



**HAL**  
open science

# Étude qualitative de la représentation par les internes de médecine générale de la relation entre empathie et burnout

Jeanne Picard

► **To cite this version:**

Jeanne Picard. Étude qualitative de la représentation par les internes de médecine générale de la relation entre empathie et burnout. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01888460

**HAL Id: dumas-01888460**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01888460v1>**

Submitted on 5 Oct 2018

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

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



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

# AVERTISSEMENT

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

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

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

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 305

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude qualitative de la représentation par les internes de médecine  
générale de la relation entre empathie et burnout

Présentée et soutenue publiquement  
le 12 décembre 2017

Par

***Jeanne PICARD***

Née le 26 mai 1983 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Annie Catu-Pinault, MG

Jury :

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud, PUPH ..... Président

Monsieur Le Professeur Philippe Jaury, PU

Monsieur Le Professeur Jean-Claude Schwartz, PA

Madame Le Docteur Celine Buffel Du Vaure, MCU



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

## **Remerciements**

### **A Madame le Professeur Anne-Sophie RIGAUD**

Vous m'avez d'abord accueillie chaleureusement dans votre service de gériatrie au cours de mon DES de médecine générale et vous me faites également l'honneur d'accepter de juger mon travail et Présider mon jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Philippe JAURY**

Vous m'avez fait l'honneur, voilà déjà 6 ans, de m'accueillir à la faculté Paris Descartes à la suite de ma formation militaire.

Vous m'avez fait l'honneur de m'aider dans la recherche d'un projet de thèse, en me proposant de rejoindre une équipe et un travail passionnant.

Vous m'avez également fait l'honneur de co-diriger la rédaction de mon premier article scientifique en anglais, et vous avez accepté de juger mon travail de thèse.

Pour tout cela, je vous remercie.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance la plus sincère.

**A Madame le Professeur Annie CATU-PINAULT**

Vous avez activement participé à ma formation de médecin généraliste, par l'encadrement à la faculté des groupes de Formation à la Relation Thérapeutique.

Vous m'avez invitée à présenter mon travail auprès des participants du 8ème CMGF puis de votre groupe de Pairs, le Gissmed, que j'ai eu l'honneur de rencontrer et au sein duquel j'ai été accueillie et écoutée avec une grande bienveillance.

Vous avez dirigé mon travail de thèse avec beaucoup de disponibilité, de patience et d'écoute. Et cela malgré votre programme professionnel bien rempli. Vous m'avez également appris la rigueur dans la rédaction d'un article scientifique d'abord, que vous avez co-dirigé, puis de ma thèse.

Pour tout cela je vous remercie chaleureusement.

Veillez recevoir ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

**A Monsieur le Professeur Jean-Claude Schwartz**

Vous m'avez fait l'honneur dès le début de mon internat, d'accepter d'être mon tuteur et de suivre mon parcours de DES et mes stages avec la plus grande attention.

Vous avez activement participé à ma formation en m'apprenant patiemment la réflexivité dans toutes mes activités et la transparence de celle-ci au sein de mes traces d'apprentissage. Vous m'avez accueillie au sein du groupe de tutorat que vous dirigez avec tant d'enthousiasme, de patience et d'humour.

Vous m'avez invitée à votre cabinet pour participer aux consultations dans un cadre amical.

Je vous remercie ainsi d'avoir été présent tout au long de ma formation d'interne. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

**A Madame le Docteur Céline BUFFEL DU VAURE**

Vous avez accepté de venir juger mon travail en me témoignant votre confiance. Vous m'avez également remis votre propre thèse au début de mon travail en me présentant la vôtre, me permettant ainsi de décrire les études précédemment menées au sein des départements de médecine et de psychologie de la faculté Paris Descartes.

Soyez assurée de mes remerciements.



**A toutes les personnes qui m'ont accompagnée pendant mon cursus d'interne :**

**Au Professeur Franck ZENASNI**

Vous avez accepté de co-diriger ce travail de thèse ainsi que la rédaction de mon premier article scientifique en anglais. Je vous remercie de m'avoir guidée dans mes recherches et appris la rigueur de la réalisation d'un protocole de recherche qualitative. Je vous remercie pour tous les documents que vous m'avez remis et qui m'ont permis de décrire plus particulièrement les trois hypothèses existant dans la littérature sur les relations entre l'empathie et le burnout.

Recevez ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

**A Madame le Docteur Aude Woerner**

Merci pour nos échanges, pour ton aide et pour ta thèse que tu m'as remise et qui m'a aidée à comprendre le travail réalisé juste avant moi au sein du département de médecine Paris Descartes chez les médecins généralistes.

**A Monsieur le Médecin en chef de Montleau**

Vous avez aidé l'interne que j'étais à avoir confiance en soi. Pour toute votre attention, soyez remercié.

**A Madame le Professeur Laurence Meyer**

Vous m'avez reçue dans votre master 2 de Santé Publique et formée à l'Epidémiologie par un programme passionnant mis en place au sein de la Faculté Paris Sud - Kremlin Bicêtre et vous avez jugé mon travail de mémoire sur les données VESPA 2 et dirigé par le Dr Rosemary Dray Spira. Soyez remerciée ici pour votre accueil dans ce parcours professionnalisant si intéressant.

**A Madame le Docteur Rosemary Dray Spira**

Vous m'avez accueillie avec un grand enthousiasme dans votre équipe 11 de l'unité 1018 du CESP travaillant sur l'épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, à l'INSERM et au sein de l'Hôpital Paul Brousse. Et vous m'avez formée avec beaucoup d'attention et de rigueur à la rédaction de mon premier travail scientifique d'analyse des données de l'enquête VESPA 2 concernant la rupture de suivi médical dans la population séropositive en France. Soyez remerciée ici de votre bienveillance, gentillesse et attention qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

**A Monsieur le Docteur Antoine Napoly**

Je te remercie beaucoup de m'avoir accueillie et fait partager tes connaissances, ton expérience et ta passion du métier auprès des enfants et tous petits.

**A Monsieur le Docteur François Gasteau**

Je vous remercie tout particulièrement pour votre disponibilité, votre écoute et l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Vous m'aurez été d'une grande aide par vos conseils apportés au tout début de mon travail.

### **A Monsieur le Docteur Benoit Artault**

Je te remercie sincèrement pour l'aide très précieuse que tu m'as apportée aux moments difficiles de mon internat, pour ton écoute, tes bons conseils et ton bon diagnostic.

### **A tous les médecins que j'ai rencontrés depuis le début de mes études**

Médecin en chef Boisseaux, Chef du service de psychiatrie de l'HIA du Val de Grâce,  
Pr Saf, Chef du service de Pédiatrie de l'hôpital d'Arpajon,  
Dr Nicolas Dubreuil et Dr Cédric Roques, maîtres de stage en médecine générale ambulatoire de niveau 1, à Bruyères le Chatel et Marcoussis qui m'avez ouverts vos cabinets et initié à la belle pratique de la médecine générale dans un climat de bienveillance et d'amitié,  
Pr Chevrier, Chef du SAU et du SMUR de l'hôpital de Rambouillet,  
Pr Alain Lorenzo et Dr Jean Israël, qui m'accueillez actuellement en SASPAS à La Norville avec un 1/3 temps en médecine du sport au CNR de Marcoussis et à l'hôpital de Bligny.

### **A tous les internes qui ont accepté de s'entretenir avec moi pour réaliser ce travail de thèse**

A Claire et Audrey qui avez réalisé avec moi ce travail initial de recherche qualitative, en 2012 déjà

A tous mes patients, qui m'apprenez tant

A tous les infirmiers et aides soignants rencontrés, qui ont su partager leurs belles expériences

A tous mes co-internes

### **A ma famille**

A mes très chers parents, pour votre immense amour et votre confiance permanente qui m'a encouragée et fait grandir toutes ces années. Soyez infiniment remerciés pour chacun de vos conseils et votre soutien indéfectible. Vous avez su m'accompagner toujours attentivement dans mes multiples aspirations et mes longues études.

A Bon papa et Muty qui m'avez toujours entourée d'une merveilleuse attention en m'apportant votre précieuse écoute, et vos si bons conseils. Votre maison est toujours un havre de douceur et de joie.

A Mamita et Daddy pour votre exemple merveilleux de joie et d'amour.

A mes très chers frères Bertrand, Jean-Baptiste, Paul et Antoine. Je suis comblée d'avoir été fille unique parmi vous quatre et d'être si bien entourée aujourd'hui de mes trois très chères belles sœur Diane, Aude et Julie. Je reçois tant de gentillesse, de délicatesse et de soutien réconfortant de chacun de vous, que je prendrai, soyez en assurés, un grand soin pour vous soigner à mon tour !

Tous mes neveux et nièces aussi nombreux soient ils : ce travail vous est dédié

A ma très chère marraine Sophie, pharmacienne et qui reste toujours attentive, même de loin, à mes études.

A mes trois filleuls Marguerite, Etienne et Valentine qui me remplissez de joie

Mes 25 cousins cousines avec un remerciement très particulier à mes très chères cousines Colombe et Diane, ainsi que JB et Marguerite qui vous êtes rencontrés si romantiquement en P1.

### **A mes amis**

De Lyon, de l'ESSA, de M2, et d'ailleurs, dispersés à travers la France et à l'étranger :

A Hubert et Amélie : merci pour votre amitié et votre grand soutien depuis toujours

A Fanny et Morgan avec un bisou très affectueux à Lise. Merci pour votre écoute sans limite, votre joie débordante et vos rigolades, puissions nous nous retrouver bien souvent malgré la distance d'un Paris-Brest !

A Laurence et Richard qui avez fait une si belle rencontre dans les laboratoires hospitaliers de Brest et pour votre belle amitié

A Claire et Manu pour votre amitié sans faille et toutes vos attentions délicates

A Raphaëlle et Sébastien qui m'avez si bien reçue chez vous pour un dîner mémorable à Toulon

A ma filleule de la boîte Sybille

A Anne-Laure, Nelly, Diane et Julien, Laetitia et Guillaume, Marie et Jean, JB, Cat et Ludo, Guillaume, Lydiane, Cécile,

Mais aussi Eka, super interne de pédiatrie et maintenant chef. Je rêve de partir visiter la Géorgie !

Egalement Clémence, Blandine et Marc, Rose et Antoine, Sophie, Aurélie et Gégé, Marie-Astrid, Cécile tellement artiste, les 2 Florent, Béatrice, Adrien

A Cathy, Astrid, Marie-Michèle, Zhen, Soumaya, Bobette, Alex

A tous mes amis skieurs, voileux, randonneurs, kiteurs, chuteurs, plongeurs, voyageurs et sportifs

A Christine, Sophie et Jessika qui m'avez accueillie dans votre unique et familiale colloc de la rue Gay Lussac au tout début de mon internat.

A tous ceux que je n'ai pas cités, qu'ils aient l'assurance de ma profonde reconnaissance.

## Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	14
I. CONTEXTE.....	17
A. L'EMPATHIE CLINIQUE.....	17
1. Le concept général d'empathie.....	17
1.1. Les origines.....	17
1.2. Les conceptions contemporaines.....	19
1.3. L'actualité en neurosciences.....	21
2. L'empathie dans la pratique des soins.....	24
2.1. L'évolution du concept.....	24
2.1.1. Différents domaines d'évolution.....	24
2.1.1.1. Les travaux du psychothérapeute Carl Rogers.....	24
2.1.1.2. L'évolution du concept en psychanalyse.....	25
2.1.1.3. Le Docteur Balint, un pionnier pour les soins médicaux.....	26
2.1.2. La définition actuelle de l'empathie clinique (les 4 composantes).....	28
2.2. Les conséquences de l'empathie.....	28
2.2.1. Des effets spécifiques positifs pour le patient.....	28
2.2.2. Un postulat d'effets négatifs pour le patient.....	30
2.2.3. Des effets spécifiques positifs pour le médecin.....	30
2.2.4. Les effets négatifs pour le médecin : l'usure de compassion....	31
2.3. L'évaluation chez les internes : l'observation d'une réduction ?.....	32
2.3.1. La situation internationale.....	32
2.3.2. La situation nationale.....	33

B. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS.....	35
1. Définition.....	35
1.1. L'histoire d'un concept et de la définition d'un syndrome.....	35
1.2. Description du trépied du SEPS.....	37
1.2.1. L'épuisement émotionnel.....	37
1.2.2. La deshumanisation de la relation.....	38
1.2.3. La perte d'accomplissement personnel.....	38
2. Les Déterminants.....	39
2.1. Au niveau organisationnel et environnemental.....	39
2.1.1. Le cas des soignants.....	41
2.1.1.1. Les exigences augmentées.....	41
2.1.1.2. Les ressources réduites.....	41
2.1.1.3. La spécialisation en médecine générale .....	42
2.1.2. Le cas des internes.....	42
2.2. Au niveau inter individuel.....	43
2.2.1. Le cas des soignants.....	43
2.2.2. Le cas des internes.....	43
2.3. Au niveau intra individuel.....	44
2.3.1. Le cas des soignants.....	44
2.3.2. Le cas des internes.....	45
3. Les conséquences.....	47
3.1. Chez le soignant.....	47
3.1.1. Des conséquences individuelles.....	47
3.1.2. Des conséquences sociétales.....	48
3.1.3. Des conséquences sur le patient.....	48
3.2. Chez les internes.....	49
3.2.1. Des conséquences individuelles.....	49
3.2.2. Des conséquences professionnelles et académiques.....	49

C. LA RELATION ENTRE EMPATHIE ET BURN OUT.....	50
1. Généralités.....	50
2. Présentation des trois hypothèses.....	50
2.1. Hypothèse 1 : Le burnout diminue l'empathie.....	50
2.2. Hypothèse 2 : L'empathie entraîne le burnout.....	52
2.3. Hypothèse 3 : L'empathie protège du burnout.....	53
II. ETUDE.....	55
A. PROBLEMATIQUE.....	55
B. OBJECTIFS.....	57
1. Objectifs de l'étude générale.....	57
2. Objectifs de notre travail.....	58
C. METHODE.....	59
1. Conception.....	59
2. Constitution de l'échantillon.....	59
3. Procédure.....	60
3.1. Elaboration et test de la grille d'entretien.....	60
3.2. Recueil des données.....	62
3.3. Réalisation des entretiens.....	62
3.4. Retranscription du discours.....	63
4. Analyse du verbatim.....	63
D. RESULTATS.....	65
1. Le discours libre.....	68
1.1. Cinq facteurs individuels.....	68
1.2. Six facteurs contextuels.....	73
2. Les trois hypothèses.....	78
2.1. La première hypothèse : Le burnout diminue l'empathie.....	78
2.2. La deuxième hypothèse : L'empathie entraîne le burnout.....	85
2.3. La troisième hypothèse : L'empathie protège du burnout.....	89

III. DISCUSSION.....	95
A. GENERALITES.....	95
B. ACCUEIL DE L'ENQUETE.....	95
C. FORCES DE L'ENQUETE.....	96
D. LIMITES ET BIAIS DE L'ENQUETE.....	97
E. COMPARAISON DES RESULTATS A CEUX D'AUTRES ETUDES.....	100
F. COMMENTAIRES DE L'ETUDE.....	108
G. REFLEXIONS AUTOUR DE CETTE ETUDE.....	111
H. IMPLICATIONS DE L'ETUDE EN PRATIQUE.....	120
I. PERSPECTIVES ET AVANCEES.....	122
J. CONCLUSION.....	124
IV. BIBLIOGRAPHIE.....	125
V. ANNEXE 1.....	131

## INTRODUCTION

Véritable « défenseur du corps humain contre la maladie, le médecin devient, par une extension naturelle, un avocat de la personne humaine », comme le note le Pr Hamburger dans *L'Aventure Humaine* (1). Il doit nécessairement être un homme révolté par toute souffrance humaine, et doit, pour cela, dans sa prise en charge thérapeutique, considérer les désirs profonds de son patient comme aussi importants que les impératifs techniques de soin.

C'est cette forme de médecine que la société entière plébiscite aujourd'hui : une médecine dans laquelle les médecins savent toujours considérer leur patient comme une fin et jamais comme un moyen, pour paraphraser le philosophe allemand Emmanuel Kant. C'est donc sur une relation empathique que les patients désirent voir reposer le colloque singulier qui s'instaure entre eux et leur médecin, comme ils le révèlent eux même lorsqu'on les interroge.

Pour autant, la notion même d'empathie dans la pratique médicale et la mise en évidence des bienfaits thérapeutiques pour le patient de cette pratique sont des acquis scientifiques transdisciplinaires et relativement récents.

En médecine générale, cependant, et même si le concept d'empathie ou l'idée de comprendre l'autre est largement admis, accepté pour son utilité par l'ensemble des praticiens, et enseigné en France par toutes les facultés dès le premier cycle des études médicales, les études visant à observer sa pratique et son usage chez les internes de médecine générale semblent montrer depuis quelques années une diminution (2). Le phénomène est tel que de nombreuses recherches tentent d'appréhender aujourd'hui les répercussions qui pourraient en découler sur la qualité des soins chez les généralistes. Or, parallèlement à cette réduction d'empathie, on a commencé à observer depuis les années 1970 aux Etats Unis le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) des soignants, ou « Burnout Syndrom », qui semble aujourd'hui également présent dans plusieurs pays d'Europe. En France en particulier, le constat alarmant d'un état de mal-être et de souffrance des médecins généralistes se propage : les chiffres des troubles psychiatriques, 1<sup>ère</sup> cause d'invalidité définitive des médecins (3), et de la dépression notamment, ou ceux



du suicide (4) chez les médecins généralistes (14% des causes de mortalité en 2003) atteignent à l'heure actuelle des proportions toujours élevées. En outre des études françaises du SEP chez les internes de médecine générale (5 ; 6 ; 7) montrent sa survenue précoce dans des proportions déjà très alarmantes chez eux : 38,7% selon une étude nationale (8 ; 9) réalisée chez 4050 internes en 2011.

Des interrogations scientifiques (10 ; 11 ; 12) ont donc surgi sur les liens potentiels qui pourraient unir ces deux phénomènes que sont d'une part la diminution marquée de l'empathie dans la pratique quotidienne de nos internes de médecine générale, et d'autre part la constatation d'épuisement au travail associé à des niveaux importants de stress (13), de dépression (14) ou d'anxiété (15) pendant les études médicales.

La coïncidence d'apparition de ces phénomènes récemment observés a conduit logiquement à se poser la question d'une corrélation entre eux (16 ; 17) : c'est précisément l'objet de notre travail d'étudier sur cette question le ressenti des internes d'une part et de chercher à en déduire des relations de causalité entre empathie et burnout d'autre part.

J'ai été immédiatement séduite par ce projet d'étude original organisé par la Faculté Paris Descartes et visant à observer le ressenti et le vécu des internes en matière de stress, de burnout, de coping, et d'anxiété afin d'explorer le retentissement de ces facteurs sur l'exercice de leur empathie.

Ayant ainsi la possibilité, dans ce contexte général, de choisir un axe de recherche, il m'est apparu qu'une étude qualitative exploratoire sur les représentations des internes concernant la relation entre empathie et burnout serait de nature à répondre à une nécessité intemporelle en même temps qu'à un besoin particulièrement actuel et urgent. Tout d'abord l'approfondissement de l'empathie me semblait essentielle pour une pratique médicale de qualité et bien équilibrée, entre la technique répondant à une obligation de moyens et le relationnel. D'autre part, l'épuisement du soignant me semblait suffisamment émergent et insidieux pour m'en alerter et souhaiter m'y intéresser dès l'internat pour mieux m'en prémunir.

A titre personnel, je m'étais déjà rendu compte par moi-même que la formation en milieu hospitalier nous plonge dans un univers aux contraintes d'organisation exigeantes pour répondre à des obligations fortes de moyens techniques, mais, faute de temps et compte tenu des rythmes imposés, sans prendre suffisamment en compte, parfois, toute l'importance de la relation humaine. Or, très désireuse de réaliser une médecine de type

plutôt familiale, en tout cas empreinte d'écoute et d'attention aux patients, cette distorsion entre vocation, motivation et réalité quotidienne me semblait une source de frustration, voire potentiellement un risque de découragement.

Un approfondissement du rôle de l'empathie à travers un partage d'expérience avec d'autres internes comme moi me semblait donc un moyen intelligent d'aller à la recherche de réponses à mes propres questionnements.

Pouvoir réfléchir pour essayer de mieux comprendre en profondeur dès le début de carrière comment trouver le juste équilibre et anticiper les dangers d'une relation trop impliquée ou trop distante correspondait également à une démarche enrichissante et qui me semblait pouvoir impacter et orienter ma propre pratique.

C'est donc dans la perspective personnelle d'approfondir ma compréhension de ces deux notions d'empathie et de burnout d'abord, afin d'améliorer et sécuriser ma propre pratique, ainsi que dans celle de permettre aux autres internes de progresser dans la leur que j'ai réalisé ce travail original.

