de l'internat de médecine générale et que cela pouvait être en lien avec une augmentation des signes de dépression.

Au cours de notre travail, nous avons pu montrer une diminution significative de l'empathie cognitive entre le début de l'internat et le milieu de l'internat chez les hommes ainsi qu'une augmentation des scores de dépression chez les femmes sur cette même période.

Néanmoins, il n'a pas pu être montré de corrélation entre l'empathie et la dépression.

Il semble donc fondamental pour la relation médecin-malade actuelle et future de l'interne de renforcer au maximum son empathie cognitive et de diminuer son empathie affective.

Une sensibilisation et des enseignements spécifiques pourraient être envisagés dès le début des études médicales et renforcer au cours de l'internat avec par exemple une généralisation des groupes Balint à l'ensemble des internes.

Dans notre étude, les scores de dépression des internes restent en dessous des seuils de dépression mais augmentent de façon significative chez les femmes. On peut donc se demander ce que vont devenir ces scores à la fin de l'internat.

Le suivi des internes tout au long de leur internat semble donc être important.

Malgré la petite taille de nos échantillons, les résultats de notre étude paraissent intéressants.

Il semblerait intéressant que des travaux supplémentaires prennent la suite de ce travail afin d'étudier les résultats obtenus à la fin de l'internat.

Une analyse pourrait être réalisée à la fin du dernier stage d'internat, pour évaluer l'évolution de l'empathie et de la dépression entre le temps T0 (avant le début de l'internat) et le temps T6 (à la fin de leur internat).

Les données parisiennes de l'étude Intern'life pourraient être récupérées et la population d'internes parisiens ayant répondu aux 4 temps de l'étude et ceux ayant répondu au T0 et au T3 pourraient être rajoutés nos 2 populations afin d'obtenir des échantillons plus importants pour évaluer l'évolution de l'empathie et de la dépression.

REFERENCES

- (1) Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie Médicale. Paris : Ed Masson ;1980.
- (2) Code de Santé Publique. Sixième partie, livre premier, titre V, chapitre III, articles R.6153-1 à R.6153-45.
- (3) WONCA. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, [en ligne]. 2002. [Consulté le 09/03/2016] [52 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale---medecine-de-famille>
- (4) Royal college of physicians and surgeons of Canada. CanMEDS Framework. [en ligne]. 2005. [Consulté le 09/03/2016] [11 pages]. Consultable à l'URL : 2005. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf
- (5) Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland—A pilot prospective study using structural equation modeling. Patient Education and Counseling. 2008;73(2):240-5.
- (6) Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyse et perspectives. Rapport pour la Commission prévention et santé publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. 2007
- (7) Desprès P, Grimbet I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats. 2010 ;(731):1-8.
- (8) Brunel ML, Martiny C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. Carrièreologie. 2004 ;9(3) :473-500.
- (9) Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. The British Journal of General Practice. 2002;52(Suppl):9-12.
- (10) Davis MW. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. 1980 ;10:1-85.
- (11) Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2014;8:457.
- (12) Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. Neuroimage. 2005;24(3):771-9.
- (13) Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. Journal of Advanced Nursing. 1992 Jul;17(7):809-21.
- (14) Hojat M. Empathy in patient care : Antecedents, development, measurement and outcomes. New York : Ed Springer ;2005.
- (15) Reniers R, Corcoran R, Drake R, Shryane N, Völlm B. The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. Journal of Personality Assessment. 2011;93(1):84-95.
- (16) Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA. 2005;293(9):1100-6.

- (17) Joubert A. Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes de médecine générale. Thèse d'exercice en médecine générale.. Paris : Université Paris Descartes, 2014, 125p.
- (18) Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Medical Science Monitor*. 2007;13(7):291-4.
- (19) Maury A. L'empathie clinique. Impact de la première année de l'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte Internlife, Fiche INDICE. Thèse d'exercice en médecine générale. Paris : Université Paris Descartes, 2015, 139p.
- (20) Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*. 1972;40(4):525-43.
- (21) Bardou J, Paultre U. Étude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine. Thèse d'exercice en médecine générale. Université Bordeaux2, 2015, 211p.
- (22) Charest C. Effet du rapport d'expertise psychologique et de l'empathie des jurés envers l'accusé sur le processus attributionnel. Thèse en psychologie. Trois-Rivières: Université du Québec, 2004, 272p.
- (23) Consoli SM. Relation médecin-malade. *Encyclopédie Pratique de Médecine*. *Encycl Méd Chir*. 1998 ;1-8.
- (24) Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969;33(3):307-16.
- (25) Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):113-26.
- (26) Gilet A-L, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013;45(1):42-8.
- (27) Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61(2):349-65.
- (28) Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *International journal of medical education*. 2014;5:73
- (29) Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Litford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*. 2007 ;7(1) :24.
- (30) Zenasni F, Boujut E, Buffel de Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *The international Journal of Person Centered Medicine*. 2012 ; 2(4) :759-766.
- (31) Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, NASca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*. 2002 ;24(4) :370-3.

- (32) Beckman TJ, Reed DA, Shanafelt TD, West CP. Impact of Resident Well-Being and Empathy on Assessments of Faculty Physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(1):52-6.
- (33) Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*. 2006;29(4):589-611.
- (34) D'Ambrosio F, Olivier M, Didon D, Besche C. The basic empathy scale: A French validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences*. 2009 Jan;46(2):160-5.
- (35). Carré A, Stefaniak N, D'Ambrosio F, Bensalah L, Besche-Richard C. The Basic Empathy Scale in adults (BES-A): factor structure of a revised form. *Psychological Assessment*. 2013;25(3):679-91.
- (36) Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*. 2009;91(1):62-71.
- (37) Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Medical Teacher*. 2005;27(7):625-8.
- (38) Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.
- (39) Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1192-7.
- (40) Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1198-202.
- (41) Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Empathy Quotient : An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Function Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004 ;34(2) :163-175.
- (42) Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. Thèse d'exercice en médecine générale. Paris : Université de Paris Descartes Paris 5, 2012, 95p.
- (43) Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(7):559-64.
- (44) Netz Y, Wu M-J, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*. 2005;20(2):272-84.
- (45) Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine—A critical review. *Patient Education and Counseling*. 2009;76(3):307-22.

- (46) Woerner A. Empathie, burnout et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice en médecine générale. Paris : Université Paris Descartes, 2013, 218p.
- (47) Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011;86(8):996-1009.
- (48) West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8.
- (49) Bruchon-Schweitzer M, Boujut E. Psychologie de la santé : concepts, méthode et modèles. Paris : Dunod ; 2014 ;chap 3 :241-249.
- (50) Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ;2014.
- (51) OMS. Classification internationale des maladies, 10^e révision Troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. 1994.
- (52) American Psychiatric Association. DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris : Elsevier Masson ; 2013.
- (53). Haute Autorité de Santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique. Paris : HAS ;2002.
- (54) Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Addictologie. Collection « l'Officiel ECN ». Paris : Ed Les presses universitaires Francois Rabelais ; 2014.
- (55) OMS. La dépression. [en ligne]. 2014. [Consulté le 09/03/2016] [4 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
- (56) Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme*. 2012 ;(41) :43-5.
- (57) Rotgé J-Y, Tignol J, Aouizerate B. Improving the management of depression in primary care: review and prospects. *Encephale*. 2007;33(1):552–60.
- (58) Jaafari N, Fassassi S, Senon JL. Dépression de l'adulte. *La Revue du praticien*. 2005 ;19(712/713) :1351-60.
- (59) Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064) :1498-504.
- (60) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3(11) :2011-2030.
- (61) Mouquey MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *DREES Etudes et Résultats*. 2006 ;(488):1-8.
- (62) Observatoire National du Suicide. Suicide Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2^e rapport. [en ligne]. 2016. [Consulté le 09/03/2016] [481 pages]. Consultable à l'URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- (63) Albou A, Allilaire JF. Dépression de l'adulte, manifestations cliniques, nosographie et comorbidités. *La Revue du praticien*. 2008 ;58 :366-72.

- (64) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
- (65) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
- (66) Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Annales Médico-Psychologiques*. 1985;143(2):175-89.
- (67) Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*. 1989 ;39(4) :295-307.
- (68) Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997 ;42(1) :17-41.
- (69) Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Documents pour le Médecin du Travail. 2011;(127) :481-485.
- (70) Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(2):69–77.
- (71) Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014;14 :354.
- (72) Gramstad TO, Gjestad R, Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Medical Education*. 2013;13:150.
- (72) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- (74) Bouvard M, Cottreau J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 5^e édition. Paris : Masson ;2010.
- (75) Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 1999;55(1):117-28.
- (76) Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*. 1979;134:382-9.
- (77) Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 1960;23:56-62.
- (78) Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967;6(4):278-96.
- (79) Lempérière T, Lépine JP, Rouillon F, Hardy P, Ades J, Luaute JP, Ferrand I. Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg. *Annales Médico-Psychologiques*. 1984; 142 1206-1212.
- (80) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606-13.