Après avoir consacré une première partie à la présentation de l'empathie dans la relation de soins d'une part, à la présentation du burnout d'autre part puis à l'exposition des principales hypothèses actuelles concernant leur relation réciproque, je présenterai en deuxième partie cette étude qualitative analysant les discours d'internes de médecine générale d'Ile de France concernant les répercussions possibles de la pratique de l'empathie clinique sur leur propre santé et leurs idées personnelles des liens de causalité entre empathie et burnout.

Je commenterai ensuite ces résultats d'entretien et ferai enfin des propositions d'interprétation des mécanismes et processus en jeux dans la discussion qui suivra.

# I. CONTEXTE

## A. L'EMPATHIE CLINIQUE

### 1. Le concept général d'empathie

#### 1.1. Les origines

Dans la ligne de pensée du poète latin Horace qui observait un siècle avant J-C que rires et larmes se transmettent par sympathie (« Si le rire répond au rire sur le visage des hommes, les larmes aussi y trouvent de la sympathie »), le philosophe écossais D. Hume explique que nous avons originairement un lien d'ordre affectif ou émotionnel avec autrui parce qu'une transmission des passions entre les hommes est possible par cette sympathie.

*« Nulle qualité n'est plus remarquable dans la nature humaine, à la fois en elle-même et dans ses conséquences, que notre propension à sympathiser avec les autres et à recevoir par communication leurs inclinations et leurs sentiments, fussent-ils différents des nôtres, voire contraires aux nôtres » (Traité de la nature humaine, livre II, p. 155).*

*« Nous pouvons remarquer en général que les esprits des hommes sont des miroirs les uns pour les autres, non seulement parce que chacun d'eux réfléchit les émotions des autres, mais aussi parce que ces rayons de passions, de sentiments et d'opinions peuvent être renvoyés plusieurs fois et s'atténuer par degrés insensibles » (Traité de la nature humaine, livre II, p 213.).*

Le philosophe E. Kant, pour sa part, parle d'humanité en nous («*die Menschheit in deiner person*») (*Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Akademie Ausgabe S. 429*). Et à sa suite d'autres philosophes vont développer progressivement leur pensée sur ce thème.

Ainsi A. Smith parle d'homme intérieur qui peut éprouver les mêmes sentiments que l'humanité en tout autre.

*« Quelque fois même, en nous mettant à la place des autres, nous éprouvons pour eux des sentiments dont ils sont incapables pour eux-mêmes » (Théorie des sentiments moraux, édition Buisson, 1798 ; Volume I, p13).*

Cependant, c'est en 1873 le philosophe allemand R. Vischer qui, le premier, développe dans sa thèse de doctorat *Sur le sentiment optique de forme (Über das optische Formgefühl)* le terme d'Einfühlung. Ce terme fut lui-même introduit en esthétique par son père F. T. Vischer pour désigner le « *processus de symbolisation par lequel nous attribuons un sens affectif à des formes, des couleurs, des objets* » (Traduction du dernier article de F. T. Vischer : Vischer F.T. *Das Symbol* (1887). *Altes und Neues*, 1889).

Selon la théorie métaphysique de R. Vischer (18), la relation entre le sujet et l'œuvre d'art lui permet d'accéder à son sens. Les sensations éprouvées par la contemplation esthétique de formes symboliques - c'est à dire d'objets, de choses ou de phénomènes naturels – éveille, selon lui par un phénomène de résonance, les sentiments appropriés. C'est ce « *ressenti de l'intérieur* » qu'il nomme Einfühlung.

C'est en fait le philosophe allemand T. Lipps qui, séduit par l'Einfühlung, le conceptualise et en facilite l'utilisation dans les sciences humaines et sociales. Pour lui, l'Einfühlung est « la source du savoir sur autrui » (19). T. Lipps le décrit *comme un comportement immédiat et quasi automatique d'imitation des émotions d'un interlocuteur, par un processus de résonance* (20).

On peut dire qu'il s'agit ici d'un mode opératoire de la pensée plutôt intuitif, qui laisse peu de tolérance à l'ambiguïté (21).

Cependant, cette « *imitation intérieure* » de T. Lipps ne fait pas l'unanimité.

Pour son contemporain le philosophe allemand W. Dilthey, c'est par raisonnement analogique déductif que l'homme accède à la réalité d'autrui. Il nomme cela « *hineinversetzen* » ce qui signifie « *se transposer à l'intérieur de quelqu'un ou de quelque chose* », qui sera aussi traduit comme « empathy » par les anglais.

Ici le mode opératoire de la pensée est au contraire rationnel, et la tolérance à l'ambiguïté bien plus élevée (21).

Ce débat qui oppose les partisans de la réduction du phénomène empathique à une simulation des états mentaux d'autrui par résonance, donc de façon intuitive, aux partisans

d'un ensemble plus complexe d'opérations mentales d'interprétations par analyse mentale à la source de l'intersubjectivité se poursuit aujourd'hui (21).

## 1.2. Les conceptions contemporaines

Au XX siècle, le concept poursuit son évolution dans plusieurs domaines.

D'une part en Allemagne, c'est au cœur de la réflexion phénoménologique instituée par E. Husserl, mathématicien allemand admirateur de R. Descartes qui fonde un nouveau courant de philosophie subjective qui a comme axiome l'ego transcendantal, qu'est repris et développé en philosophie l'Einfühlung.

E. Husserl qui travaille de façon détaillée sur l'intersubjectivité s'intéresse, dès 1905 à l'Einfühlung en tant qu'amorce ouvrant à toutes nos relations interpersonnelles et à la construction de soi dans ses échanges constituants avec autrui (22).

Son élève et assistante E. Stein dans sa thèse de doctorat sur l'empathie (23), intitulée « *Le problème de l'empathie (Einfühlung) dans son développement historique et d'un point de vue phénoménologique.* » a exploré en quoi consiste cette « *expérience des autres individus* ». De façon résumée, l'Einfühlung, pour elle, est cette « *espèce fondamentale d'actes - intérieurs - dans lesquels je saisis ce que l'autre est en train de vivre (...); c'est l'expérience de la conscience d'autrui.* » qui me permet de « *(...) me situer moi-même correctement dans le monde qui m'entourne.* » (23)

Egalement, elle conclut son travail en ouvrant sur la perspective que « *la perception de mon propre sentiment et mon interprétation du sentiment de l'autre, la perception de mon je et de son tu, m'ouvre au sentiment d'appartenir à un nous, à une communauté.* » (23).

D'autre part, le concept d'« empathy » poursuit également son évolution aux Etats Unis, en passant du domaine de la philosophie au domaine de la psychologie et de la thérapie grâce au psychologue d'origine anglo saxonne E. Titchener puis au psychothérapeute C. Rogers (24).

En effet, E. Titchener d'abord qui a pris connaissance des travaux de T. Lipps, parle de « *sympathy* » pour désigner la « *projection* » à la base du sentiment esthétique mais traduit

le terme « *Einfuhlung* » par « *empathy* » en 1909. Pour lui « *L'empathie (un mot formé par analogie avec sympathie) est le nom donné au processus d'humanisation des objets qui consiste à nous lire ou à nous sentir nous-mêmes à l'intérieur d'eux.* », ce mot provenant par racine du grec ancien « *empathēia* » signifiant la passion.

Puis au lendemain de la seconde guerre mondiale, le psychothérapeute américain C. Rogers ensuite, qui travaille sur la relation d'aide, présente l'empathie comme un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet, tout en restant conscient d'être une personne séparée de ce dernier, de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent en lui.

Pour lui, l'empathie permet au thérapeute d'« *entrer dans le référentiel de l'autre sans s'y perdre.* ».

En fait, selon Dahmen (25), l'empathie est reprise tour à tour par plusieurs auteurs dans différents domaines de la psychologie et, après être avoir initialement compris par T. Lipps comme un concept relevant de l'émotion et du vécu intuitif d'autrui, est connoté comme un processus uniquement cognitif pour les auteurs tels que D. B. Koehler en 1929 ; J. Piaget en 1932 et G. H. Mead en 1934, ou comme un processus seulement affectif pour des auteurs tels qu'E. Stotland en 1969 et C.D. Batson en 1991.

Le concept évolue à une telle vitesse qu'en 1984, C. L. Reed constate qu'il est devenu difficile aux chercheurs d'acquérir une définition consensuelle du terme désormais ambigu et controversé d'empathie.

« *Il est bien difficile de conceptualiser quelque chose qui a été tour à tour décrit comme une connaissance inductive, un processus inférentiel, un type précis de communication, une méthode d'observation, une aptitude, une capacité imitative, une émotion vicariante, une forme de contagion émotionnelle, un procédé de collecte de données, une façon de traiter l'information, une aptitude, un moyen de comprendre* » (24).

Cependant, selon Dahmen, quelques chercheurs ont su choisir d'intégrer les deux processus émotionnels et cognitifs dans leur définition de l'empathie tel que S. Feshbach (25) en 1975 qui fut un des premiers à le faire. Il propose alors un modèle en trois composantes :

- d'une part l'habileté à se différencier des autres,
- d'autre part la capacité à comprendre la perspective de l'autre,
- enfin, la capacité émotionnelle pour pouvoir répondre.

Les deux premières composantes sont donc plutôt cognitives, et la troisième est affective.

Dans son modèle, l'empathie serait donc à la fois une capacité de comprendre et de ressentir, tout en se différenciant. Or cette conception de l'empathie est toujours d'actualité et en concordance avec nos connaissances puisqu'en 2002, J. Décéty suggère que l'empathie repose sur les deux composantes majeures suivantes (26) :

- une disposition innée inconsciente à ressentir qu'autrui est « comme nous »
- une capacité consciente à nous mettre à la place d'une autre personne.

Ainsi, comme l'indiquent plusieurs auteurs tels que P. Ruby et J. Decety en 2004 et l'équipe de G. Hynes en 2006 cet état mental complexe vécu n'est pas un simple phénomène de résonance émotionnel mais un phénomène dépendant de l'interaction de processus multiples, à la fois perceptifs, cognitifs, motivationnels et mnésiques (27).

En fait, ce sont surtout les doubles progrès conjoints de la compréhension de l'empathie dans le domaine de la psychologie du développement de l'enfant et des neurosciences qui ont permis au concept d'empathie d'avancer, d'évoluer, de connaître un regain d'essor à partir des années 90 et d'offrir de nouvelles perspectives.

### **1.3. L'actualité en neurosciences**

Dans ce domaine aujourd'hui, les techniques les plus perfectionnées d'imagerie fonctionnelle et d'électrophysiologie se rendent disponibles aux chercheurs et scientifiques

travaillant sur cette capacité de « lire » ou se représenter les expériences émotionnelles des autres, sans confusion avec soi-même, qu'on appelle empathie.

En effet, dans l'espoir de soigner un jour les maladies mentales ou neurologiques avec troubles de l'empathie, les neuroscientifiques tentent de percer les secrets de la cartographie des zones du cerveau utiles à la pratique de l'empathie et les rouages de leur fonctionnement dans le cerveau, en liaison avec le corps. Les neurosciences ont ainsi déjà pu apporter plusieurs éléments de compréhension de l'empathie :

- Il s'agit d'abord de la découverte majeure, au moyen de l'IRM, de « neurones miroirs » en 1996 et par l'équipe de G. Rizzolatti chez les primates puis, en 2010, chez l'homme. Ce sont des neurones sensori-moteurs activés par l'imagination ou la stimulation visuelle d'une action réalisée ou d'émotion vécue par autrui, ce qui nous permet de comprendre comment nous pouvons entrer en résonance avec les autres membres de notre espèce de façon automatique et très précoce. Le scientifique V. Gallese, co découvreur de ces neurones miroirs, explique que « l'observation de l'action constitue une forme de simulation intégrée de l'action. Celle-ci, cependant, est différente des processus de simulation survenant durant l'imagerie motrice. La différence principale est ce qui déclenche le processus de simulation : un évènement interne - un acte délibéré de volonté - dans le cas de l'imagerie motrice, et un évènement externe, dans le cas de l'observation de l'action. Cette différence mène à des schémas d'activation du cerveau légèrement différents et ne se chevauchant pas » (28).

- L'empathie comprenant la notion importante de non confusion des émotions d'autrui avec les siennes propres, la découverte des neurones VENS, décrits initialement en 1926 et appelés à cette époque « neurones associatifs », pourrait contribuer à l'émergence de la conscience de soi, et être donc d'une importance scientifique majeure (29). En effet, au delà du système de partage de représentations ou d'expériences d'autrui, l'empathie suppose aussi un mécanisme de distinction entre soi et l'autre qui soit chargé de l'attribution à soi ou à autrui des émotions partagées (30).

- Il s'agit enfin de l'essor actuel de la cartographie des zones neuroanatomiques du cerveau permettant la réalisation d'inférences sur les états mentaux d'autrui. Cette cartographie a commencé d'avancer grâce aux progrès continus de l'imagerie cérébrale fonctionnelle et par des études audacieuses car elles ont été menées chez des patients



porteurs de pathologies psychiatriques (comme l'autisme ou la schizophrénie) ou des patients cérébrolésés (comme les Traumatisés Crâniens Graves, les patients porteurs de la Maladie de Huntington) (27 et 31).

Ainsi, grâce à l'IRM structurelle, des études spécifiques chez des patients cérébro lésés, on pu récemment associer des déficits d'empathie cognitive à des lésions ventromédiales ou des déficits d'empathie émotionnelle à des lésions du gyrus frontal antérieur (31).

Mais également, par l'IRM fonctionnelle, des études chez des adolescents présentant des troubles des conduites et montrant des tendances psychopathiques ont pu déterminer récemment que, face à la douleur d'autrui, ces patients activent le même réseau cérébral que des patients contrôles mais présentent une connectivité fonctionnelle différente qui déclenche chez eux une plus forte réponse dans l'amygdale et le striatum ventral, régions impliqués dans le plaisir et la récompense, dont l'activité, en outre, est positivement corrélée avec leur score de comportement sadique. Cela sans aucune modulation en provenance du cortex pré-frontal, contrairement aux sujets contrôles dont l'activité du cortex pré frontal dorso-latéral et cingulaire antérieur covarie négativement avec l'activité dans l'amygdale (31).

Ainsi peut-on espérer que le progrès scientifique continue d'avancer à grande vitesse afin de découvrir les bases physiologiques encore peu élucidées de notre fonctionnement mental, et afin de garder l'espoir de parvenir à soigner les maladies psychiatriques ou neurologiques avec troubles de l'empathie.

## 2. L'empathie dans la pratique des soins

### 2.1. L'évolution du concept

#### 2.1.1. Différents domaines d'évolution

##### 2.1.1.1. Les travaux du psychothérapeute Carl Rogers

Eminent psychothérapeute américain, C. Rogers (1902 - 1987) va choisir de rompre avec la conception de la thérapie répandue à son époque, qui voulait que le patient ait besoin du spécialiste pour décider de la manière de résoudre ses problèmes (32).

En effet, il va privilégier la recherche de la bonne attitude à celle de la technique dans sa relation de soins avec son patient et va adopter avec ses patients une attitude non directive. Pour lui, son rôle de thérapeute n'est pas celui d'un expert qui décide de la façon dont doit être résolu le problème de son patient mais plutôt celui d'un « aidant » qui va permettre au patient de libérer son propre potentiel pour résoudre lui même ses problèmes personnels. C. Rogers préfère d'ailleurs parler de « client » plutôt que de « patient » et va développer toute une psychothérapie d'accompagnement centré sur la personne.

C'est en 1957 qu'il décide d'exposer l'essentiel de ses idées en matière de psychothérapie dans un article intitulé *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change* : pour lui, six conditions sont nécessaires à la relation de soins (33) :

1. Une relation entre deux personnes
2. Une absence de congruence de la première personne, appelée le client, qui est vulnérable et anxieuse.
3. L'authenticité ou la sincérité du thérapeute, nommée congruence. « Le thérapeute doit bien vivre sa relation avec le patient et y être parfaitement intégré. »
4. La considération positive inconditionnelle du thérapeute pour son client. « Le thérapeute doit faire preuve d'un respect inconditionnel à l'égard du client. »
5. L'empathie du thérapeute.
6. La communication au client de sa compréhension empathique et de sa considération positive inconditionnelle.

Selon C. Rogers, les troisième, quatrième et cinquième conditions nécessaires sont des conditions « essentielles ». Or la troisième condition essentielle est que le « *thérapeute doit faire preuve de compréhension empathique à l'égard du système interne de référence de son client, c'est à dire une compréhension avec la personne et non avec le sujet, et s'efforcer de lui communiquer ce sentiment* ». C. Rogers précise qu'il s'agit de « Ressentir l'univers particulier du client comme si c'était le sien propre, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le « comme si », c'est cela l'empathie, et elle semble indispensable à la thérapie ».

Travaillant donc sur le concept d'empathie dans la relation de soins, « l'approche Rogérienne » centrée sur la personne est tout à fait innovante et novatrice à son époque puisqu'elle se base sur une confiance fondamentale du soignant dans l'homme. Plaçant la relation au cœur du processus soignant, le thérapeute devient un accompagnateur empathique du patient en choisissant de lui manifester sa considération positive et de respecter sa liberté et sa dignité alors même qu'il pénètre son univers psychique.

#### **2.1.1.2. L'évolution du concept en psychanalyse (34)**

Aux origines de l'évolution de l'empathie en psychanalyse, un pionnier T. Reik, secrétaire de la Société Psychanalytique de Vienne jusqu'en 1928, et proche et contemporain de S. Freud, développa dans ses travaux le concept de **tact** dans la relation psychothérapique. Ce concept fut en fait élaboré plus tôt par S. Ferenczi, membre de la Société Psychanalytique Hongroise, pour désigner la faculté de « **sentir avec** », ce qui traduisait donc en quelque sorte dans la pratique psychanalytique la façon de pratiquer l'« *Einfühlung* ». Cependant les travaux de S. Ferenczi, critiqués par S. Freud, ne furent poursuivis que plus tard grâce aux psychanalystes du « Middle group » s'intéressant aux mécanismes de la relation thérapeutique entre analyste et analysé.

S. Freud explique en 1921, dans son ouvrage *Psychologie des Masses et analyse du Moi*, que « *Partant de l'identification, une voie mène, par l'imitation, à l'empathie, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui nous rend possible toute prise de position à l'égard d'une autre vie d'âme. Même dans les manifestations d'une identification existante, il y a encore beaucoup à élucider. Elle a entre autres comme conséquence, qu'on restreint l'agression contre la personne avec laquelle on s'est identifié, qu'on la ménage et qu'on lui apporte son aide* ». Cependant, comme le souligne J. Décéty en 2002 (26), S. Freud a, de

façon étonnante, peu utilisé ce concept.

Parmi les psychanalystes du « Middle group », et au sein de la Société Psychanalytique londonienne, M. Balint, considère que le médecin lui-même est peut-être pour le malade le meilleur médicament que ce dernier se prescrit lui-même. M. Balint estime indispensable pour un médecin de se former à la relation avec autrui afin de savoir disposer de « **tact** » à l'égard de ses patients de façon mesurée. Nous verrons ultérieurement que le mécanisme essentiel pour lui de l'empathie est l'identification partielle et temporaire au patient afin de comprendre et partager la qualité des émotions du patient.

Quant aux avancements outre Atlantique, il faut citer ceux d'abord de Greenson, à la même époque que C. Rogers. Il développe l'intérêt de se mettre à la place de son patient pour bien le comprendre. Or ce mécanisme empathique qui consiste à se mettre dans l'état d'esprit du patient est tout à fait inverse au mécanisme de contre transfert habituellement pratiqué par les psychanalystes observant la façon dont l'esprit de leur patient va influencer/faire réagir le leur. Il faut ensuite citer H. Kohut pour qui un thérapeute doit permettre au patient d'obtenir un « éveil à soi » grâce à une attitude toute particulière empreinte de **réceptivité** et d'**empathie** que l'analyste adopte pour recueillir et traiter les données de son patient, sans s'exclure de la sphère relationnelle. C'est ce qu'il nommera l'expérience d'« **introspection vicariante** » qui permet au thérapeute de saisir la perspective de son patient au cours du transfert.

### **2.1.1.3. Le Docteur M. Balint, un pionnier pour les soins médicaux**

Fils de médecin généraliste hongrois, le Docteur M. Balint (1896 - 1970), devenu psychiatre et psychanalyste, a lui-même exercé à Londres. Il s'intéressa particulièrement à la relation thérapeutique au cœur de la pratique du médecin généraliste, étant convaincu que «Le patient peut ressortir d'une consultation médicale avec un résultat psychologique peu relié à la prescription de médicaments mise en poche» puisque «Le médicament le plus fréquent utilisé en médecine, c'est le médecin lui-même». En effet, considérant la psychothérapie comme indispensable puisque l'exercice médical est « le métier de comprendre autrui », il développa une recherche avec les médecins généralistes. Ainsi dans ses techniques psychothérapeutiques, il développe la notion de bonne implication personnelle (35, p209), c'est à dire psychothérapeutique et observe l'habileté talentueuse du praticien qui « retourne aussitôt que possible au rivage de la sécurité » après une

plongée, parfois jusqu'à des niveaux de profondeur assez surprenants, dans la recherche de la découverte des racines psychologiques de la conduite de ses patients (35, p251). Toutes les techniques psychothérapeutiques qu'il va développer sont fondées sur la compréhension du patient non seulement sur le plan intellectuel mais surtout sur le plan émotionnel. Ses méthodes enseignées visent à agir en vue du bien du patient et avec celui-ci, ce qu'il appelle « La Compagnie d'Investissement Mutuel » (35, p265). Celles-ci se poursuivent aujourd'hui et s'appliquent au sein de groupes de pairs appelés « Groupes Balint ».

Ainsi, parmi les techniques psychothérapiques qu'il développe, la place de l'identification grâce à l'écoute est très marquée (35, p132). En effet, il note (35, p147) que l'entretien prolongé fait d'écoute, par une approche objective et sympathisante, permet d'apporter « un nouveau matériel et surtout un matériel qui s'accompagne d'émotions sincères et intenses ». Pour lui, l'identification est donc à la base de toute « compréhension émotionnelle ». Si l'identification requiert un certain effort conscient, elle dépend bien d'avantage d'une bonne volonté et sans doute d'un désir de comprendre, d'une capacité de sympathie avec la personne observée. Pour s'identifier, l'observateur doit être si bien accordé au sujet que, pendant quelques temps, voire quelques instants seulement, il puisse éprouver le sentiment d'être lui même la personne observée, de telle sorte que pendant les moments où il s'identifie, il puisse ressentir ce que signifie « être l'autre personne ». Ainsi, l'observateur et l'observé font une expérience mutuelle.

Cependant, M. Balint a bien conscience que lorsqu'un observateur s'est identifié à quelqu'un, il lui devient difficile de rester objectif. Ainsi, explique-t-il, toutes les formes de psychothérapie exigent cet effort biphasé : le psychothérapeute doit d'abord s'identifier puis abandonner cette identification et redevenir un homme de métier, avec objectivité. Finalement, explique M. Balint, la compréhension par un professionnel occupe une position intermédiaire entre compréhension intellectuelle et compréhension émotionnelle.

Egalement, M. Balint a déjà conscience des risques de l'épuisement et fait part de ses observations dans son livre. « De même qu'il est très difficile d'opérer avec un bistouri émoussé, d'obtenir des radiographies précises avec un appareil défectueux, d'entendre clairement avec un stéthoscope hors d'usage, de même le médecin ne pourra pas écouter comme il faut s'il n'est pas en bonne forme. » (35, p.299).

### 2.1.2 La définition actuelle de l'empathie clinique

Dès 1992, Janice Morse au terme d'une revue complète de la littérature expose les quatre dimensions clés selon lesquelles l'empathie clinique est le plus souvent présentée par les différents auteurs qui s'y intéressent. Ainsi repère-t-elle que l'empathie possède une composante non seulement affective mais également cognitive, comportementale et morale (36).

L'**empathie affective** serait la capacité d'éprouver subjectivement et de partager l'état psychologique de l'autre ou ses sentiments intrinsèques, tandis que l'**empathie cognitive** correspondrait à la capacité intellectuelle d'identifier et comprendre les sentiments et le point de vue d'une autre personne à partir de son expérience propre. L'**empathie comportementale** serait la possibilité de rendre compte et de transmettre au patient la compréhension obtenue de la perspective et des préoccupations de ce dernier. Enfin, l'**empathie morale** serait la force interne altruiste qui motive notre pratique de l'empathie.

Cette compréhension a eu un certain succès puisqu'en 2002, dans la continuité de pensée de J. Morse, les auteurs S. W. Mercer et W. J. Reynolds (37) vont proposer la définition de l'empathie clinique la plus retenue aujourd'hui et sur laquelle s'accordent désormais la plupart des chercheurs. Pour eux, *l'empathie clinique est un concept complexe et multidimensionnel qui implique d'abord une capacité à ressentir les émotions du patient (c'est l'empathie émotionnelle), à comprendre sa situation, son point de vue, ses sentiments ainsi que leurs significations (c'est l'empathie cognitive); mais aussi la capacité de transmettre cette compréhension et d'en vérifier l'exactitude et la capacité d'agir avec le patient sur cette compréhension d'une manière utile, c'est à dire thérapeutique (c'est l'empathie comportementale), enfin la force altruiste qui nous pousse à le faire (c'est l'empathie morale).*

## 2.2. Conséquences de l'empathie

### 2.2.1. Des effets spécifiques positifs pour le patient

Non seulement, comme l'indique A.S. Gurman dès 1977 cité en 2000 par J. Cape (38), puis Wensing, 21 ans plus tard au terme d'une revue de la littérature (39), et comme le rappelle l'équipe de P. Vedsted en 2008 (40), l'empathie est très attendue par les patients en

soins primaires chez leurs médecins généralistes, et l'empathie favorise grandement la perception de bonnes relations médecin-patient (37) ; (41).

Mais également, de nombreux effets thérapeutiques spécifiques de l'empathie sont aujourd'hui reconnus, qui ont été mis en évidence à travers plusieurs études récentes :

- Les patients confient d'avantage leurs symptômes et leurs préoccupations (42), et l'anamnèse des médecins s'en trouve améliorée (43).

- La précision du diagnostic et du pronostic des médecins est augmentée comme le rappelle M. Hojat (44) en citant les travaux d'A.J. Barsky en 1981 et C. Dubnicki en 1977. Ainsi récemment, F. Home a observé que l'empathie retentit sur le nombre des tests diagnostics et des avis de spécialistes qui sont réduits (43).

- L'information délivrée aux patients est plus ciblée et spécifique de leur maladie (45).

- L'investissement est meilleur comme le rappelle M. Neumann en citant les tous premiers travaux de R.W. Squier (42). Plus particulièrement dans les maladies chroniques, la compliance et la satisfaction des patients sont plus grandes (46).

- La participation des patient et l'éducation thérapeutique est améliorée (42).

- Dans des maladies telles que les cancers, la détresse émotionnelle des patients est réduite et leur qualité de vie est augmentée (47).

- L'amélioration de paramètres cliniques (48) ou biologiques (44) a été montrée dans de nombreuses situations : chez les patients atteints de rhinopharyngite (49), l'empathie du médecin est un facteur prédictif significatif de la durée et de la sévérité clinique de la maladie, et elle est associée à une modification du système de défense immunitaire via les IL-8. Egalement d'autres bénéfices physiologiques ont été montrés : la durée des séjours hospitaliers post opératoires est réduite, les crises d'asthmes sont moins nombreuses, la réponse au placebo est meilleure (50). Plus particulièrement chez les patients atteints de maladie chronique tel que le diabète (44), plusieurs études ont montré une association entre une pratique médicale empathique et de bons résultats cliniques objectifs.

Ainsi l'empathie, quand elle est employée, permet à tout soignant de choisir un suivi et une thérapeutique bien adaptée au patient.

### **2.2.2. Un postulat d'effets négatifs pour le patient**

En discussion du risque d'augmentation d'erreurs rapportés chez des étudiants en médecine, par une baisse de l'empathie et un état de burnout, signalé dans l'étude de West (2006), E. Galam (51, page 142), fait remarquer que cette étude d'observation a ses propres limites. En particulier, elle ne permet pas de tirer de conclusion sur le sens des liens entre burnout ou perte d'empathie et perception des erreurs médicales ou rapport de telles erreurs. Ainsi d'autres études devraient être menées pour mieux comprendre le sens réel de ces relations observées et pour vérifier notamment si un médecin empathique n'aurait pas, quant à lui, « une moins bonne perception de ses erreurs ou une moindre tendance à les rapporter qu'à les commettre ».

Cette hypothèse serait tout à fait confortée par d'autres scientifiques, en particulier O.S. Haque (52) qui souligne que des médecins empathiques laissant leurs émotions déborder sur leur réflexion scientifique pourraient avoir une évaluation clinique plus imprécise les conduisant à un mauvais jugement médical.

### **2.2.3. Des effets spécifiques positifs pour le médecin**

Une enquête américaine du psychologue Robin Dawes sur la psychothérapie, rapportée par J. Décéty en 2002 (26) montre que les thérapeutes empathiques sont les plus efficaces, indépendamment du type de thérapie, de la formation du thérapeute ou de la durée des séances.

Il semble aussi que l'empathie permet au médecin de diminuer les litiges (53) et de mieux les gérer. En situations conflictuelles ou face à des patients « difficiles » (refus de soin, demandes répétées injustifiées, agressivité...), l'usage de l'empathie est une aide qui peut permettre de réduire chez le médecin sa colère et sa frustration, ce qui lui offre la possibilité de prendre le recul nécessaire à la poursuite d'une relation de qualité avec son patient.

Enfin, M. Neumann et son équipe en 2009 (42), réalisant une synthèse des connaissances actuelles sur les effets positifs d'une communication empathique dans la rencontre clinique d'un médecin avec son patient, ont conçu un modèle détaillant ces effets thérapeutiques et leurs associations mutuelles qui est instructif sur la manière dont l'empathie dans la communication permet d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient.



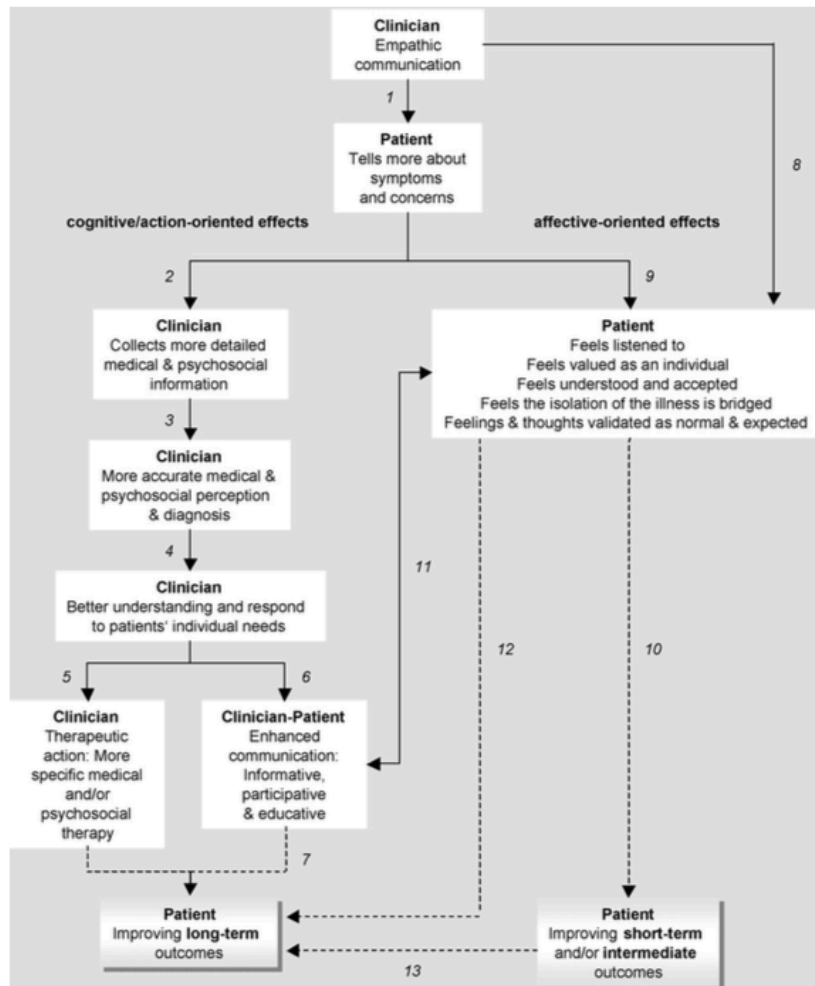


Figure 1. Effect model of empathic communication in the clinical encounter [85]. Note: —>, based on empirical and theoretical considerations; - ->, hypothesised relationship.

Figure 1 : modèle des effets d'une communication empathique sur la relation clinique ; extraite de l'article de M. Neumann (42).

#### 2.2.4. Les effets négatifs pour le médecin : l'usure de compassion.

Comme certains auteurs canadiens l'indiquent (54), l'empathie entraîne une exposition continue du médecin au désarroi et à la douleur d'autrui.

Ainsi, selon l'étude de J. Décéty (55), rapportée par ces mêmes auteurs Canadiens, l'empathie peut être considérée comme une épée à double tranchant, facilitant les soins et la compassion mais rendant en même temps le médecin vulnérable.

Selon les suggestions du travail de S. Lelorain et son équipe (56), l'empathie émotionnelle pourrait, en fait, être bénéfique pour le bien-être et les compétences cliniques du médecin jusqu'à un certain stade puis néfaste au-dessus de ce stade.

## **2.3. L'évaluation chez les internes : l'observation d'une réduction ?**

### **2.3.1. La situation internationale**

Dans le domaine de la recherche et de l'évaluation de l'aptitude empathique des internes, les résultats des études menées peuvent être contradictoires en raison d'un double problème concernant, d'une part un manque de clarté sur une définition consensuelle de l'empathie clinique, d'autre part l'absence d'un instrument de mesure opérationnel (57).

Aujourd'hui on considère que deux échelles pourraient prendre à l'avenir une place importante (58). D'abord l'échelle d'auto-évaluation JSPE-S (Jefferson Scale of Physician Empathy – for students) développée par M. Hojat en 2000 aux Etats Unis puis validée en France dans une version française par F. Zenasni et son équipe. Ensuite l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy measure) d'hétéro-évaluation du médecin par son patient, façon ultime de décider si un soignant a su se comporter de façon visiblement empathique.

Cependant dans la littérature, c'est en s'appuyant sur l'échelle IRI (Interpersonnal Reactivity Index) et la JSPE que les études d'auto-évaluation de l'empathie chez des internes ont été menées.

Ainsi en 2011, M. Neumann et son équipe (59) réalisent une méta-analyse reprenant toutes les études analysant l'évolution de l'empathie chez les étudiants de médecine. Parmi 18 études retenues : 11 concernent des externes et 7 des internes de médecine, toutes spécialités confondues.

- Aucune étude ne présente d'élévation de l'empathie, 15 d'entre elles montrent un déclin significatif, tandis que 3 retrouvent une stabilité ou un déclin non significatif.

- Sur les sept études concernant les internes, une seule utilisait la JSPE et montrait une réduction non significative de l'empathie entre la première et la troisième année d'étude tandis que les six autres, utilisant l'IRI, montraient une baisse ou une stabilité de l'empathie de façon significative, et jamais une augmentation.

Les auteurs ont donc conclu à une baisse de l'empathie pendant l'internat.

En fait, comme les résultats de la récente étude japonaise de M. Aomatsu (60) l'indiquent, les internes semblent apprendre, pendant leurs études, à doser leur empathie émotionnelle au profit de leur empathie cognitive, pour ne pas être émotionnellement

submergés.

De ce fait, non seulement cette évolution ne paraît pas délétère au patient, mais pourrait être tout à fait bénéfique. En effet, l'interne apprend à ne pas perdre son énergie dans l'émotion par compassion mais l'utilise pour sa compréhension du patient (l'empathie cognitive) et la place au service de la recherche de solution (empathie comportementale), donc dans ce cas au service de la thérapeutique.

### 2.3.2. La situation nationale

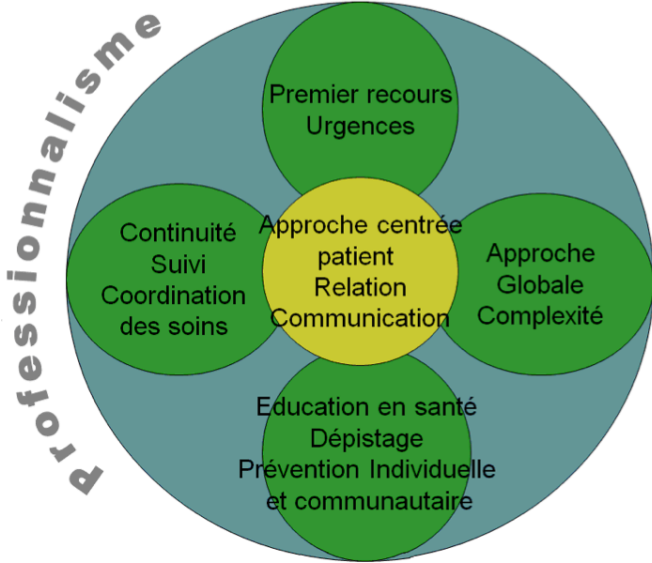
Si des chercheurs comme J. Decety et son équipe (55) ont su montrer des changements dans les circuits neuronaux de l'empathie en cours de carrière chez les médecins, la situation chez les internes de médecine générale reste à établir.

En 2010, une enquête auprès de 65 internes de médecine générale en Poitou-Charentes sur leurs représentations de la médecine générale (61) présente que, selon eux, les qualités que doit présenter un médecin généraliste sont d'être à l'écoute, d'être empathique et d'être humain. Par ailleurs, 10 des 11 fonctions du médecin généraliste telles qu'elles sont décrites en 2002 par la WONCA-Europe (*World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians*) sont retrouvées. Seules les interventions en terme de santé publique ne sont pas évoquées et l'auteur conclut que les représentations sociales de la médecine générale apparaissent peu déformées.

Or ces résultats sont très encourageants puisque, selon Balint, cette vision que les internes ont du médecin qu'ils vont devenir, associée à leur représentation de ce qu'est un malade, est le reflet de leur acquisition de ce qu'il nomme « **la fonction apostolique du médecin** » (35).

En fait ces 11 fonctions du médecin généraliste présentées par la WONCA en 2002 (62) ont été parfaitement intégrées à l'enseignement de la médecine générale en France au sein de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) qui a pris de l'ampleur à partir de 2004 avec la création du DES de Médecine Générale dont l'enseignement des rôles et fonctions du médecin généraliste est soutenu par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Or ce dernier a placé la relation médecin-patient au cœur de l'enseignement des compétences à acquérir au cours du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Ainsi les compétences principales de la spécialité ont été mises en forme dans le schéma

suivant appelé **marguerite des compétences** :



## B. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DU SOIGNANT (SEPS) OU « BURNOUT »

### 1. Définition

#### 1.1. L'histoire d'un concept et de la définition d'un syndrome

Même si le burnout est une expression qui s'est ensuite étendue par extension à d'autres professions, c'est chez les soignants que ce syndrome a d'abord été décrit, et le concept défini.

Apparu récemment dans la nosographie, le concept d'Épuisement Professionnel du Soignant est né progressivement en France d'un constat récurrent de plusieurs psychiatres du travail ayant observé un phénomène de malaise au travail étroitement lié à la fatigue professionnelle (63).

Ainsi en 1959, le Dr C.L. Weil, psychiatre, décrit ainsi ses observations : « L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives (...) », dans un article du Concours médical qu'il intitule « *Primum non nocere* » (64).

Cependant, ce sont les psychiatres américains, notamment le Dr H. Freudenberger dans les années 70, qui permettent au concept nouveau de « **burnout syndrom** » d'émerger. En effet s'il s'agit d'une expression qui s'est ensuite étendue par extension à d'autres professions, c'est chez les soignants et en particulier les infirmiers de la free clinic pour toxicomanes du Dr Freudenberger, un établissement de soins privé à but non lucratif fonctionnant avec de jeunes bénévoles dans le Lower East Side de New York, que ce syndrome est d'abord décrit puis défini. Pour lui le concept de « Burnout » renvoie à l'idée d'un trouble progressivement acquis par les personnes engagées dans une **relation d'aide** dont « les ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action de flammes (...) ». Il s'agit d'une « maladie du battant », frappant tout particulièrement l'individu engagé et dévoué à une cause. Ainsi explique-t-il « c'est précisément parce que nous sommes consacrés à notre tâche que nous tombons dans le piège du craquage. » (65).

Un travail international secondaire de délimitation des contours du concept de « Burnout » est entrepris. Entre 1974 et 1989, plus de 2500 articles paraissent dans la

littérature scientifique sur le sujet (66). En particulier, C. Maslach et son équipe élaborent une échelle de mesure, la « Maslach Burnout Inventory » (MBI) s'adressant aux travailleurs engagés dans la relation d'aide, afin d'en préciser la définition alors qu'il en existait déjà pas moins de 48 dès 1982. Ainsi, l'épuisement professionnel du soignant est progressivement reconnu par les scientifiques comme un syndrome authentique, ne pouvant se superposer à aucun diagnostic psychiatrique tel que la dépression, ni à aucune notion telle que la fatigue ou même celle d'épuisement dû au stress. Bien au contraire, il est établi, par le travail de C. Maslach et S. E. Jackson, que ce syndrome repose sur le trépied original et spécifique des phénomènes suivants :

- l'épuisement émotionnel,
- la déshumanisation de la relation interpersonnelle qui conduit le soignant à un état de désengagement et de dépersonnalisation des sujets qu'il a en charge,
- la diminution de l'accomplissement personnel qui naît d'un sentiment d'incompétence.