- (81) Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*. 2004;78(2):131-40.
- (82) Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
- (83) Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic studies-depression scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie*. 1989;4(3):163-66.
- (84) Sapinho D, Chan Chee C, Beck F. Prévalence de l'épisode dépressif majeur et ses comorbidités. *La dépression en France Enquete Anadep*. 2005:35-57.
- (85) Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2007;55(3):222-7.
- (86) Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD. *L'Encéphale*. 2005;31(2):182-94.
- (87) Némirovsky B. Le processus de soins des états dépressifs reste entravé par des idées éronées. *Le Concours Médical*. 2010 ;132(10):410.
- (88) Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins. 2003.
- (89) Simoens L, Charrel C-L, Plancke L. Santé mentale et conduites suicidaires des médecins généralistes. *European Psychiatry*. 2015;30(8):S146.
- (90) Furr SR, Westefeld JS, McConnell GN, Jenkins JM. Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2001;32(1):97-100.
- (91) Benton SA, Robertson JM, Tseng WC, Newton FB, Benton SL. Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology : Research and Practice*. 2003;34(1) :66-72.
- (92) Lafay N, Manzanera C, Papet N, Marcelli D, Senon JL. Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003;161(2) :147-51.
- (93) LMDE, EPSE, & IFOP. La santé des étudiants 2005-2006, enquête nationale et études régionales ; 2005.
- (94) Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M-L. La santé mentale chez les étudiants: Suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Médico-Psychologiques*. 2009;167(9):662-8
- (95) Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005;80(12):1613-22.
- (96) Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*. 2002;77(9):918-21.

- (97) Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelernter J, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(6):557-65.
- (98) Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*. 2000;34(5):374-84.
- (99) Tyssen R, Vaglum P, Grønfold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*. 2001;64(1):69-79.
- (100) Tully EC, Ames AM, Garcia SE, Donohue MR. Quadratic Associations Between Empathy and Depression as Moderated by Emotion Dysregulation. *Journal of Psychology*. 2016;150(1):15–35.
- (101) Lee HS, Brennan PF, Daly BJ. Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing and Health*. 2001;24(1):44-56.
- (102) Thoma P, Zalewski I, von Reventlow HG, Norra C, Juckel G, Daum I. Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatry Research*. 2011;189(3):373-8.
- (103) Cusi AM, MacQueen GM, Spreng RN, McKinnon MC. Altered empathic responding in major depressive disorder: Relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*. 2011;188(2):231-6.
- (104) Schreiter S, Pijnenborg GHM, aan het Rot M. Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(1):1-16.
- (105) Coyne JC, van Sonderen E. No further research needed: abandoning the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(3):173-4.
- (106) Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, Leguen E, Combe C, Rasclé N. Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & Thérapeutique*. 2009;5(3):193-200.
- (107) Razavi D, Delvaux N, Fravaques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appl* 1989 ;39 ;295-307
- (108) Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*. 2011;86(3):359-64.
- (109) Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2014;8:457.
- (110) Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*. 2004;38(9):934-41.
- (111) Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VSSR, Bhat PS, Srivastava K, Prakash J, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Medical Journal Armed Forces India*. 2014;70(2):179-85.

- (112) Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle M, Palermo C, Nestel D, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Advances in Medical Education and Practice*. 2014;107.
- (113) Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: It is possible. *Medical Teacher*. 2013;35(12):1002-8.
- (114) Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Academic Medicine*. 2010;85(4):588-93.
- (115) Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. *PrimaryCare*. 2004 ;4(47) :941-7.
- (116) Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *La Presse Médicale*. 2015 ;44(4):84-91.
- (117) Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse d'exercice en médecine générale. Grenoble : Université de Grenoble, 2011, 136p.
- (118) Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010 ;304(11):1181-90.
- (119) Garnier E. Dépression chez les étudiants en médecine l'impression de stigmatisation : distorsion cognitive ou réalité ?. *Le Médecin du Québec*. 2010 ;45(11) :3-17.

ANNEXES

1 Annexe 1 : Flyer InternLife Aquitaine

Recto :



[INTERN'LIFE]
ou la face cachée des internes...

Une **étude** menée
par des
sur les } **internes**
pour les }

CONTACTS ET INFOS :
@ etude.internlife.aquitaine@gmail.com
f Internlife Aquitaine
www.etude.intern-life.com

**PARTICIPEZ
ET GAGNEZ
DES CADEAUX**

Verso :

[INTERN' LIFE]

ou la face cachée des internes...

Chers cointernes,

Cette étude est réalisée en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale. Il s'agit d'une étude originale, unique, réfléchie depuis plus d'un an. Pour la première fois en France, la vie des internes sera suivie de l'entrée à la sortie de l'internat.

Intérêt pour vous : VOUS CONNAÎTRE, VOUS DÉCOUVRIR, AMÉLIORER VOTRE FORMATION

Objectif de l'étude : connaître votre vécu sur les 3 années d'internat en répondant à des questionnaires semestriels.

Votre participation : Nous vous demandons de remplir un auto-questionnaire tous les six mois, entre chaque stage ce qui nous permettra d'apprécier votre expérience d'interne en médecine générale. Vous répondrez à ces questionnaires sur internet lors d'une période libre de votre choix : cela prend environ 20 minutes.

Confidentialité et anonymat : Les données récoltées sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude. Un numéro vous sera attribué et les données nominatives ne seront pas exploitées pour l'étude.

Volontariat : Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à tout moment.

Cette étude constitue pour nous un sujet de thèse de Médecine Générale.

Nous vous encourageons ainsi à répondre à ces questionnaires jusqu'à la fin de votre internat afin d'améliorer la validité de cette étude.

Compte-rendu des résultats : Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

L'équipe d'Intern'life

2 Annexe 2 : Protocole complet Intern'Life au temps T0

Chers participants,

Cette étude est menée **par des internes, sur les internes et pour les internes**. Elle est pilotée par le Département de Médecine Générale et le Laboratoire de Psychologie de l'Université Bordeaux Segalen, en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Il s'agit d'une **étude originale, unique**, qui a nécessité des entretiens individuels de préparation avec des internes parisiens de promotions antérieures. Elle a débuté il y a un an avec la promotion 2012 des internes de médecine générale de Paris Descartes qui sont très nombreux à y participer et elle se poursuit à Paris avec la promotion 2013, en parallèle de celle de Bordeaux. Pour la première fois en France, la vie des internes sera suivie **de la rentrée à la sortie de l'internat**. .

Cette étude est ouverte uniquement aux étudiants qui débutent l'internat de médecine générale en Aquitaine en novembre 2013.

Intérêt pour vous

Vous connaître, vous découvrir et améliorer votre formation.

Objectif de l'étude

Connaître **vos vécus sur les 3 années d'internat** en répondant aux mêmes questions **tous les 6 mois** (donc 6 fois).

Votre participation

Nous vous demandons de remplir un auto-questionnaire à **6 moments différents (tous les six mois, entre chaque stage)**, nous permettant d'apprécier votre expérience d'interne en

médecine générale. Vous répondrez à ces questionnaires sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ **20 minutes**.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est **confidentielle et anonyme** : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. **Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et vos initiales)** vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme U Femme U

Age :

Statut marital actuel : Célibataire U ; En couple et vivant ensemble U ;

En couple mais vivant séparément U ; Divorcé(e) U

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

Avez-vous été FFI ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est 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

Quelle est ou a été la profession principale de vos parents ?

✓ **Père :** _____

✓ **Mère :** _____

Au cours de cette année universitaire, où vivez-vous ?

☐ Chez vos parents, ou l'un de vos parents

☐ En résidence universitaire ou en foyer

☐ Dans un appartement

Précisez :

☐ En couple

☐ Seul

☐ En colocation

☐ Autre Précisez :

Suivez-vous actuellement une psychothérapie ?

Oui U ; Non U ; Ne souhaite pas répondre U

*** Si oui, de quel type ?**

TCC U ; Analytique U ; Autre U

Depuis combien de temps ?

*** Si non, avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?**

Oui U ; Non U ; Ne souhaite pas répondre U

TCC U ; Analytique U ; Autre U

Durant combien de temps ?