Cependant si le terme de « **Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants** » (SEPS), qui repose sur ce trépied, s'est imposé aujourd'hui en France, une définition plus large fait état d'un « état d'épuisement physique, émotionnel et mental dû à une exposition prolongée à des situations émotionnellement stressantes » (67).

L'expression d' « **Usure au travail** » est également employée pour mettre l'accent sur la progressivité d'apparition du syndrome. Comme l'indique en effet M. Delbrouck (68), le SEPS, selon lui et pour certains auteurs, se développe habituellement en quatre étapes successives que sont :

- d'abord un état initial favorisant d' « *enthousiasme idéaliste* » qui s'accompagne d'une « *sur-identification* » au patient,
- suivi cependant d'une phase ingrate de « *stagnation* » de l'activité lorsque le travail n'apparaît plus aussi intéressant.
- cette stagnation provoque alors un sentiment de « *frustration* » qui amène le sujet à s'interroger sur son efficacité,
- et aboutit par sa chronicisation à un état d'« *apathie* ».

En fait, selon les mots d'H. Dagrada (69), « *Il semble établi que sans stress préalable, le burnout n'existerait pas.* ». Or le mot le plus célèbre retenu est le terme japonais

« **Karoshi** » qui signifie « mort par fatigue au travail » correspondant au stade ultime du burnout, jamais décrit en France mais concernant des milliers de japonais, de mort par destruction des glandes surrénales qui sécrètent les hormones de stress.

## 1.2. Description du trépied du SEPS

### 1.2.1. L'épuisement émotionnel

Il s'agit, pour la plupart des auteurs, de la composante clé du syndrome qui, bien souvent, apparaît la première, enclenchant ensuite le processus de burnout et les deux autres signes de dépersonnalisation et de perte d'accomplissement personnel, conjointement ou successivement.

L'épuisement est autant physique que psychique et se manifeste lorsque le médecin a le sentiment d'être « vidé nerveusement » et ne peut plus entrer en contact émotionnel adéquat avec son patient (65). Bien qu'ayant été enthousiastes et ayant initialement accompli leur travail avec entrain, ils en sont désormais épuisés, manquent d'énergie et sont en carence de toute motivation pour atteindre leur idéal professionnel. Ces médecins vont alors progressivement développer face à leurs patients trois types de manifestations comportementales que l'on décrit habituellement face à un danger (69) : ce sont **l'irritabilité** (« fight ») avec la possibilité de sautes d'humeur pouvant mener à de véritables crises de colère ou de larmes, **l'inattention** (flight) par défaut de concentration, ou **la désaffection** (« freeze ») notée par une froideur apparente liée à l'incapacité d'exprimer toute émotion.

A l'extrême certains médecins adoptent de véritables comportements de contrôle de leurs émotions et développent parfois une telle distanciation vis à vis de leur patient qu'ils n'expriment plus d'émotions face aux problèmes. Il s'agit alors de ce que les auteurs américains appellent le « **John Wayne Syndrom** » (68).

Ces médecins, sous de fausses apparences, sont en réalité fatigués et ne parviennent plus à se reposer, même en vacances (69). La seconde dimension du burnout va donc pouvoir survenir à son tour.

### **1.2.2. La déshumanisation de la relation à l'autre**

La déshumanisation de la relation à l'autre peut être considérée comme un mécanisme d'adaptation du médecin, développé de façon inconsciente pour se protéger face à l'épuisement de ses propres ressources internes. Le médecin perd alors la considération du malade comme une personne en soi pour s'occuper de l'organe malade du patient qu'il réduit à l'état d'objet (69).

Certains auteurs, dont M. Delbrouck (68), parlent d'une dépersonnalisation pour décrire cette seconde phase d'abstraction de la personnalité des patients : « puisque les émotions me débordent, mettons-les de côté ».

Ce terme, emprunté à la sémiologie psychiatrique, définit un trouble de conscience au cours duquel l'individu se désengage dans sa relation avec ses patients, et, se sentant comme irréel, se tient à distance car il n'est plus capable de se mettre à sa propre place. Il éprouve en fait alors une difficile impression de transformation de sa personnalité précisément empreinte de froideur et désinvestit des contacts interpersonnels, parfois même une impression de modification corporelle.

Il faut en fait comprendre la dépersonnalisation au cours d'un burnout comme un état au cours duquel le médecin, épuisé émotionnellement, perd sa capacité de ressentir avec empathie les rencontres avec ses patients, c'est à dire qu'il ne peut plus se mettre à leur place pour ressentir leurs émotions « comme si ». Ainsi, oubliant peu à peu l'humain, il se détache de plus en plus et développe progressivement un discours de toute puissance pour décrire son malade, ainsi qu'une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme (69).

### **1.2.3. La perte d'accomplissement personnel**

Considéré par la plupart des auteurs comme une conséquence des deux autres dimensions, celle ci peut s'installer insidieusement lorsque le sujet se met à douter de sa propre efficacité et de ses capacités à aller vers l'autre et répondre aux attentes du patient. Cette situation dans laquelle le médecin a le sentiment de ne plus faire du bon travail (66) peut être vécue de façon douloureuse et peut s'accompagner d'une frustration au travail qui n'est plus un plaisir et perd son sens. Les conséquences peuvent être variées : marquées aussi bien par un désinvestissement du travail avec absentéisme motivé ou non, voire abandon du travail, au pire suicide qu'à contrario par un surinvestissement dans les activités



professionnelles se manifestant par un comportement dit de « présentisme », inefficace mais plus typiquement présent chez les cadres et médecins seniors. Manque de rigueur ou même, erreurs professionnelles apparaissent également à ce stade.

## 2. Les déterminants

### 2.1. Au niveau organisationnel et environnemental

Les six caractéristiques du travail suivantes ont été repérées très tôt par C. Maslach et S. Reiter comme pouvant déclencher un burnout (70) :

- le surmenage ou travail intensif
- le manque de reconnaissance, ce qui peut se traduire chez les médecins par une absence de possibilité de promotion par exemple.
- le manque de contrôle sur son activité de travail
- l'éclatement des collectifs et l'absence de soutien social
- l'absence d'équité et de justice
- le conflit éthique et de valeur

S'il n'y a pas de personnalité pré morbide particulière, il ne faut pas méconnaître les apports de la psychanalyse qui s'est toujours attachée à repérer les difficultés d'adaptation du soignant à son travail ou l'influence sur ce dernier d'un contact récurrent avec la mort, la maladie ou les drames (71). Ainsi le Dr Ruzniewski dans son travail parle, quant à elle, davantage de désarroi du soignant plutôt que de souffrance et analyse ses réactions comme des mécanismes de défenses de type mensonge, banalisation, esquive, fausse réassurance, rationalisation, fuite en avant, dérision, évitement, identification projective...

Il paraît donc pertinent de rechercher systématiquement, comme cause du mal être d'un soignant, le décalage entre son image du soin et la réalité quotidienne. Mais d'autres facteurs existent tels que l'idéalisation, ou le poids de la « vocation » (68).

Certains auteurs s'attachent aussi à rechercher l'influence des motivations inconscientes du choix de la profession tels que le besoin de se sentir indispensable à

quelqu'un, celui de se faire reconnaître, la tentation de régler certains conflits personnels ou la volonté d'emprise et de contrôle sur autrui (72).

En fait, il est particulièrement intéressant, lorsqu'on s'intéresse à la compréhension des nombreux facteurs aujourd'hui observés, de connaître d'abord le modèle « exigences du travail-ressources » d'E. Demerouti et al pour pouvoir examiner les différentes causes environnementales de burnout identifiées par les études (70). Pour elle et son équipe, chaque environnement de travail a ses propres spécificités mais cependant deux types de caractéristiques du travail sont toujours retrouvées : les demandes ou exigences d'une part et les ressources d'autre part.

Se basant sur le modèle du stress de C. Cherniss issu d'une analyse qualitative d'entretiens réalisés entre 1974 et 1976 chez 27 professionnels en première année d'exercice, E. Demerouti considère que l'épuisement professionnel se développe indépendamment du type de profession exercée lorsque les exigences professionnelles sont importantes et les ressources personnelles limitées. En effet, tandis que les exigences exercent une charge psychologique constante menant à court terme aux réactions de stress et à long terme à l'épuisement émotionnel, le manque ou l'absence de ressources conduisent aux sentiments de frustration et d'échec qui réduisent la motivation et l'engagement au travail.

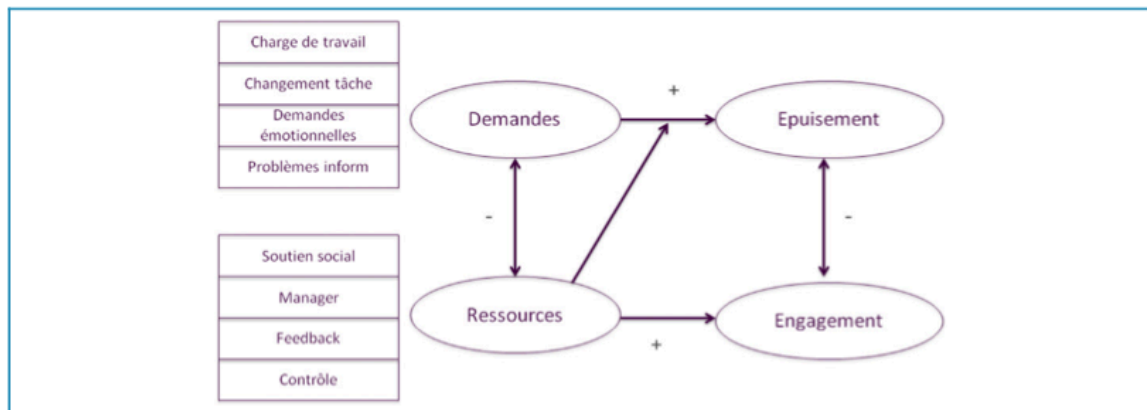


Fig. 1. Modèles exigences du travail – Ressources (Job demands – Resources).

**Figure 2 : Modèle de la relation entre les exigences du travail et les ressources personnelles ; extraite de l'article de J. Collange (70).**

**Pour les demandes, qui semblent correspondre aux exigences de Truchot**, dans les référentiels de facteurs de risque psychosociaux utilisés, il s'agit de ceux que l'on remarque par leur présence excessive ;

**Pour les ressources**, dans les référentiels de risque psychosociaux, il s'agit de ceux que l'on remarque par leur insuffisance, ou même leur absence

### **2.1.1. Le cas des soignants**

#### ***2.1.1.1. Les exigences augmentées (ce que l'on remarque par la présence)***

- Influence du contenu de l'activité :

Les variables concernées sont celles qui empêchent un contrôle par le soignant de son activité (65), notamment la surcharge de travail, le rythme des tâches à accomplir, la pression temporelle, l'imprévisibilité et la longueur des horaires, la standardisation des protocoles et la monotonie du travail...

Une enquête en Ile de France en 2006 auprès de 10 000 médecins libéraux révèle que la moitié d'entre eux se sentent menacés de burnout, or parmi eux 60% sont médecins généralistes. Les causes d'ordres professionnels sont les plus citées : excès de paperasserie, non reconnaissance de l'action du médecin, charge de travail, augmentation des contraintes collectives, longueur des journées, exigences des patients.

Ici sont en fait concernés tous les aspects du travail qui demandent des efforts et des capacités d'adaptation, autant physiques que psychologiques.

- Influence du mode de management sur la santé des employés

Dans l'étude de l'environnement de travail (65), on peut déplorer un nombre encore insuffisant de recherches et d'analyses des variables situées au niveau macro-organisationnel considérant la structure de l'institution, l'organisation hiérarchique, le mode de management par le stress ou non...

#### ***2.1.1.2. Les ressources réduites (ce que l'on remarque par l'absence)***

- Influence du contexte du travail

Les variables concernées sont celles dont le manque est préjudiciable au soignant en le privant d'un appui nécessaire comme le manque de clarté des rôles dans les équipes de travail, lié à une définition insuffisante ou contradictoire de ceux-ci, ou encore comme

l'isolement ou un manque de soutien social, ou l'absence de prédictibilité ou le manque de visibilité et de sécurité dans l'évolution professionnelle ou l'absence de sécurité relationnelle dans le travail, une situation de compétition ouverte ou cachée biaisant les relations et une absence de confiance et de reconnaissance de son milieu de travail (65).

- influence du contexte familial et plus généralement relationnel hors travail.

Les variables concernées sont celles dont le manque est préjudiciable au soignant en le privant d'un appui nécessaire comme les conflits à l'intérieur de la famille ou entre vie familiale et vie professionnelle (69), l'insécurité affective, l'insécurité personnelle ou familiale du fait de la vie professionnelle, l'insécurité affective et relationnelle en dehors du travail, le manque de temps pour la vie privée...

### ***2.1.1.3. La spécialisation en médecine générale***

Plusieurs éléments conduisant aujourd'hui les généralistes à perdre davantage leur maîtrise des situations et leur autonomie, sont reconnus dans plusieurs études (69 ; 73 ; 74) comme de véritables variables pouvant favoriser le burnout. Il s'agit d'une part d'une évolution de leur activité avec une augmentation des fréquences de prises en charge des problèmes sociaux dont découlent une augmentation du côtoiement et de la gestion de la précarité et de la délinquance, du sentiment d'insécurité et une exposition ponctuelle à de réels risques physiques. Il s'agit d'autre part du constat de réduction de leur activité par « le haut » (c'est à dire par les autres spécialités) et par « le bas » (c'est à dire par les urgences ou par les paramédicaux dont les compétences sont en extension). Il existe par ailleurs une interprétation par certains médecins de la féminisation de la profession comme une preuve de sa dévalorisation. Enfin, un sentiment d'être perçu comme des nantis de la société, en décalage complet avec leurs conditions de vie réelles, paraît inacceptable aux yeux des jeunes médecins.

### **2.1.2. Le cas des internes**

Les difficultés qui affectent particulièrement les internes (75) et peuvent les conduire à perdre leur maîtrise des situations et leur autonomie sont leur charge horaire de travail (gardes, astreintes de week-end), le temps qu'ils doivent trouver pour étudier, leur difficulté

pour accéder aux données scientifiques, leur difficulté à trouver le juste équilibre entre vie privée et professionnelle. La problématique des ressources financières est également un facteur à prendre en considération dans le cas des internes.

## **2.2. Au niveau inter individuel**

A ce niveau sont étudiées l'influence de relations déséquilibrées ou injustes, l'influence des conflits à type de harcèlement, d'agressions ou de violence, ainsi que l'influence du soutien social ou de son absence (65).

### **2.2.1. Le cas des soignants**

Il faut comprendre qu'un soignant, pour exercer correctement sa profession, apprend progressivement à développer une relation d'aide auprès de chacun de ses patients en exerçant positivement sur eux son savoir faire et son savoir être, c'est à dire son influence (74). Or, mus par un désir d'agir en vue du bien de leurs patients, la plupart des soignants ont idéalisé ce colloque singulier qui s'instaure, dans lequel les patients sont coopératifs et possèdent notamment les trois qualités principales de « maniabilité », « curabilité » et « sympathie ». Cependant ces qualités peuvent bien souvent manquer et le soignant doit s'adapter à des patients qui ne correspondent en rien à ce modèle idéalisé. Ce sont de ces divergences entre une situation réelle et une situation attendue que les symptômes d'un véritable burnout peuvent naître et se développer.

Ainsi M. Balint identifie bien ces patients difficiles, qu'il nomme « le groupe des "Gros dossiers" » (35, p281) : les nomades qui changent régulièrement de médecin, ceux qui ont de volumineuses notes accumulées dans leur dossier sans être soignés, ceux consultant à une fréquence supérieure à la moyenne...

### **2.2.2. Le cas des internes**

Il s'agit de facteurs concernant leur « profession » (75) et liés à tous les types de violences que peuvent exercer sur eux les patients, leurs supérieurs ou même leurs pairs. Les violences repérées sont de tout type. Certaines sont de nature verbale et il s'agit des insultes, des menaces et des humiliations publiques. D'autres sont de nature institutionnelle et ce sont les charges de travail excessives, les tâches de travail inutiles ou inappropriées, la

discrimination ethnique, et les évaluations injustes. Plus rarement, il peut s'agir de violences physiques et sont notamment concernés le harcèlement sexuel ou la discrimination basée sur le sexe.

### **2.3. Au niveau intra individuel**

Dans ce domaine, plusieurs auteurs s'attachent à étudier et décrire les traits de personnalité et les autres caractéristiques individuelles qui seraient susceptibles de favoriser un burnout, en considérant notamment les facteurs socio démographiques. Ceci peut en partie s'expliquer par l'influence exercée par le modèle transactionnel de R. S. Lazarus et S. Folkman dans lequel les caractéristiques individuelles jouent un rôle essentiel sur l'apparition des réactions de stress (65).

#### **2.3.1. Le cas des soignants**

En ce qui concerne le sexe tout d'abord (74) : s'il semble que le burnout frappe principalement les femmes, ces écarts seraient plutôt le résultat d'inégalités vis à vis d'elles, reflétant la nécessité de mettre en place les conditions pour qu'elles puissent développer toute leur activité et s'assurer un revenu plein.

Quant à l'âge (74), nous ne disposons pas d'étude permettant aujourd'hui de conclure qu'il jouerait un rôle dans la survenue de burnout.

De nombreuses théories ont été développées dans la littérature, impliquant différents facteurs individuels dans l'apparition du burnout (74). La théorie du « Big Five » par exemple identifie comme facteurs prédictifs l'extraversion (le caractère optimiste et sociable), le caractère agréable, la conscience professionnelle, l'ouverture aux expériences et le névrosisme (le caractère inquiet, émotif et nerveux). D'autres abordent des concepts, notamment le concept d'endurance ou « hardiness » décrit par Kobasa en 1979 (la personne robuste est motivée, prête à relever de nouveaux défis et engagée), ou le célèbre « type A » de personnalité selon la classification de Friedman et Rosenman (individus ayant le goût du travail, un sentiment de pression, d'urgence du temps qui passe et une attitude compétitive).

### 2.3.2 Le cas des internes

Certains facteurs concernent d'abord la relation interne-patient (75). Le jeune interne, tout juste sorti de sa formation, et malgré son grand désir et ses ambitions d'exercer la médecine avec succès, va être confronté à plus ou moins brève échéance aux situations difficiles et inévitables dans lesquelles la science médicale montre ses limites. Il va alors être envahi d'un certain malaise alors même qu'il est encore imprégné des sentiments idéalistes de « Toute Puissance » transmis par sa formation en faculté.

L'internat est ainsi pour eux une phase nécessaire d'apprentissage de la « bonne distance » à trouver avec leurs patients. Sur cet apprentissage, T. Tournebise en 2000 s'inquiète du risque d'errance dans cette recherche et conseille de chercher à préserver sa personnalité pour s'individualiser afin d'être pleinement soi face à quelqu'un à qui on accorde d'être pleinement lui, permettant d'affranchir la distance au niveau zéro mais en préservant la distinction (76).

Par ailleurs les variables sociales ayant été étudiées, il ressort que le sexe est identifié comme facteur de risque et que les étudiantes sont plus à risque de développer un burnout (75).

Mais ressortent aussi des évènements de vie personnelle comme le fait d'avoir un enfant qui serait un facteur de stress supplémentaire, ou comme la mort ou la maladie d'un membre de sa famille ou d'un proche, ou des problèmes personnels de santé qui peuvent favoriser la survenue de troubles psychologiques (75).

Le burnout étant le résultat d'un stress professionnel prolongé selon les mots de Schaufeli et Buunk rapportés par D. Truchot (65), différents auteurs se sont intéressés aux comportements individuels développés pour y faire face. Ces stratégies identifiées de gestion du stress sont dites aussi des stratégies de « coping » selon le terme anglais qui signifie « faire face ».

Il ressort de ces études que les consommations de substances peuvent être comprises comme des tentatives de gestion du stress. Or, chez les internes la consommation d'alcool, de médicaments et de drogue semble comparable à celle de la population générale du même âge (75). En ce qui concerne la drogue (cannabis, cocaïne, plus rarement héroïne et opiacés, amphétamines ou barbituriques), ou les médicaments (tranquillisants ou plus rarement psychotropes) c'est ainsi entre 3 à 10% des internes qui déclarent en consommer. Toutefois cette consommation préexisterait à l'entrée en faculté de Médecine. Quant à la

consommation d'alcool, il faut remarquer que 20% des consommateurs attribuent au stress et à l'anxiété leur consommation, qu'ils reconnaissent excessive.

Si autant d'internes rendent le stress responsable de leur consommation, il faut se rendre compte qu'il pourrait y avoir un lien avec le fait qu'il s'agit d'une stratégie de coping déjà très ancienne, socialement admise et largement répandue en population générale et dans l'ensemble des professions, en réponse au stress en général, quel qu'il soit.