Concernant vos loisirs

A quelle fréquence en moyenne pratiquez vous une activité sportive ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre

- ☐ jamais

A quelle fréquence en moyenne allez vous au restaurant ou dans des bars ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ jamais

A quelle fréquence en moyenne allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ jamais

A quelle fréquence en moyenne vous connectez-vous sur facebook ?

- ☐ Plusieurs fois par jour
- ☐ Une fois par jour
- ☐ Une à deux fois par semaine
- ☐ Une fois par mois
- ☐ jamais

Concernant votre alimentation

1- Durant votre vie, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐

Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐

2- Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐

Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐

3- Pensez-vous manger équilibré ? oui ☐ non ☐

4- Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ? ----

5- Grignotez-vous ? oui ☐ non ☐

6- Taille (en cm) :

7- Poids (en kg) :

SCOFF: Sick Control One Fast Food (Morgan et al., 1999)

1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien “l’estomac plein”?

☐ Oui

☐ Non

2- Craignez d’avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?

☐ Oui

☐ Non

3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?

☐ Oui

☐ Non

4- Pensez-vous que vous êtes trop grosses alors que les autres vous trouve trop mince?

☐ Oui

☐ Non

5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

☐ Oui

☐ Non

Adaptation de la WCC-R (Ways of Coping Checklist) de Vitaliano et al. (1985)
(Version française : Cousson-Gélie et al., 1996)

Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10. J'ai pris les choses une par une.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé(e).				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.				
20. J'ai essayé de tout oublier.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai				

fait tout mon possible pour y arriver.				
--	--	--	--	--

Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui : lesquelles ?

Echelle de symptômes somatiques : L'index Psychosomatique de la SCL-90-R de Derogatis (1994)

Consigne : Voici une série de problèmes qui peuvent se présenter dans votre vie. Pourriez vous cocher la case indiquant le degré selon lequel chacun de ces problèmes vous a perturbé(e) ou ennuyé(e) **au cours des 3 mois précédents.**

Ces problèmes m'ont perturbé	Pas du tout 1	Un peu 2	Assez 3	Beaucoup 4
Maux de tête				
Défaillances ou vertiges				
Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine				
Nausées ou douleurs d'estomac				
Douleurs dans le bas du dos				
Douleurs musculaires				
Difficultés respiratoires				
Sueurs froides ou bouffée de chaleur				
Fourmillements ou picotements				
Gorge nouée				
Faiblesse dans certaines parties du corps				
Lourdeur dans les bras ou les jambes				

Bien-être: La SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al., 1985

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à **votre état des 3 derniers mois** à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit:

- 1 – Fortement en désaccord
- 2 – En désaccord
- 3 – Légèrement en désaccord
- 4 – Ni en désaccord ni en accord
- 5 – Légèrement en accord
- 6 – En accord
- 7 – Fortement en accord

- 1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. ____
- 2. Mes conditions de vie sont excellentes. ____
- 3. Je suis satisfait(e) de ma vie. ____
- 4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.

- 5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. ____

Perceived Stress Scale (PSS-14), Cohen et Williamson, 1983.

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) le mois dernier.

Bien que certaines questions soient proches, il y a des différences entre elles, et chacune doit être considérée comme une question indépendante des autres. La meilleure façon de procéder est de répondre assez rapidement. N'essayez pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti(e) de telle ou telle façon, mais **indiquez plutôt la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité parmi les 5 choix proposés.**

Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	<i>Jamais</i>	<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Assez souvent</i>	<i>Très souvent</i>
1 ... avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?					
2 ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3 ... vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?					
4 ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5 ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6 ... vous êtes vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7 ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					

8 ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9 ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?					
10 ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11 ... vous êtes vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12 ... avez-vous pensé à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13 ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14 ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

QCAE (Reniers et al.) / traduction (ECIPSY EBG & PR)

Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante.

	Répondez rapidement et avec sincérité.	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
1.	Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
2.	D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
3.	En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
4.	Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				
5.	Quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
6.	Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				
7.	Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
8.	J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
9.	Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
10.	Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié				
11.	Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				

12.	Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
13.	Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
14.	Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
15.	Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
16.	Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
17.	Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
18.	Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
19.	Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
20.	Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
21.	Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
22.	Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
23.	Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				
24.	Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
25.	J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
26.	Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
27.	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28.	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				

29	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

Echelle HAD de Zigmond et Snaith

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

1. Je me sens tendue ou énervée

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- ☐ Oui, tout autant qu'avant
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