Quant aux autres stratégies de gestion du stress,

- certaines dites « passives » ont été identifiées comme étant centrées sur un désengagement et peuvent mener à de véritables comportements défensifs d'évitement, de retrait psychologique et social, ou d'isolement. Ces stratégies ci sont plutôt corrélées à la dépression, l'anxiété et une altération de la santé mentale avec autocritique et même éventuellement pensées magiques.

- d'autres dites « actives », sont au contraire centrées sur l'engagement et mènent à des comportements plus combatifs de réinterprétation positive, de résolution des problèmes, de recours au soutien social, et d'expression des émotions. Ces stratégies ci ont un impact plus positif sur la santé mentale et physique.

Il semble selon une étude de L. N. Dyrbye et son équipe, réalisée en 2005 et rapportée par E. Kains et D. Piquard (75) que, chez les étudiants de médecine, ces stratégies varient constamment selon la source de stress et l'avancement universitaire.

Par ailleurs, certains évoquent les facteurs suivants de personnalité (77) : l'estime de soi, la confiance en soi, l'humeur dysphorique et obsessionnelle... Comme pour les autres soignants, il a été identifié chez les internes que les personnalités de type A (hyperactives, impatientes et exigeantes vis à vis d'elles même et des autres) ainsi que les perfectionnistes seraient à risque plus élevé de burnout que les autres.

Enfin, rapportant les résultats d'une étude de D. Truchot réalisée auprès des internes de Champagne-Ardenne en 2006, E. Kains et D. Picquard (75) notent que le statut marital aurait un impact positif puisque le fait de vivre en couple augmenterait le sentiment d'efficacité professionnelle.



### 3. Les conséquences

#### 3.1. Chez le soignant

##### 3.1.1. Des conséquences individuelles

Au delà des symptômes cardinaux de la maladie décrits par C. Maslach et S. E. Jackson, certains auteurs ont développé le concept de manifestations qui contient à la fois l'idée de symptômes et de conséquences individuelles du burnout. Ces différentes manifestations peuvent être physiques, psychologiques, cognitives et émotionnelles ou même comportementales, et peuvent venir troubler toute personne ayant un mal-être professionnel.

**Tableau 3 : Manifestations / Conséquences du burn-out (d'après la référence 12).**

Physiques	Cognitifs et Affectifs	Comportementaux
<ul style="list-style-type: none"><li>- Asthénie</li><li>- Troubles du sommeil</li><li>- ↓ énergie</li><li>- Plaintes somatoformes :<ul style="list-style-type: none"><li>• palpitations</li><li>• troubles gastro-intestinaux</li><li>• douleurs épigastriques</li><li>• oppression thoracique, etc.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ↓ sentiment de compétence</li><li>- ↓ motivation</li><li>- Frustration</li><li>- Anxiété</li><li>- Irritabilité</li><li>- ↓ estime de soi</li><li>- ↓ idéalisme</li><li>- ↓ concentration</li><li>- ↓ mémoire</li><li>- Humeur dépressive</li><li>- Dualité : quitter le travail ou rester ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence, distanciation, détachement)</li><li>- Tendance à s'isoler</li><li>- ↓ performance</li><li>- Absentéisme dans l'année écoulée :<ul style="list-style-type: none"><li>• fréquent</li><li>• de courte durée</li><li>• de longue durée (1 mois ou plus)</li></ul></li><li>- agressivité</li></ul>

**Figure 3 : Tableau des conséquences du burnout ; extraite de l'article de N. Kacenelembogen (73)**

Une relation forte existe aussi entre le burnout et le suicide ou l'abus de substances (78).

Ainsi chez les médecins généralistes (73), la littérature française et internationale décrit une association entre le burnout et la perte de qualité de vie physique et mentale, dont le suicide est l'expression ultime de souffrance.

En France plus particulièrement, une enquête réalisée en novembre 2015 par le Centre national des professions libérales de santé (CNPLS) et l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) chez 1383 médecins, et rapportée par le quotidien du médecin du 15 janvier 2016, révèle que 29% des médecins déclarent souffrir actuellement d'un burnout, 45% en avoir souffert par le passé et 52% être concernés par le problème. Par

ailleurs, parmi les répondants 14% déclarent des problèmes d'addiction passés ou présents et 6% évoquent une situation de dépendance ou de fort risque de dépendance à l'alcool. Par ailleurs 9,4% évoquent également une dépendance aux anxiolytiques et psychotropes et indiquent ne pas être en mesure d'arrêter quand ils le veulent. 1% avoue également une dépendance aux stupéfiants.

### **3.1.2. Des conséquences sociétales**

De nombreux travaux documentent la constatation d'une diminution de la qualité des soins par manque de rigueur ou même augmentation de la perception des erreurs professionnelles chez les soignants en burnout (79). Cependant, comme le souligne E. Galam (51), les études existantes utilisent toutes comme critère celui d'erreurs médicales rapportées, qui n'est pas un critère objectif. Il est donc aussi possible que les médecins en burnout ou déprimés aient une tendance plus élevée à rapporter des erreurs qu'à les commettre, tandis que les médecins non en burnout aient peut-être d'avantage tendance à ne pas rapporter d'erreur.

Egalement, marqué par la perte du sens de son propre travail, de nombreux médecins sont tentés d'abandonner leur profession (78). En France en particulier, ce rapport entre burnout et absentéisme ou abandon chez les médecins généralistes est bien documenté, et notamment une étude récente a révélé qu'en Ile de France, un score élevé au MBI est associé dans plus de la moitié des cas (51%) au désir de quitter la profession ou de modifier profondément son exercice (80).

### **3.1.3. Des conséquences sur le patient**

#### **3.1.3.1. Des conséquences négatives**

Plusieurs études (73) identifient que le burnout et l'insatisfaction professionnelle sont associés selon leur gravité à une augmentation du coût des soins de nature multifactorielle (diminution du temps d'échange et du contact visuel avec le patient, augmentation du nombre de prescriptions et de demandes d'avis spécialisés plus ou moins utiles...)

### **3.1.3.2. Des conséquences positives**

E. Galam (51), au terme d'une revue de la littérature sur la prise en charge des problèmes psychiques pour les patients des médecins en burnout, constate que le niveau de burnout n'affecte pas la vigilance du médecin vis à vis des problèmes psychologiques de son patient. Ils paraissent au contraire plus alertes pour discuter des problèmes de santé mentale, offrent des consultations plus longues et abordent d'avantage les thèmes psychosociaux, augmentant la chance du patient de trouver une solution de soins adaptée à ses problèmes.

## **3.2. Chez les internes**

### **3.2.1. Des conséquences individuelles**

Il s'agit, selon E. Kains et D. Piquard (75), du risque accru de troubles somatiques, d'épuisement, de dépression majeure, d'idées suicidaires ou de passages à l'acte, d'abus d'alcool ou la consommation de substances illicites (médicaments ou drogues).

### **3.2.2. Des conséquences professionnelles et académiques**

Toute atteinte de la santé mentale ou physique d'un interne de médecine peut être délétère sur son parcours d'études universitaires en altérant ses performances académiques ou du fait d'un absentéisme répété, mais sans doute aussi du fait de conflits ou de difficultés relationnelles. Au maximum, l'interne peut avoir à vivre une véritable situation d'échec professionnel, un redoublement voire un abandon définitif de ses études (75).

## C. LA RELATION ENTRE EMPATHIE ET BURNOUT

### 1. Généralités

Les études en Europe auprès des médecins généralistes montrent qu'environ un médecin sur trois aurait déjà ressenti un épuisement professionnel. Or, alors que les conséquences négatives d'un burnout ont été décrites plus haut comme la baisse des performances professionnelles ou même le suicide, un accroissement de données de la littérature semblent suggérer l'existence de liens directs entre empathie et burnout (17).

En effet, si la pratique empathique d'un médecin peut dépendre de nombreux facteurs comme la participation à un groupe de pairs ou la poursuite continue d'un apprentissage ou d'une formation comme le suggère les plus récentes études (56), elle naît d'abord surtout de la préoccupation spontanée du médecin pour les émotions de son patient, laquelle pourrait être source de fatigue compassionnelle (81) et conduire alors le médecin à l'épuisement. Cependant ce phénomène irait à l'encontre des deux hypothèses (12 ; 82) d'une relation inverse entre empathie et burnout expliquant d'une part que l'empathie réduit le burnout et réciproquement d'autre part le burnout réduit l'empathie.

Nous étudierons donc dans cette partie les différentes relations possibles entre empathie et burnout soulevées dans la littérature. Toutefois, il faut ici considérer que ces relations, établies par des études transversales chez des étudiants de médecine pour la plupart, sont seulement hypothétiques puisqu'aucun lien de causalité n'a pu encore être démontré faute d'études longitudinales robustes.

### 2. Les trois hypothèses dans la littérature

#### 2.1 Hypothèse 1 : le burnout diminue l'empathie

Selon les propos du Dr Ramses Wassef, directeur du Bureau d'aide aux étudiants et internes de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, rapportés par E. Garnier en 2010 (83) : « *L'épuisement professionnel (...) entraîne "l'usure de compassion." Il est difficile de donner aux autres quand on a complètement épuisé nos réserves.* »

Même si le terme d'« usure de compassion » employé ici a en fait été initialement choisi par C. Tilnius en 2009 afin de mettre en garde contre l'usage excessif d'empathie comme nous le verrons plus loin, plusieurs auteurs s'accordent bien à dire que le burnout réduirait l'empathie.

En effet, ces auteurs suggèrent que le burnout, en raison de sa tendance à la dépersonnalisation, diminuerait l'empathie. Car selon eux le burnout étant d'abord défini par une attitude de **dépersonnalisation** qui mènerait au cynisme vis à vis des patients, celui-ci conduirait probablement aussi à une perte significative de l'empathie clinique globale des soignants. Ainsi, des médecins exténués pourraient être moins compétents pour écouter leur patient de façon empathique et pourraient perdre leur capacité de se mettre à leur place (17).

Le burnout pourrait donc, comme l'analyse T. D. Shanafelt en 2005 (11) chez les internes, être aussi bien néfaste pour le médecin que pour le patient.

- En 2002 d'abord, T.D. Shanafelt (84) réalise une étude transversale utilisant le questionnaire MBI de façon anonyme ainsi que cinq questions d'auto-évaluation élaborées en vue de repérer une pratique de soins sous-optimale aux patients, chez 115 internes de spécialité de médecine interne à l'université de Washington. Il observe alors un risque accru de prise en charge des patients sous optimale en cas de burnout.
- En 2005, il introduit son étude sur la qualité de vie et la pratique de l'empathie chez 165 internes de médecine interne de l'université de Rochester en indiquant que les données sont suffisantes pour établir que la détresse ressentie par les internes au cours de cette période critique et stressante de formation réduit leur empathie alors même qu'ils ont à développer leur identité professionnelle.
- Enfin en 2007, il conclut au terme d'une revue de la littérature menée avec C.P. West (85) sur les facteurs personnels et environnementaux du professionnalisme au cours des études médicales à un déclin de l'humanisme et de l'empathie s'expliquant en partie par le stress professionnel intense ressenti.

Puis en 2010 ensuite, et toujours aux Etats-Unis, C. Brazeau et son équipe (12) vont observer chez des étudiants de quatrième année de la New Jersey Medical School que plus haut est leur niveau de burnout au MBI (Maslach Burnout Inventory), plus faible est celui de leur pratique empathique sur l'échelle JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy) Ces

résultats en France ont été retrouvés de façon similaire chez les médecins généralistes en 2012.

En 2011 et en France, D. Truchot (86) va observer chez 270 médecins généralistes que ceux ayant un niveau élevé de burnout au MBI ont tendance à se désengager par un retrait psychologique ou comportemental. Ce « retrait psychologique » désigne toute attitude de détachement vis à vis de son travail, tout sentiment aversif ou tout évitement de contact avec ses patients. Il pourrait s'agir en fait d'une **stratégie de coping défensif** par retrait, visant à protéger ses ressources internes et, selon les mots de P. Canoui et A. Moranges (66), « préserver son autonomie » et « maintenir un état d'équilibre psychologique ».

Pour finir, il faut rappeler que le travail de thèse d'A. Woerner (16) cite la récente revue de littérature de M. Neumann et son équipe en 2011 confirmant le déclin de l'empathie pendant l'internat tout en soulignant bien que la plupart des études citées retrouvent que le burnout diminue de façon significative le degré d'empathie. Les auteurs soulignent le peu d'approfondissement des causes de cette réduction. Cependant, en rapport avec ces interrogations fondamentales, les conclusions du Dr L. N. Dyrbye (87) sur une **atteinte possible de la capacité d'altruisme** chez les victimes d'un surmenage professionnel sont d'autant plus intéressantes qu'ils ont eux-même retrouvé (88) chez 1 098 étudiants en médecine aux USA que l'empathie serait plus élevée que dans la population générale et qu'il existerait un lien significatif entre burnout et déclin de l'empathie.

## **2.2 Hypothèse 2 : l'empathie entraine le burnout**

Si les études sont nombreuses qui montrent que le burnout entrave l'empathie, l'effet de l'empathie sur le burnout est moins évident.

En 2005, les premiers auteurs à s'alerter sur l'impact émotionnel de l'empathie dans la pratique clinique sont E. B. Larson et X. Yao (89). Ceux ci constatent qu'attendre de tout médecin qu'il soit un soignant empathique implique pour ces professionnels de la santé une capacité d'accepter la charge émotionnelle supplémentaire qui s'y associe. Pour eux, les praticiens doivent en prendre conscience et considérer de façon attentive la façon de se préparer à exercer une médecine moderne empathique dès leurs premières années d'apprentissage à la faculté.

En 2002, CR Figley (90) fait le même constat de la façon suivante : « It is vital that today's psychotherapist continue to work with empathy and compassion. Yet, there is **a cost** to this work that is obvious **to any one** practitioner working with the suffering ».

En fait, les auteurs H. G. Nielsen et C. Tilnius, dans une étude parue en 2009 (91), mettent en garde contre la fatigue de compassion ou l'épuisement émotionnel au cours de la pratique, survenant notamment en raison de la répétition de **rencontres difficiles** avec les patients.

Quoi qu'il en soit, F. Zenasni et al soulignent dans un article de revue de la littérature en 2012 (17) que cette vision de l'empathie clinique s'appuie sur une définition très spécifique de l'empathie qui met l'accent sur l'aspect purement affectif, au détriment de l'aspect cognitif et conatif. Ainsi suggèrent-ils qu'une posture empathique optimale pourrait réduire stress et burnout. **Cependant, il ne donne pas de détail sur la façon d'optimiser la posture empathique ni sur les repères permettant d'en apprécier son optimisation.** Toutefois, on peut à ce propos, suivre les propositions d'E. Marin (20) qui conclut sa thèse sur l'enseignement de l'empathie en analysant que « les deux aspects les plus importants de cette formation à l'empathie sont l'apprentissage par le vécu et la mise en réflexion de la pratique ». Ainsi faut-il aujourd'hui permettre le développement des formations à l'empathie à la faculté en groupes de partage d'expérience, ou groupe de formation à la relation thérapeutique, se modelant sur des groupes déjà bien éprouvés de type Balint. Mais il faut aussi soutenir la « culture du debriefing » (74) et encourager tous les différents programmes en groupe de formation à la relation médecin-malade, déjà répertoriés en 2012 par le Dr Marie Anne Puel et rapportés dans la thèse d'A. Woerner (16), tels que les groupes d'échange et d'analyse de pratique, les jeux de rôles, les groupes de pairs ou les groupes de paroles.

### **2.3 Hypothèse 3 : l'empathie protège du burnout**

Il est suggéré enfin que l'empathie pourrait protéger du burnout.

J. Halpern en effet considère que l'empathie favorise la **satisfaction au travail** du soignant et l'aide ainsi à donner une signification et un sens à son activité. Elle souligne dans une étude de 2003 sur la définition de l'empathie (82) que celle-ci, pour être pratiquée, nécessite de conserver une certaine curiosité sur la vie de ses patients, ce que l'anxiété ou le

manque de temps peut venir perturber. Selon elle, être empathique suppose d'avoir conscience des émotions négatives, et nécessite que le soignant pratique de l'autoréflexion et accepte les feedback négatifs pour mieux les gérer : ces compétences sont des ressources contre le stress et le burnout. D'ailleurs, M. Anfossi en 2004 (92), retrouve que les médecins se sentant concernés par les problèmes psycho-sociaux de leurs patients sont moins susceptibles de présenter un burnout.

J. Halpern souligne également que les praticiens engagés émotionnellement dans la relation avec leur patient ont une meilleure efficacité thérapeutique et semblent avoir une plus grande satisfaction professionnelle et un plus grand sentiment d'**accomplissement personnel**.



## II. ETUDE

### A. PROBLEMATIQUE

Notre étude s'inscrit dans la continuité de différentes études précédemment réalisées.

- D'une part les travaux de l'Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie (IUPDP) menés par le Pr S. Sultan. Sur une population de 78 patients diabétiques de type II, celui-ci étudie l'impact sur leur santé de la compréhension, par leur médecin, de leurs représentations de la maladie (93). Dans cette étude, les patients, et les médecins en se mettant à la place de leur patient, remplissaient chacun de leur côté le questionnaire IPQ - R (Illness Perception Questionnaire – Revised) sur la perception de la maladie. La concordance des réponses était ensuite étudiée afin d'évaluer la précision empathique. Ainsi l'étude (**« Empathie 0 »**, voir schéma ci dessous) a permis de montrer qu'une bonne compréhension empathique dans certains domaines favorise l'observance du régime diététique et améliore le contrôle glycémique.
- D'autre part les travaux qui ont suivi, en collaboration entre l'Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie (IUPDP) et le Département de Médecine Générale de Paris Descartes, menés par le Pr. P. Jaury, le Dr A. Catu-Pinault, CE, et les psychologues cliniciens F. Zenasni, MCU, Marion Botella, MCU et Emilie Boujut, MCU :
  - o une première étude (**« Empathie 1.0 »**, voir schéma ci dessous) auprès de 295 médecins généralistes a recherché les déterminants de l'empathie clinique (94) au delà de la préoccupation empathique spontanée (« empathic concern »). Les médecins généralistes remplissaient successivement le questionnaire TEQ (Toronto Empathy Questionnaire) puis l'échelle JSPE (The Jefferson Scale of Physician Empathy) dans une version française qui a pu être validée dans ce travail. L'échelle JSPE française délimite les trois composantes de l'empathie suivantes, indépendantes les unes des autres : la capacité de se mettre à la place de l'autre, l'attention et la compréhension du vécu émotionnel du patient et de ses proches, et la prise de perspective ou capacité d'adopter le point de vue de l'autre. Les médecins renseignaient aussi quelques données professionnelles supplémentaires sur leur formation et leur pratique. Ainsi, l'étude met en

évidence différentes caractéristiques des conditions de travail (durée de consultation longue ou suivi d'une psychothérapie) favorables à l'exercice de l'empathie clinique.

- Mais surtout (« **Empathie 1.0** », voir schéma ci dessous), les 295 médecins remplissaient aussi l'échelle MBI (Malsach Burnout Inventory) ce qui a permis, pour la première fois en France, d'analyser le lien spécifique pouvant exister entre empathie et burnout. Cette étude (16) montre que plus les scores d'empathie émotionnelle (mesurée par le questionnaire TEQ) ou cognitive (mesurée par la dimension « compassionate care », c'est à dire compréhension émotionnelle, de la version française du JSPE) sont élevés, plus le score de dépersonnalisation est faible et plus le score d'accomplissement personnel est élevé. Par ailleurs, une double corrélation est observée avec l'empathie émotionnelle : plus elle augmente, plus le score de dépersonnalisation augmente et plus celui d'accomplissement personnel diminue
- D'autre part (« **Empathie 2.0** », voir schéma ci dessous), les différentes caractéristiques de l'empathie du médecin généraliste ont été étudiées à travers 20 dyades médecin – patient dans une étude pilote (16). Les patients, et les médecins en se mettant à la place du patient, devaient remplir, chacun de leur côté, le questionnaire BREF IPQ (Bref Illness Perception Questionnaire) et l'échelle BDI – II (Beck Depression Inventory – Second version). L'étude montre que la précision empathique cognitive varie dans le même sens que la précision empathique émotionnelle.
- Suite à cette étude de faisabilité, une étude plus importante (95) auprès de 201 dyades médecins - patients diabétiques a permis d'observer un lien entre les comportements d'autorégulation des patients et la précision empathique du médecin généraliste (« **Empathie 2.0** », voir schéma ci dessous). Les patients remplissaient une échelle de vécu du diabète (Bref Questionnaire de Perception du Diabète) et l'échelle de mesure de la qualité de vie SF-12 Health Survey et le questionnaire SDAS (Summary of Diabetes self-care Activities Scale) tandis que les médecins remplissaient l'échelle JSPE mais aussi un questionnaire de vécu du diabète et de qualité de vie en se mettant à la place de leur patient, et comme s'ils étaient le patient. Cette étude a donc permis de comparer les réponses des

médecins à celle des patients et de croiser la congruence des réponses avec les comportements de soin des patients.

- Or à la suite de ces différentes études, il n'était pas possible de conclure sur le sens de l'influence entre empathie et burnout, d'où l'idée de faire une étude longitudinale pour explorer le sens du lien entre les deux.

Compte tenu des compétences de l'équipe de psychologie médicale sur les étudiants par ses études antérieures sur l'empathie chez eux, et de l'intérêt du département de médecine générale pour les internes en médecine générale et des études de la littérature internationale évoquant la baisse de l'empathie chez les étudiants en médecine et leur taux élevé de burnout, il a été décidé de s'intéresser à cette population.

Un projet de recherche (« *Empathie 3.0* », voir schéma ci dessous), pour étudier l'empathie, le stress, le burnout des internes de médecine générale et leurs interactions de façon prospective, a donc été proposé en février 2012 par le Département de Médecine Générale de Paris Descartes en collaboration avec l'Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie.

## **B. OBJECTIFS**

### **1. Objectifs de l'étude générale**

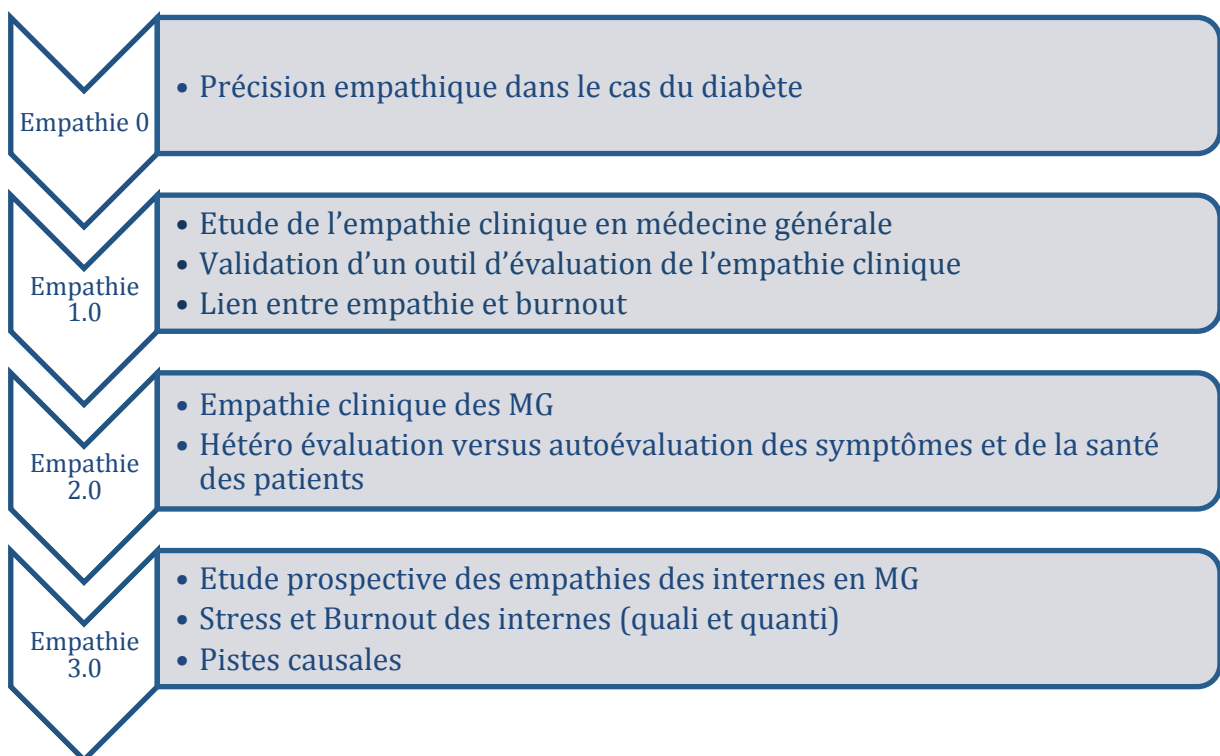
- Objectif principal : il s'agit de suivre de façon longitudinale l'évolution du burnout, de la symptomatologie dépressive et des compétences empathiques d'une cohorte d'internes de médecine générale, grâce au remplissage de questionnaires identiques à plusieurs instants du DES.
- Objectifs secondaires : il s'agit, à terme, de pouvoir construire des échelles de stress et de burnout spécifiques aux internes du DES de médecine générale, à utiliser si possible dès le suivi de cette cohorte ou dans des études ultérieures.

## 2. Objectifs de notre travail

Etude de l'interaction entre empathie et burnout chez les internes du DES de médecine générale, perçue par eux-mêmes, grâce à la réalisation d'un travail qualitatif reposant sur des entretiens individuels.

Il s'agissait d'explorer la diversité des avis des internes sur la relation entre empathie et burnout et d'analyser leur perception des facteurs qui déterminent l'interaction entre empathie et burnout.

On peut résumer l'historique des études jusqu'à la nôtre par le schéma suivant :



## **C. METHODE**

### **1. Conception**

La thèse a été réalisée dans le cadre de l'Etude « Prédiction du Burnout, de la symptomatologie dépressive et des compétences empathiques des internes en médecine générale : une étude longitudinale en psychologie de la santé », coordonnée par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes. L'équipe de recherche était composée de trois médecins généralistes (Pr Philippe Jaury, PU ; Dr Annie Catu-Pinault, CE et Dr Laurent Rigal, MCU), de trois psychologues cliniciens (Franck Zenasni, MCU ; Marion Botella, MCU et Emilie Boujut, MCU) et trois internes de médecine générale (Claire Eydaleine, Audrey Joubert et moi-même).

### **2. Constitution de l'échantillon**

L'étude visait les internes de médecine générale en Ile de France.

Les internes éligibles devaient être âgés de 20 à 35 ans, puisque plus de 90% des internes se situent dans cette tranche d'âge, être inscrits en DES de médecine générale dans l'une des 12 facultés de médecine parisiennes, et parler couramment le français afin que le contenu des entretiens soit productif et clair. Leur inscription au DES de médecine générale pouvait varier de la première à la troisième année, et les internes pouvaient être inscrits au DESC de gériatrie ou d'urgence qui sont deux filières de sur-spécialisation ouvertes aux internes de médecine générale.

Ont été exclus les internes du DES de médecine générale ayant utilisé leur droit de remord pour choisir une autre spécialité.

Les internes participants ont été répartis par sexe de façon proportionnelle.

Une méthode non probabiliste d'échantillonnage dit « de convenance » a été choisie pour constituer un échantillon représentatif de notre population étudiée. Les internes

éligibles ont pu être contactés par les trois internes chercheurs (C. Eydaleine ; A. Joubert ; J. Picard) par mail, par téléphone ou rencontrés dans les facultés de médecine à la sortie des réunions de groupes de tutorat organisées dans les différentes facultés une à deux fois par mois au cours du DES de médecine générale. Les douze premiers internes filles et les douze premiers internes garçons ont été retenus.

### **3. Procédure**

#### **3.1 Elaboration et test de la grille d'entretien**

Le travail de recherche réalisé, de nature qualitative, visait à recueillir des éléments non chiffrables concernant l'avis des internes sur l'interaction réciproque possible entre empathie et burnout. Dans ce but, le discours des internes a été recueilli par des entretiens construits sur la base du livre *L'enquête et ses méthodes* du psychologue A. Blanchet en collaboration avec la sociologue et directrice de recherche au CNRS A. Gotman (96).

La grille sur laquelle reposait les entretiens (annexe 1) a été construite au cours d'un travail préliminaire de groupe, à cinq : trois internes chercheurs (C. Eydaleine ; A. Joubert ; J. Picard) et deux psychologues Maîtres de Conférence Universitaires pour les encadrer (M. Botella ; F. Zenasni). La grille comprenait un ensemble de questions théoriques repérées dans la littérature mais aussi des questions reposant sur la base empirique des observations des internes. Les trois internes chercheurs se sont donnés quelques jours de réflexion personnelle puis ont partagé entre eux, par une série de mails et d'appels téléphoniques, leurs propositions de grille d'entretien. Les trois internes ont alors rédigé une trame d'entretien comprenant de nombreuses questions à aborder. Cette trame a ensuite été proposée aux psychologues superviseurs (M. Botella, MCU ; F. Zenasni, MCU). Ceux ci ont validé cette trame tout en modifiant la chronologie des thèmes à aborder, en reformulant parfois les questions à soulever, et en soulignant par des phrases intermédiaires les cinq sous parties de la grille d'entretien. Ils ont également suggéré de présenter, de façon fermée, trois hypothèses issues de la littérature (17) concernant le sens du lien entre empathie et burnout et nous ont fait une proposition de formulation qui a été adoptée. Une réunion de concertation sur la grille d'entretien a eu lieu au mois d'avril 2012 à la faculté de

médecine Paris Descartes réunissant les trois internes chercheurs et les deux psychologues superviseurs. Afin de tester et valider la grille d'entretien retenue, la décision pour chaque interne chercheur de réaliser un premier entretien blanc, sous la supervision directe d'un psychologue (M. Botella, MCU), a été prise au terme de la réunion. Il a été admis que cet entretien blanc pourrait être conservé pour l'analyse en fonction de la qualité de sa réalisation.

Ainsi, la trame finale des entretiens comprenait deux parties selon un canevas à la fois « semi-structuré » pour la première phase des entretiens, et « structuré » pour la seconde phase.

Après avoir débuté par une revue du cursus de l'interne, **la partie semi-structurée**, subdivisée en cinq sous parties, abordait le sujet de l'empathie sous cinq axes thématiques différents. Dans un premier temps, l'interne chercheur demandait à l'interne sollicité d'expliquer sa conception de l'empathie en clinique puis de *narrer une situation récente* ayant nécessité qu'il use d'empathie clinique pour son patient. Ensuite, quatre thèmes devaient être successivement abordés sans ordre de priorité mais en suivant l'ordre des idées de l'interne. Il s'agissait d'une réflexion sur l'intérêt accordé par l'interne à l'empathie clinique et sa perception des atouts de l'empathie clinique pour son propre exercice de la médecine, une réflexion sur des barrières personnelles ou environnementales à la pratique de l'empathie clinique, sur le retentissement sur sa santé d'une pratique empathique, et sur l'enseignement de l'empathie au cours de leur cursus de médecine.

**La partie structurée** explorait les trois hypothèses concernant les liens entre l'empathie et le burnout sous forme de trois propositions précises :

*I. Le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation de la part du soignant*

*II. L'empathie favorise le burnout parce qu'elle crée une fatigue compassionnelle (vivre les émotions des patients)*

*III. L'empathie diminue le burnout car elle favorise la satisfaction du patient mais aussi du soignant et favorise ainsi la perception d'un accomplissement personnel.*

Les internes devaient d'une part indiquer, pour chacune des hypothèses, s'ils y adhéraient et d'autre part expliquer les raisons de leurs avis. Il était recommandé d'aborder ces trois hypothèses après que l'interne ait exprimé son avis sur le retentissement de l'empathie sur sa santé.

Le premier entretien blanc était sous la supervision de notre co-encadrant psychologue (M. Botella, MCU). Ce test n'a pas entraîné de modification de la grille d'entretien concernant la partie sur le retentissement sur la santé, ni sur la formulation et l'ordre de proposition des trois hypothèses.

### **3.2. Recueil des données**

Les trois internes enquêteurs (C. Eydaleine ; A. Joubert ; J. Picard) ont eux-mêmes mené les entretiens, dans le cadre de leur travail de thèse de Doctorat en Médecine. Ils se sont déplacés dans les services hospitaliers ou les cabinets de médecine générale où exerçaient les internes participants pour s'entretenir avec eux de façon individuelle en face à face dans une pièce au calme, sinon dans un endroit neutre comme une salle de café parisien ou un jardin, en se pliant aux exigences des internes participant afin que cela soit le moins contraignant pour eux.

### **3.3. Réalisation des entretiens**

Les entretiens commençaient par un recueil de données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le statut marital, la profession des parents, la faculté de réalisation du DES de médecine générale, le stage actuel, l'année d'internat, les différents stages déjà réalisés, la réalisation ou non d'un DESC d'urgence ou de gériatrie. Les internes participants n'avaient reçu aucune documentation, aucune information spécifique sur l'empathie et le burnout, ni aucune explication particulière sur le contexte, précédemment à l'entretien et en vue de celui-ci, afin de préserver le maximum de spontanéité dans les réponses. Ils étaient cependant informés du sujet de la recherche et ont chacun donné leur consentement éclairé oral en vue de participer. Les entretiens étaient non limités dans le temps mais leur durée était évaluée entre 30 minutes et une heure à laquelle nous demandions à l'interne d'ajouter 30 minutes de disponibilité pour débriefer et reformuler ses pensées.



### **3.4. Retranscription du discours**

Les discours de chaque interne de médecine, d'une quarantaine de minutes en moyenne, ont été enregistrés sur magnétophone avec leur autorisation verbale afin qu'ils puissent être retranscrits fidèlement dans les jours suivants par le meneur d'entretien lui-même. Le compte rendu écrit intégral et mot à mot de leur discours a permis une retranscription complète du discours de chaque interne. La retranscription s'est faite dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens, et le verbatim des internes a ainsi été obtenu. Il n'y a pas eu de recueil des données non verbales.

## **4. Analyse du verbatim**

Une analyse thématique du contenu des entretiens retranscrits a été réalisée par quatre chercheurs (A. Joubert, IMG ; J. Picard, IMG ; L. Robieux, étudiante M2 Psychologie de la santé ; F. Zenasni, MCU), selon une méthode éprouvée, reconnue fiable pour ce type de travail de recherche qualitative (96, p.96), que nous allons détailler ci dessous.

Dans un premier temps, dans un souci de validation avant anonymisation, un certain nombre de transcriptions des entretiens ont été soumis aux internes ayant discours pour obtenir leur accord sur le discours obtenu et d'éventuels compléments d'information. Cependant, cela n'a pas été réalisé de façon systématique pour tous les entretiens. Il est à déplorer malheureusement que cette importante phase de vérification du discours avant son analyse, qui respecte un principe d'objectivité en cherchant à respecter au mieux la pensée de l'interne ait été réalisée de façon incomplète. Une raison de cette erreur provient du fait que c'est au cours de la période estivale qu'elle aurait dû être menée à bien, or les internes participants et les enquêteurs eux-mêmes ont été moins vigilants au cours des mois de juillet et d'aout.

Ensuite, au cours de lectures itératives, le discours retranscrit a été fragmenté puis codé ligne par ligne en relevant et en étiquetant l'ensemble des éléments faisant référence à

des facteurs déterminants du lien entre empathie et burnout. De la même façon, le discours fermé retranscrit a été codé ligne par ligne en repérant, pour chacune des trois hypothèses successivement, l'ensemble des éléments faisant référence à une raison invoquée par l'interne. Chacun des quatre participants au codage (A. Joubert, IMG ; J. Picard, IMG ; L. Robieux, étudiante M2 Psychologie de la santé ; F. Zenasni, MCU) a alors travaillé de façon individuelle en extrayant du discours les phrases clés se référant à la relation entre empathie et burnout.

Puis deux séances de confrontation commune des quatre chercheurs ont permis de faire apparaître et de réarranger ces éléments codés en une liste de catégories, ou sous-thèmes descriptifs.

Enfin plusieurs séances de réflexion commune de trois chercheurs (J. Picard, IMG ; F. Zenasni, MCU ; A. Catu-Pinault, CE Médecine) ont permis de faire émerger et de formuler les thèmes analytiques principaux.

Les entretiens ont été conduits en nombre suffisant, choisi préalablement au début de l'analyse, pour obtenir une saturation des données. Cette saturation des données, définie comme le moment où « la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments » (97) a bien été reconnue par l'ensemble des chercheurs impliqués dans l'analyse.

## D. RESULTATS

Environ 150 internes ont pu être contactés par les trois internes enquêteurs, ce qui a permis la participation de 24 internes volontaires âgés de 26 à 30 ans (moyenne d'âge de 27 ans) et répartis par sexe de façon proportionnelle.

Tableau 1 : Les données sociodémographiques des internes.

Caractéristiques	n = 24
<b>Sexe</b>	
Hommes	12
Femmes	12
<b>Année d'internat en MG</b>	
T1	8
T2	3
T3	13
<b>DESC</b>	
DESC de gériatrie	2
DESC d'urgence	2
<b>Parcours antérieurs</b>	
DES d'anesthésie-réanimation	1
<b>Age</b>	
Moyenne âge	27,33
<b>Vie familiale</b>	
Célibataire	6
En couple	12
Marié sans enfant	3
Marié avec au moins un enfant	3

Les entretiens ont été répartis sur une période de trois mois, entre les mois d'avril et juin 2012.

Un interne volontaire pour l'entretien ayant été contacté parce qu'il était connu des internes enquêteurs pour appartenir au DES de médecine générale a été exclu du fait qu'il était nouvellement inscrit en première année du DES de chirurgie orthopédique.

Les internes ont exprimé des avis variés sur les liens entre empathie et burnout ainsi que sur les trois hypothèses qui leur ont été proposées. Ils ont en outre, pour la plupart, argumenté leur avis en expliquant de quelle façon étaient liés, selon eux, l'empathie et le

burnout. Nous avons pu identifier différents thèmes correspondant soit à des **facteurs individuels**, soit à des **facteurs contextuels**.

Les facteurs individuels étaient des facteurs durables car propres à l'interne, favorisés par des contraintes intérieures et personnelles, et indépendamment souvent des situations rencontrées, des contraintes organisationnelles et relationnelles vécues.

Les facteurs contextuels sont plutôt extérieurs et ponctuels, dépendants des situations vécues, et sont influencés par l'environnement de l'interne, son tissu relationnel, ses conditions de travail.

Ces facteurs déterminants de la relation entre empathie et burnout ont été identifiés dans l'ensemble du discours des internes. Ils apparaissaient soit dans la première partie de l'entretien qui était ouverte, soit dans la partie fermée qui explorait les trois hypothèses spécifiquement.

Le tableau 2 représente l'analyse thématique de leur discours, dans son intégralité, sur la relation existant entre l'empathie et le burnout et construit à partir de leur expérience vécue.

Tableau 2 : Les facteurs de la relation entre Empathie et Burnout

Les facteurs individuels :	1. La représentation
	2. La régulation
	3. La préparation et l'expérience
	4. La stabilité personnelle
	5. La fatigue chronique
Les facteurs contextuels :	1. L'état émotionnel propre
	2. Les contraintes organisationnelles
	3. L'identification
	4. La surcharge de travail
	5. Le besoin de revalorisation
	6. La gestion de la globalité

Le tableau 3 présente quant à lui l'analyse des avis donnés par tous les internes en faveur de chacune des hypothèses qui leur étaient présentées.

Tableau 3 : Les avis des internes à chacune des 3 hypothèses

<i>Intitulé des hypothèses</i>	<i>n</i>	<i>Raisons</i>
<b>Le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation de la part du soignant</b>	21 internes	
	12 hommes 9 femmes	<b>Facteurs individuels :</b>
		1. Perte d'intérêt
		2. Perte du plaisir de soigner
		3. Détachement
		4. Dépassement associé à un besoin de se protéger mais une impossibilité de régulation
		5. Perte d'énergie/Epuisement
		<b>Retentissement</b>
		1. Dépression
		2. Bulle noire
		3. Deshumanisation de la relation
<b>L'empathie favorise le burnout car elle crée une fatigue compassionnelle</b>	12 internes	<b>Facteurs individuels</b>
	3 hommes 9 femmes	1. Manque de distance
		2. Surcharge émotionnelle
		3. Manque de régulation associée à un surinvestissement
		4. Perte d'énergie
		<b>Facteurs contextuels</b>
		1. Dépense excessive de temps
		2. Identification
<b>L'empathie diminue le burnout car elle favorise la satisfaction et la perception d'un accomplissement personnel</b>	16 internes	<b>Facteurs individuels</b>
	8 hommes 8 femmes	1. La représentation :
		1a. L'empathie fait partie du métier
		1b. Compensation des moments difficiles
		1c. Relationnel indispensable
		2. Comportement d'aide associé à un sentiment d'efficacité
		3. Source d'enrichissement
		4. Narcissisme et satisfaction d'être reconnu
		5. Source de reconnaissance

## 1. Le discours libre

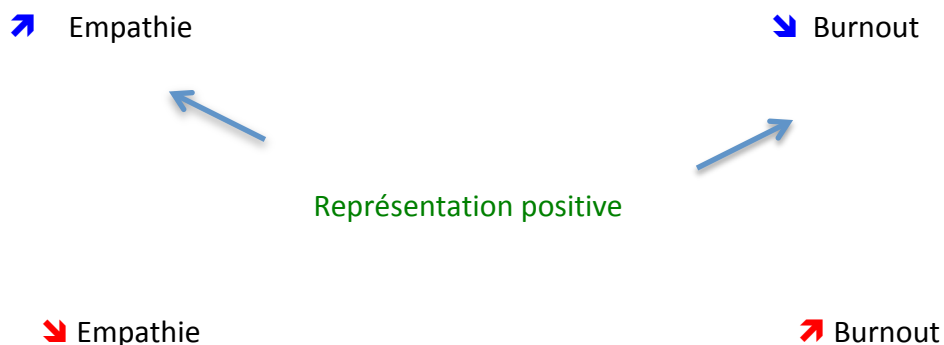
Dans un premier temps, l'étude du discours libre des internes a permis d'identifier cinq thèmes correspondant à des facteurs individuels qui influencent l'empathie et peuvent mener l'interne au burnout et six autres thèmes correspondant à des facteurs contextuels qui modifient le lien entre empathie et burnout.