4. Je ris et vois le bon côté des choses

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus rarement qu'avant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Assez souvent
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- ☐ Oui, quoiqu'il arrive
- ☐ Oui, en général
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- ☐ Oui, c'est tout à vrai
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- ☐ Autant qu'avant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Critères de Goodman (1990)

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un/des

	Alcool	Tabac	Cannabis	Psychotropes
1. Lorsque j'ai envie de consommer ... , il m'est impossible de résister.				
2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de consommer du(des)				
3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je consomme du(des)				
4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je consomme du(des)				
5. Je pense fréquemment au fait de consommer du(des)				
6. Les moments que je consacre au(x) ... et les effets que je ressens avec le/les... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.				
7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner le/les				
8. Je consacre beaucoup de temps à consommer du(des) et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.				
9. J'ai l'impression que je consomme davantage du(des)/ au(x) ... lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.				
10. Le fait de consommer du(des)... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.				
11. Je continue à consommer du(des) ... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.				
12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ma/mes consommation de ... pour obtenir les mêmes effets.				

13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas consommer du(des)				
14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou sont répétés pendant une période plus longue.				

comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez : cochez la case correspondante pour OUI.

AUDIT-C

1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- ☐ Jamais
 ☐ Une fois par mois
 ☐ 2 à 4 fois par mois
☐ 2 à 3 fois par semaine
 ☐ 4 fois ou plus par semaine

2) Combien de verres standard* buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- ☐ Un ou deux
 ☐ Trois ou quatre
 ☐ Cinq ou six
☐ Sept à neuf
 ☐ Dix ou plus

3) Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard* ou plus ?

- ☐ Jamais
 ☐ Moins de 1 fois par mois
 ☐ 1 fois par mois
☐ 1 fois par semaine
 ☐ Chaque jour ou presque

*** Tous les verres dits 'standard' contiennent la même quantité d'alcool (10 gr).**

i.e. : 2,5 cl de whisky à 45°

2,5 cl de pastis à 45°

25 cl de bière à 5°

10 cl de vin à 12°

7 cl d'apéritif à 18°
2,5 cl de digestif à 45°
10 cl de champagne à 12°
25 cl de cidre 'sec' à 5°

Echelle d'Evaluation des Evénements de Vie (Appraisal of Life Events Scale) de Ferguson et al. (1999).

1). Décrivez ci-dessous l'événement le plus stressant auquel vous avez été confronté(e) au cours des trois derniers mois :

2). Indiquez dans quelle mesure chacun des adjectifs de la liste suivante décrit le mieux **votre perception de l'événement au moment où il s'est produit**, en entourant un des chiffres de cette échelle en 6 points :

0	1	2	3	4	5
pas du tout					extrêmement

Au moment où cet événement s'est produit, je l'ai perçu comme :

1. Menaçant	0	1	2	3	4	5
2. un défi	0	1	2	3	4	5
3. Intolérable	0	1	2	3	4	5
4. Angoissant	0	1	2	3	4	5
5. Agréable	0	1	2	3	4	5
6. Douloureux	0	1	2	3	4	5
7. Inquiétant	0	1	2	3	4	5
8. Stimulant	0	1	2	3	4	5
9. Déprimant	0	1	2	3	4	5
10. Hostile	0	1	2	3	4	5
11. Exaltant	0	1	2	3	4	5
12. Désolant	0	1	2	3	4	5
13. Effrayant	0	1	2	3	4	5
14. Instructif	0	1	2	3	4	5
15. Terrifiant	0	1	2	3	4	5
16. Excitant	0	1	2	3	4	5

TIPI

Voici un certain nombre de traits de personnalité qui peuvent s'appliquer à vous ou non. Indiquez dans quelle mesure chaque proposition vous décrit. Vous devez évaluer dans quelle mesure chaque paire de traits s'applique à vous, même si l'une des caractéristiques s'applique davantage à vous que l'autre.

Je me vois comme quelqu'un de... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en accord	En accord	Fortement en accord
Extraverti, enthousiaste	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Critique, querelleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fiable, discipliné	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anxieux, facilement irrité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ouvert aux nouvelles expériences, complexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Réservé, discret	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sympathique, chaleureux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Désorganisé, négligent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Calme, stable émotionnellement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conventionnel, peu créatif	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OBS

Avez-vous des observations ou des commentaires à faire sur cette étude?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

3 Annexe 3 : Protocole Intern'Life T1 (identique à T2 et T3)

Chers participants,

Voici la suite de l'étude Intern'Life menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes et de l'Université de Bordeaux.