### 1.1. Les cinq facteurs individuels modifiant l'empathie :

#### 1.1.1 La représentation positive

Certains internes avaient spontanément une représentation positive de l'empathie comme un processus utile pour l'exercice de la médecine, c'est à dire nécessaire au fonctionnement harmonieux de l'exercice de l'interne et à sa propre satisfaction. Leur représentation mentale positive de l'empathie les protégeait ainsi naturellement du burnout.

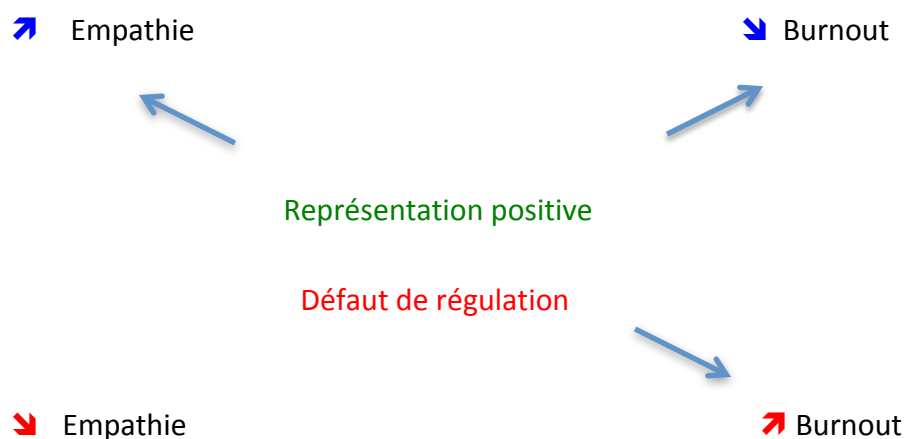
- « Jusqu'à présent c'était plutôt quelque chose de positif car c'est quand même une satisfaction de sentir qu'on a pu aider les gens par l'écoute et l'attitude qu'on avait eu » (l. 17)
- En ville, oui l'empathie (...) ça ne met pas du tout en jeu la santé, c'est plutôt salubre, c'est plutôt bienvenu (l. 20)
- « C'est vraiment quelque chose de positif et qui me fait avancer dans ma pratique plutôt que quelque chose qui me mine le moral au quotidien : vraiment pas, vraiment pas ! » (l. 21)



### 1.1.2. La régulation

Cependant, si les internes considéraient en effet que l'empathie est une bonne attitude pour leur pratique professionnelle, certains avaient conscience également qu'elle doit être mesurée et adaptée aux besoins de chaque situation rencontrée pour éviter le risque encouru de survenue de burnout dans le cas contraire d'empathie démesurée et sans limite.

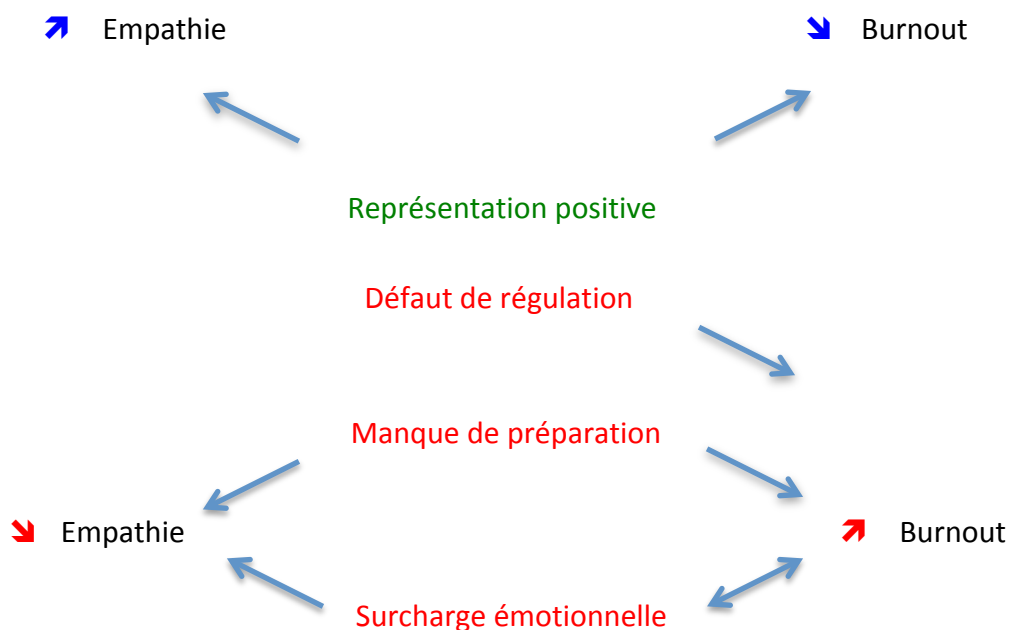
- « *il faut s'adapter et trop d'empathie à mon avis ne sera pas bénéfique, ni probablement pour les patients d'une façon générale, ni pour sa propre, son propre exercice.* » (l. 5)
- « *l'empathie, il faut la contrôler parce que si on se laisse envahir par nos émotions, on ne peut pas être un médecin efficace* » (l. 14)



### 1.1.3. La préparation et l'expérience

Les internes ont dit avoir expérimenté que l'empathie a un impact sur leur propre psychisme et ont signalé la nécessité et l'influence d'une préparation de qualité pendant les études universitaires et en stage afin d'entrer dans la vie professionnelle avec des atouts et dans les meilleures conditions.

- « Je pense que l'empathie pour l'instant on l'apprend sur le tas : chacun l'apprend à sa façon au boulot, et oui, il y aura forcément des burnouts. Et il y aura forcément des gens qui vont craquer, ou qui n'auront pas assez d'empathie parce qu'on est peut-être pas complètement préparé à comment il faut gérer tout émotionnellement, comment est-ce qu'on est plus efficace pour soi et pour le patient. Et enfin, oui pour l'instant, c'est très anarchique comme formation l'empathie. » (I. 1)
- « Quand on sait le faire et avec un peu d'expérience je ne pense pas que ça pose de problème. » (I. 20)

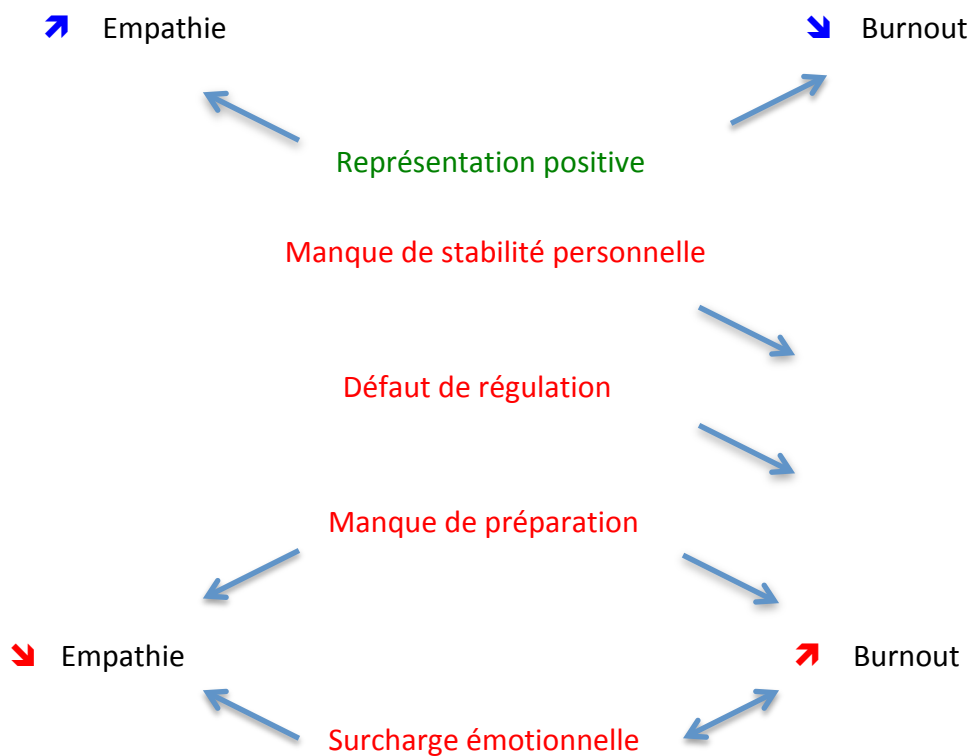




#### 1.1.4. La stabilité personnelle :

Cependant, au delà de l'intérêt réel perçu pour la pratique et la formation de l'empathie, certains internes ont manifesté qu'ils étaient influencés dans leur propre stabilité personnelle par leur pratique de l'empathie.

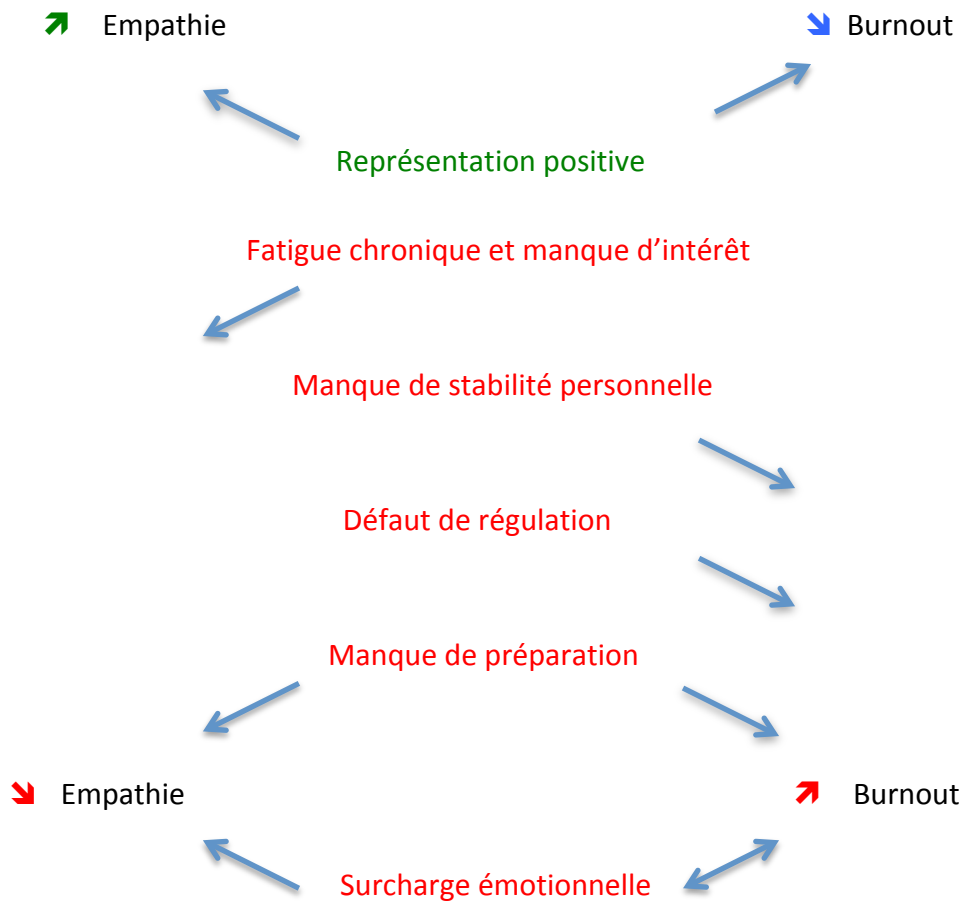
« - Moi, oui ça m'influence. Alors est-ce que c'est vraiment le problème des gens qui m'influence ? Je ne sais pas, je ne sais pas de quelle manière mais oui forcément ça influe sur son moral à soi et sa vie à soi. » (I. 24)



### 1.1.5. La fatigue chronique

C'est notamment par la fatigue chronique du soignant que certains internes ont signalé pouvoir en venir à manquer d'intérêt et réduire leur empathie à l'égard des patients.

« Je pense qu'un médecin qui est épuisé à un moment il peut plus penser aux autres. » (I. 8)



## 1.2. Les six facteurs contextuels modifiant l'empathie

Toujours dans la partie ouverte du discours, les internes ont aussi évoqué six thèmes qui sont des facteurs contextuels modifiant la relation entre empathie et burnout.

### 1.2.1. L'état émotionnel propre

Les préoccupations mentales immédiates et propres à l'interne, notamment leurs émotions négatives, contraignent les internes dans leur disponibilité pour pratiquer leurs soins avec empathie, celle-ci s'en trouvant réduite la plupart du temps.

« Si on a des problèmes ça va plus occuper notre esprit, on va être moins disponible, plus impatient et du coup moins empathique » (I. 17)



### 1.2.2. Les contraintes organisationnelles

Mais les internes ont aussi dit être influencés par des contraintes extérieures à eux même, et liées à leur ressenti du fonctionnement général du système de santé français et à son organisation actuelle.

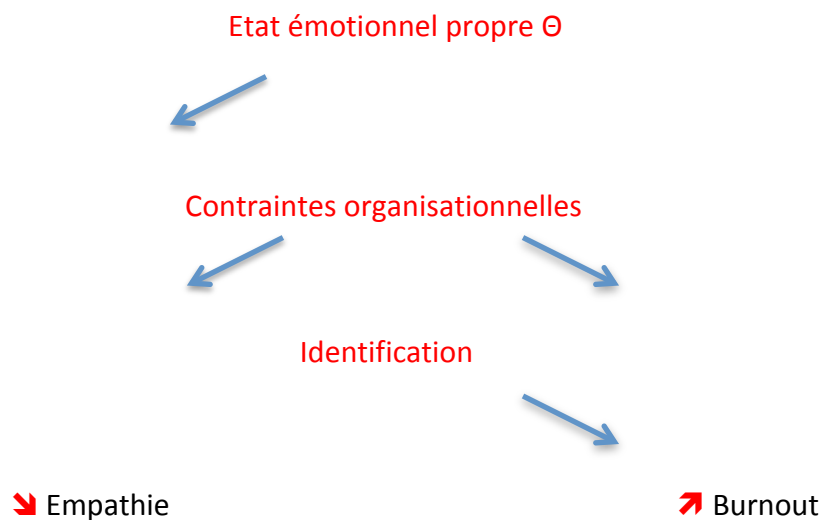
« C'est comme s'il fallait faire du chiffre » (I. 1)



### 1.2.3. L'identification

Des épisodes d'absence de travail mental de dissociation personnelle vis à vis des problèmes du patient avec glissade et confusion des difficultés du patient avec les siennes, correspondant à une identification psychologique au patient, étaient signalés comme responsables d'un risque de survenue de burnout.

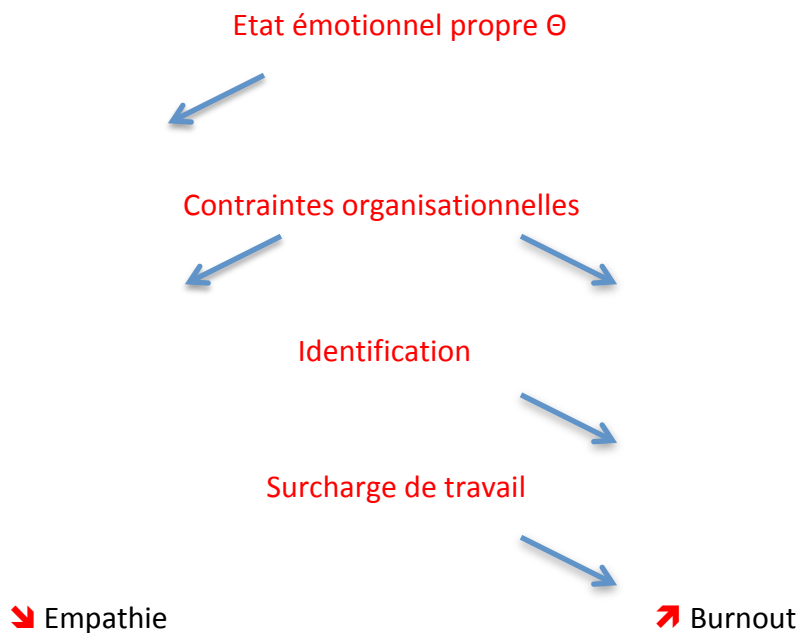
*« Si tu as un vécu qui est difficile et que tu t'identifies au patient, ou tu connais quelqu'un et finalement ça interfère avec du personnel, bah oui ! Oui ! » (l. 11)*



#### 1.2.4. La surcharge de travail

Certains internes ont dit aussi qu'ils se sentaient influencés dans leur exercice de l'empathie et mis en danger par une charge de travail excédant leurs capacités.

*« Peut-être que certaines personnes sont trop empathiques, mais si ces personnes, leur charge de travail, elle était adaptée, c'est sûre que dans 95% des cas (enfin je dis ça au pif), ils ne seraient pas en dépression ou en burnout ou tout ça. Et c'est l'alliance des deux peut-être, qu'une personne qui est très empathique et qui a une grosse surcharge de travail, qui fait que voilà ! » (I. 9)*



### 1.2.5. La valorisation/Le besoin de revalorisation

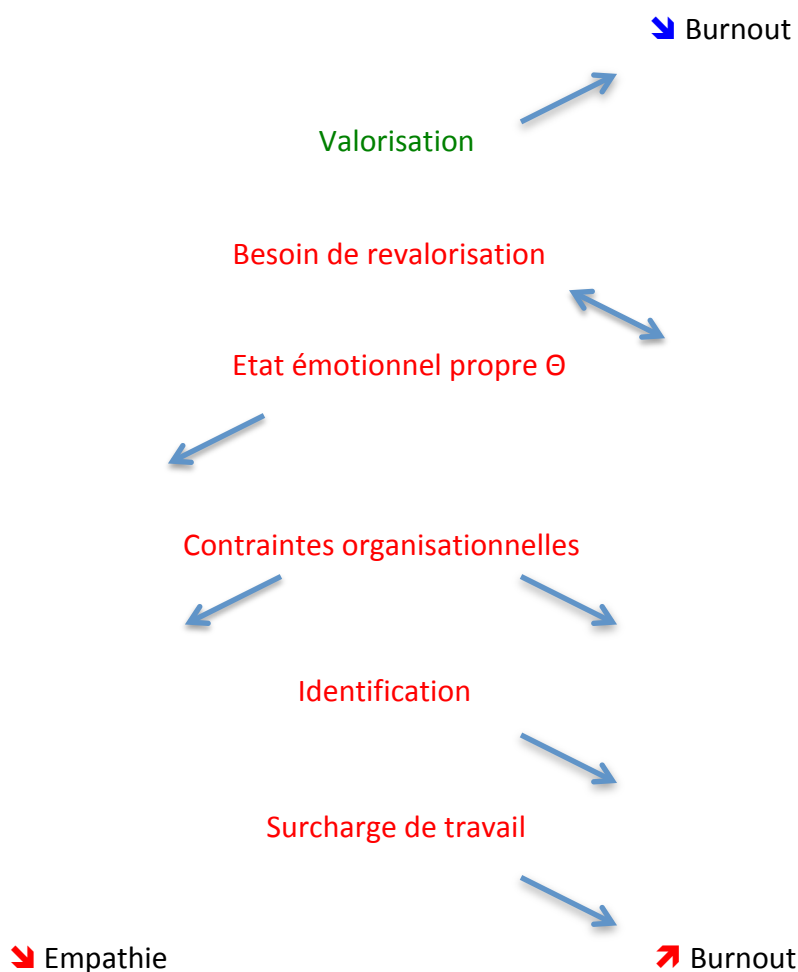
Les internes pratiquant l'empathie se sentaient valorisés par la gratitude des patients, et le plaisir alors ressenti leur permettait d'éloigner le burnout.

« Ca peut être valorisant quand tu as fait preuve d'empathie. Et puis les gens te remercient beaucoup tu vois. » (I. 11)

« D'autre part je pense que oui ça peut être gratifiant quand on sort d'une consultation où on a l'impression d'avoir aidé la personne du fait d'être empathique. » (I. 19)

Certains également se sentaient revalorisés par les remerciements des patients et pensaient donc être ainsi protégés de la survenue d'un burnout. Or, par déduction, il semble que ces internes étaient donc déjà en train d'évoluer vers un authentique épuisement professionnel.