Objectif de l'étude

Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

Intérêt pour vous

Vous connaître, participer à une étude d'envergure, améliorer votre formation et votre bien-être.

Votre participation

Vous répondrez à un questionnaire sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ **20 minutes**. Nous vous rappelons qu'il est tout à fait possible **de le faire en plusieurs fois en cliquant sur "enregistrer les réponses et reprendre plus tard"**.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Age : ____

Statut marital actuel : Célibataire ☐ En couple et vivant ensemble ☐
En couple mais vivant séparément ☐ Divorcé(e) ☐

Concernant votre travail

1- Dans quel stage êtes-vous actuellement ? Stage ambulatoire ☐ Urgences ☐ Pédiatrie ☐
Gynécologie ☐ médecine adulte ☐ stage libre ☐

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce stage sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait) ? ____

2- Au cours de ce semestre:

Quel a été le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) : ____

Quel a été le nombre de gardes effectuées par mois : ____

Quel a été le nombre de WE libres par mois : ____

Quel a été le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre : ____

Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? Oui ☐ Non ☐

Quelles ont été les parts en pourcentage de: Clinique ____% Administrative ____% Autres ____%

Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ? ____

Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous subi du harcèlement moral ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de la part de : équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient ☐

Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de la part de : équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient ☐

En général, durant ce semestre, classez vos priorités pendant les consultations:

Satisfaire et écouter le patient

Trouver les bons diagnostics et traitement

Etre efficace dans un temps imparti

Assurer votre bien-être et vous protéger

Concernant votre alimentation

- 1- Durant votre vie, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐
Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐
- 2- Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐
Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐
- 3- Pensez-vous manger équilibré ? oui ☐ non ☐
- 4- Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ?
- 5- Grignotez-vous ? oui ☐ non ☐
- 6- Taille (en cm) :
- 7- Poids (en kg) :

SCOFF: Sick Control One Fast Food (Morgan et al., 1999)

- 1- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien “l’estomac plein”?
Oui Non
- 2- Craignez-vous d’avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
Oui Non
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?
Oui Non
- 4- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?
Oui Non
- 5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?
Oui Non

Concernant vos loisirs

A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous une activité sportive ?

- § Plusieurs fois par semaine
- § Une fois par semaine
- § Une à deux fois par mois
- § Une fois par trimestre
- § jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au restaurant ou dans des bars ?

- § Plusieurs fois par semaine
- § Une fois par semaine
- § Une à deux fois par mois
- § Une fois par trimestre
- § jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

- § Plusieurs fois par semaine
- § Une fois par semaine
- § Une à deux fois par mois
- § Une fois par trimestre
- § jamais

Concernant votre formation

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan humain	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
contre-modèles négatifs sur le plan humain					
J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin- malade	☐	☐	☐	☐	☐

Si oui, sous quelle forme était-ce ?

Cours théoriques ☐ Jeux de rôles ☐ Groupes d'échanges (balint ou autre) ☐ Séniorisation ☐

Autre ☐

Cet enseignement était : facultatif ☐ obligatoire ☐

Bien-être: La SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al., 1985

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à **votre état des 3 derniers mois** à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit:

- 1 – Fortement en désaccord
- 2 – En désaccord
- 3 – Légèrement en désaccord
- 4 – Ni en désaccord ni en accord
- 5 – Légèrement en accord
- 6 – En accord
- 7 – Fortement en accord

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.

2. Mes conditions de vie sont excellentes. ____

3. Je suis satisfait(e) de ma vie. ____

4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.

5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. ____

Empathie clinique: JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy, Hojat, 2002), traduit et validé par Zenasni et al. (2012)

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 depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante.

	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7						
	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
la relation.							
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Échelle HAD de Zigmond et Snaith

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

1. Je me sens tendue ou énervée

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- ☐ Oui, tout autant qu'avant
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

4. Je ris et vois le bon côté des choses

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus rarement qu'avant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Assez souvent
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- ☐ Oui, quoiqu'il arrive
- ☐ Oui, en général
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- ☐ Oui, c'est tout à vrai
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- ☐ Autant qu'avant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

QCAE (Reniers et al. / traduction (ECIPSY EBG & PR))

Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante.

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
1. Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.	☐	☐	☐	☐
2. D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entrainer complètement dedans.	☐	☐	☐	☐

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
3. En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.	☐	☐	☐	☐
4. Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.	☐	☐	☐	☐
5. Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.	☐	☐	☐	☐
6. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.	☐	☐	☐	☐
7. Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.	☐	☐	☐	☐
8. J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.	☐	☐	☐	☐
9. Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.	☐	☐	☐	☐
10. Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié	☐	☐	☐	☐
11. Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.	☐	☐	☐	☐
12. Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.	☐	☐	☐	☐
13. Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.	☐	☐	☐	☐
14. Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.	☐	☐	☐	☐
15. Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.	☐	☐	☐	☐
16. Je me rends compte rapidement si	☐	☐	☐	☐

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
17. Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.	☐	☐	☐	☐
18. Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.	☐	☐	☐	☐
19. Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.	☐	☐	☐	☐
20. Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.	☐	☐	☐	☐
21. Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.	☐	☐	☐	☐
22. Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.	☐	☐	☐	☐
23. Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).	☐	☐	☐	☐
24. Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.	☐	☐	☐	☐
25. J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.	☐	☐	☐	☐
26. Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.	☐	☐	☐	☐
27. Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.	☐	☐	☐	☐
28. Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.	☐	☐	☐	☐
29. Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.	☐	☐	☐	☐
30. J'essaie toujours de prendre en	☐	☐	☐	☐

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31. Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.	☐	☐	☐	☐

**Adaptation de la WCC-R (Ways of Coping Checklist) de Vitaliano et al. (1985) (Version
française : Cousson-Gélie et al., 1996)**

Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	☐	☐	☐	☐
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	☐	☐	☐	☐
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	☐	☐	☐	☐
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.	☐	☐	☐	☐
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	☐	☐	☐	☐
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	☐	☐	☐	☐
7. J'ai changé positivement.	☐	☐	☐	☐
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.	☐	☐	☐	☐
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	☐	☐	☐	☐
10. J'ai pris les choses une par une.	☐	☐	☐	☐
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	☐	☐	☐	☐
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.	☐	☐	☐	☐
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect	☐	☐	☐	☐

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé(e).	☐	☐	☐	☐
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	☐	☐	☐	☐
16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.	☐	☐	☐	☐
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	☐	☐	☐	☐
18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	☐	☐	☐	☐
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	☐	☐	☐	☐
20. J'ai essayé de tout oublier.	☐	☐	☐	☐
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.	☐	☐	☐	☐
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	☐	☐	☐	☐
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	☐	☐	☐	☐
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	☐	☐	☐	☐
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	☐	☐	☐	☐
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).	☐	☐	☐	☐
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.	☐	☐	☐	☐

Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ? Oui Non

Si Oui : lesquelles ?

MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach et al. (1996) Adaptation de la version française du MBI de Dion & Tessier (1994)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez depuis les 3 derniers mois ce qui est décrit à chaque item.

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je me sens frustré(e).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je me sens au bout du rouleau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
--	--------	--	--	------------------------------	----------------------------	---------------------------------	----------------

calmement.

22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Échelle PSS 4

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. À chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) le mois dernier.

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. ...vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	☐	☐	☐	☐	☐

Echelle de stress perçu spécifique aux IMG

Voici une série d'éléments qui ont pu vous stresser depuis les 3 derniers mois. Veuillez répondre, sur une échelle de 1 à 5, si ils vous ont stressé pas du tout (1) ou beaucoup (5).

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
1. Le fait de se sentir fatigué(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. La période du choix des stages	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. La gestion des familles de patients	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le rythme de travail (les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'arrivée dans un nouveau stage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le fait d'être responsable de vies humaines	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. La charge de travail (le temps passé à l'hôpital)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. La relation avec le chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. La peur de faire une erreur ou de passer à côté de quelque chose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Le manque de temps passé en famille, avec les proches...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. La relation avec l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Le manque de connaissances théoriques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Le manque de temps pour gérer le quotidien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. La gestion d'une équipe soignante en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le manque d'expérience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le manque de temps pour les loisirs ou le sport	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. L'indisponibilité du chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
18. La gestion d'un patient en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Le manque de sommeil (ou sommeil de mauvaise qualité)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les situations de fin de vie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. La sensation d'être dépassé(e) par les évènements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DETA

Au cours de votre vie :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	☐	☐
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	☐	☐

MERCI pour votre participation !

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 0826004580.

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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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.