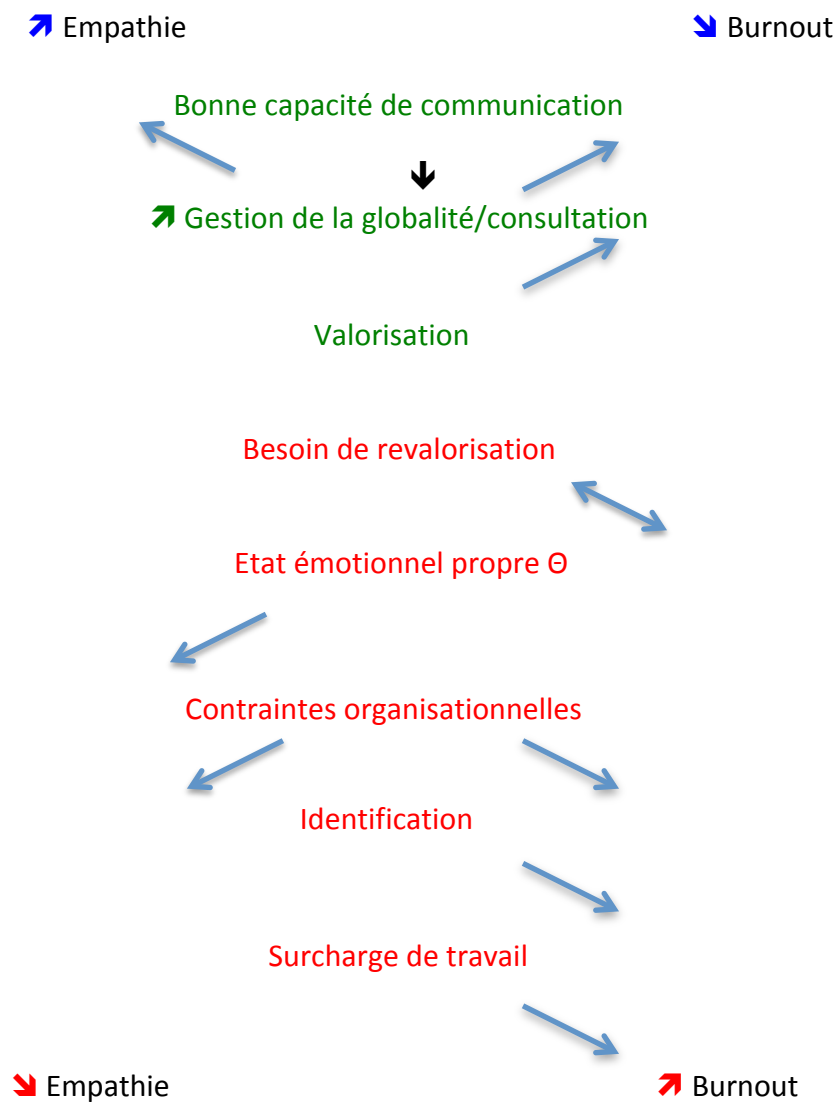
« Ca te revalorise en temps que médecin, en temps que personne déjà et puis en temps que médecin ! » (I. 11)



### 1.2.6. La gestion de la globalité d'une consultation grâce aux pratiques de communication

Le dernier facteur soulevé était la capacité de l'interne à communiquer efficacement avec son patient qui lui permettait d'acquérir une vision globale cohérente de son patient et l'aidait à développer son empathie tout en éloignant le risque du burnout.

« (...) les autres raisons (qui expliquent que l'empathie diminue le burnout) ça serait que ça diminue le burnout car ça permet de mieux gérer, heu... Après non, c'est vrai que ça n'est pas que l'empathie, ce serait des pratiques communicationnelles, qui pourraient me permettre de mieux gérer une consultation et donc de diminuer le burnout. Si on sait gérer une consultation, on perd moins de temps, on ne revient pas sur d'autres choses, on peut être plus empathique et on a moins de burnout. » (I. 16)



## 2. Les trois hypothèses

Dans la partie précédente, les internes ont évoqué à leur façon le lien entre empathie et burnout.

La seconde partie était donc la partie directive de l'entretien qui permettait d'interroger les internes de manière systématique et similaire sur leur opinion vis à vis des trois hypothèses formulées préalablement par les chercheurs, concernant les liens entre empathie et burnout. Les raisons invoquées pour justifier leur accord respectif à chaque hypothèse ont aussi été analysées.

### 2.1. La première hypothèse : le burnout diminue l'empathie

Tout d'abord vis à vis de la **première hypothèse selon laquelle le burnout diminue l'empathie en raison d'une dépersonnalisation**, certains internes ont expliqué qu'il peut alors se produire **une perte d'intérêt** pour le patient et pour le travail :

« Et le fait que ca ne t'intéresse plus, tu trouves **aucun plaisir à soigner des gens** : non tu ne peux pas vraiment être empathique quoi ! » (I. 11)

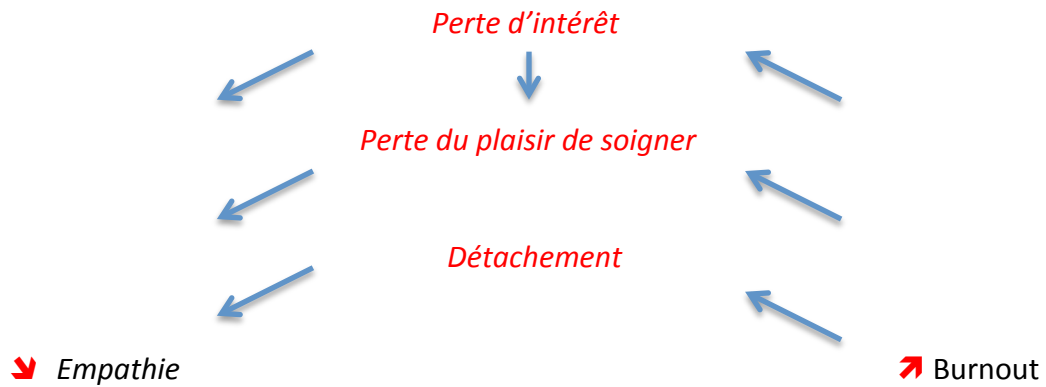




La provocation d'un **détachement** vis à vis de l'environnement était également bien soulignée :

« Je pense que quelqu'un qui fait un burnout il se retrouve détaché il peut plus être empathique. » (I. 8)

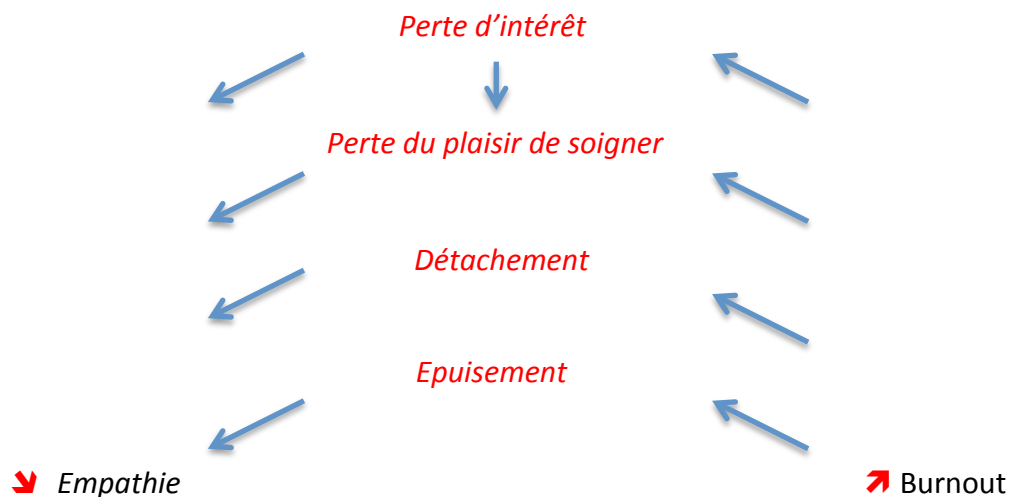
« Si on est en burnout : oui là, je pense y a plus personne ! » (I. 9)



Et certains internes avaient pu expérimenter que leur burnout entraînait **une perte d'énergie** défavorable à un exercice empathique de la médecine.

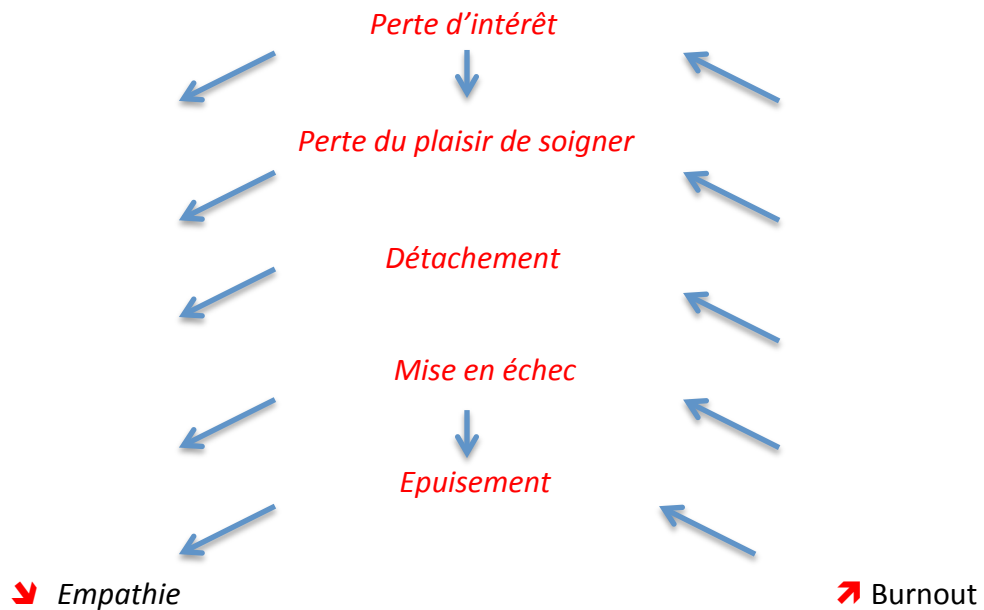
« Le burnout diminue l'empathie ça je pense c'est vrai parce que quand on n'est pas bien on a du mal à aller vers les autres. Enfin ça demande plus d'investissement et voilà... » (I. 3)

« Oui, on est fatigué, on est épuisé, donc... Donc on est moins empathique. » (I. 12)



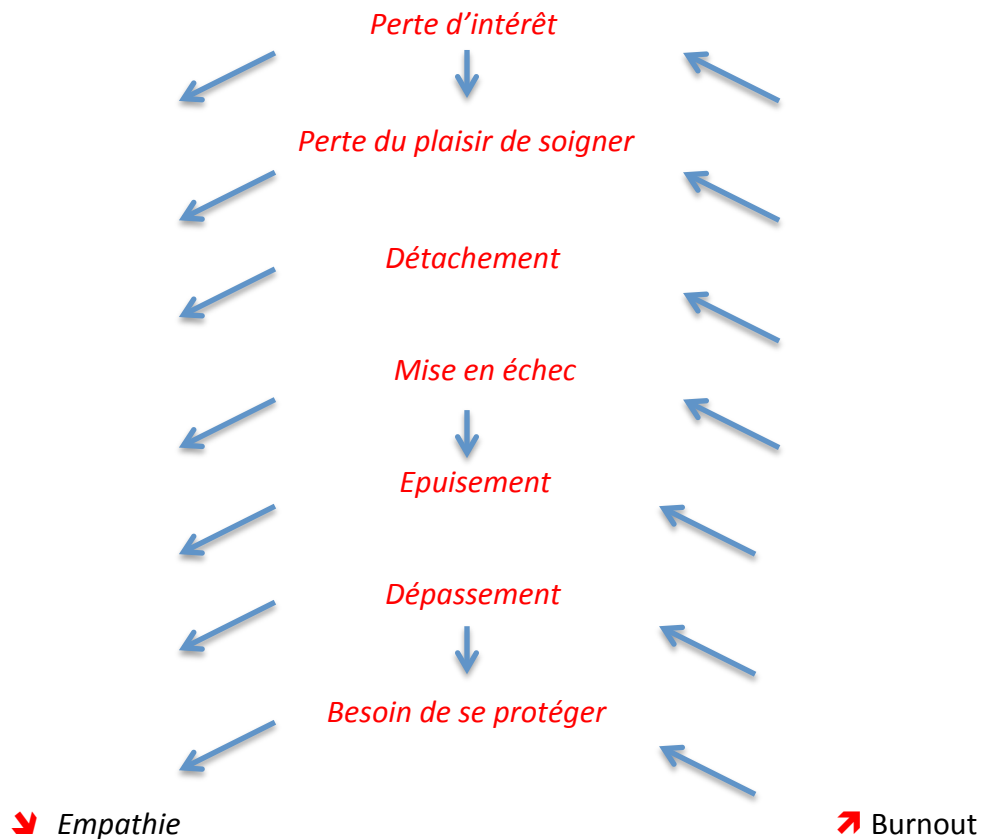
Dans ces conditions d'épuisement, **une mise en difficulté ou en échec** étaient alors des circonstances particulièrement défavorables à leur pratique de l'empathie.

« Quand j'ai été mise dans une situation complètement différente où j'étais en échec et bien... je pense que j'étais en burnout et donc ça a diminué ... J'étais complètement antipathique, c'est pas le contraire de l'empathie mais pour moi j'arrivais plus à être empathique. » (I. 4)



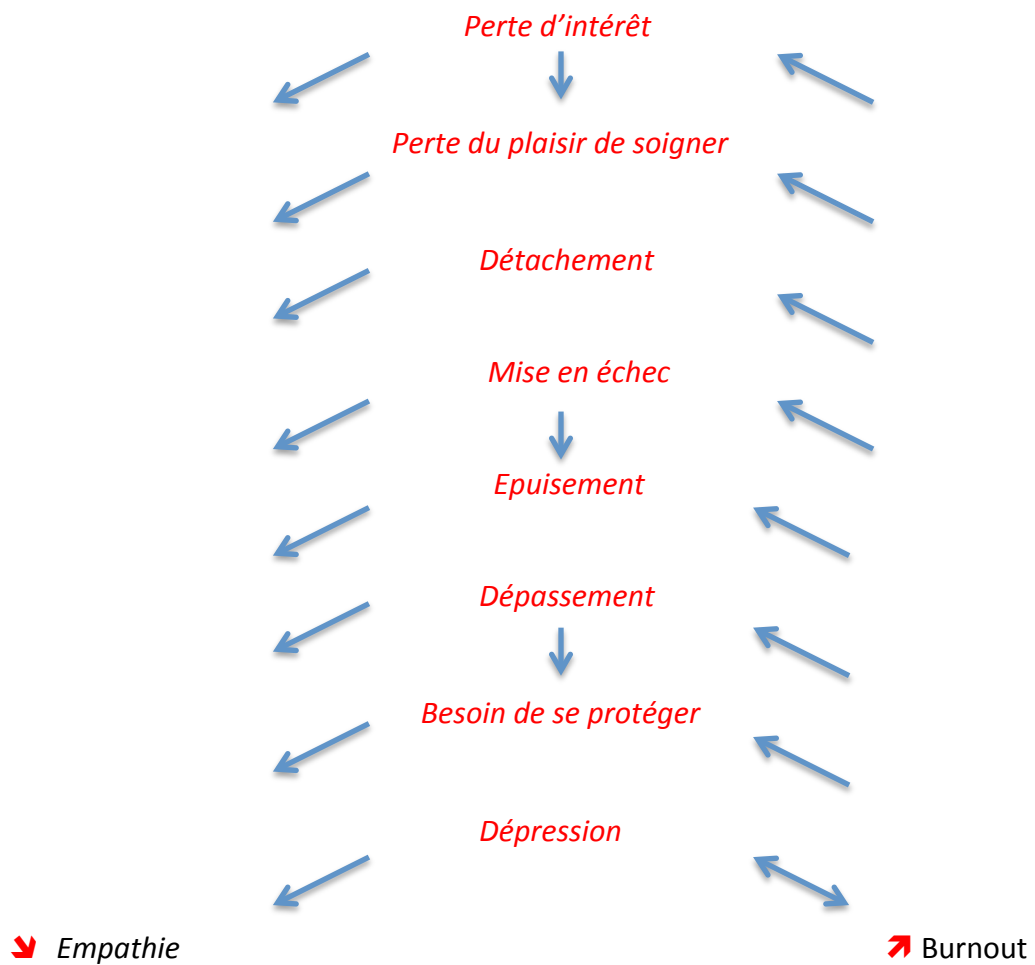
Les internes ont déploré avoir ressenti du **dépassement** dans la gestion globale des situations médico-psycho-sociales de leurs patients. Ils ont alors dit que le burnout a pu les enfermer dans un besoin psychique de se protéger accompagné d'une incapacité à ressentir la souffrance des patients en plus de la leur.

« Donc clairement, si on est en burnout on est déjà dépassé par ce qui nous arrive et on a besoin de se protéger, on ne peut pas en plus ressentir la douleur des gens. » (I. 17)



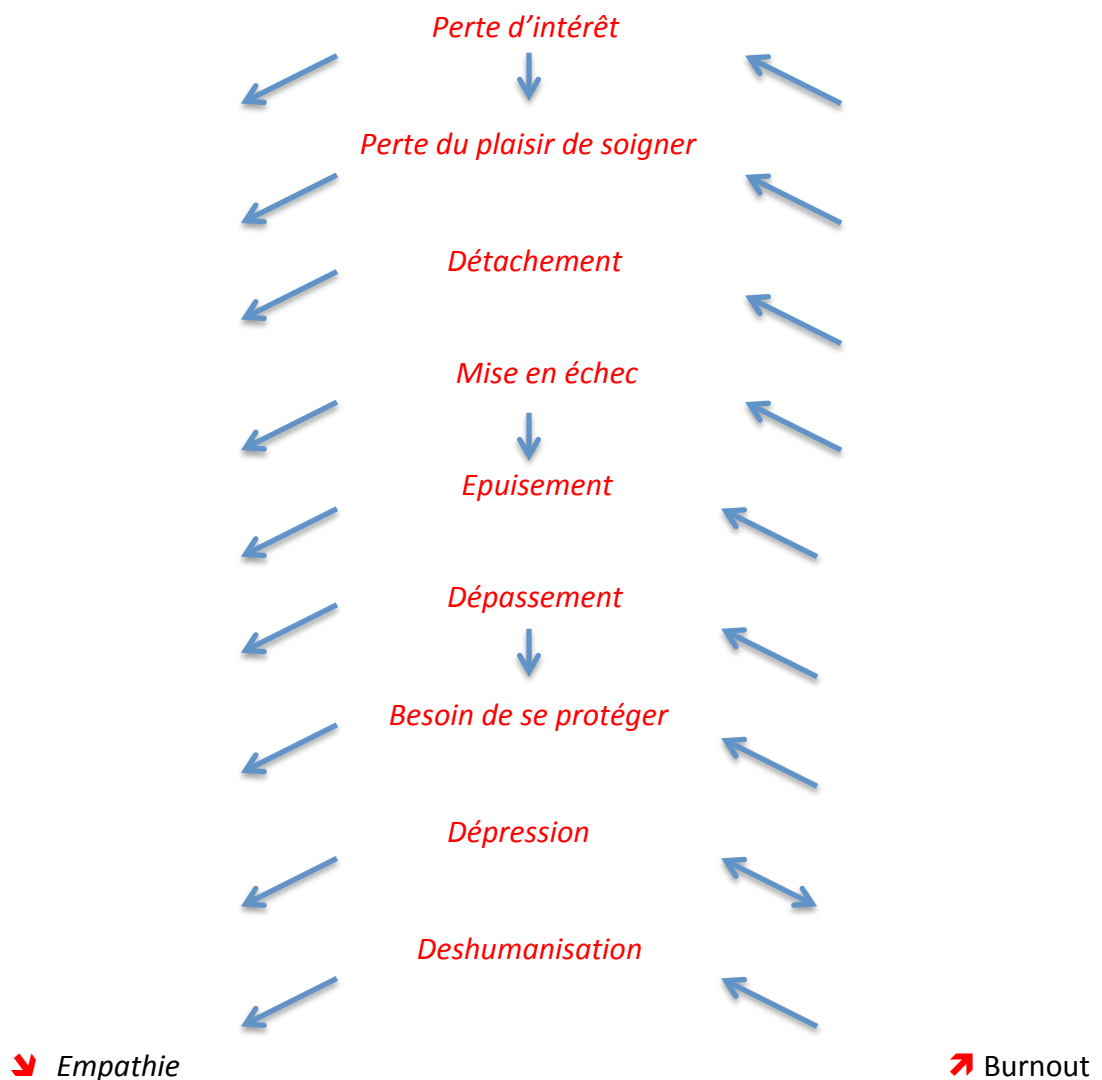
Certains internes signalaient que **la dépression** accompagnant leur burnout avait favorisé leur réduction d'empathie.

« Donc oui, quand on est en burnout, en dépression, on appelle ça comme on veut, pour moi c'est très difficile de s'intéresser aux autres. » (I. 4)



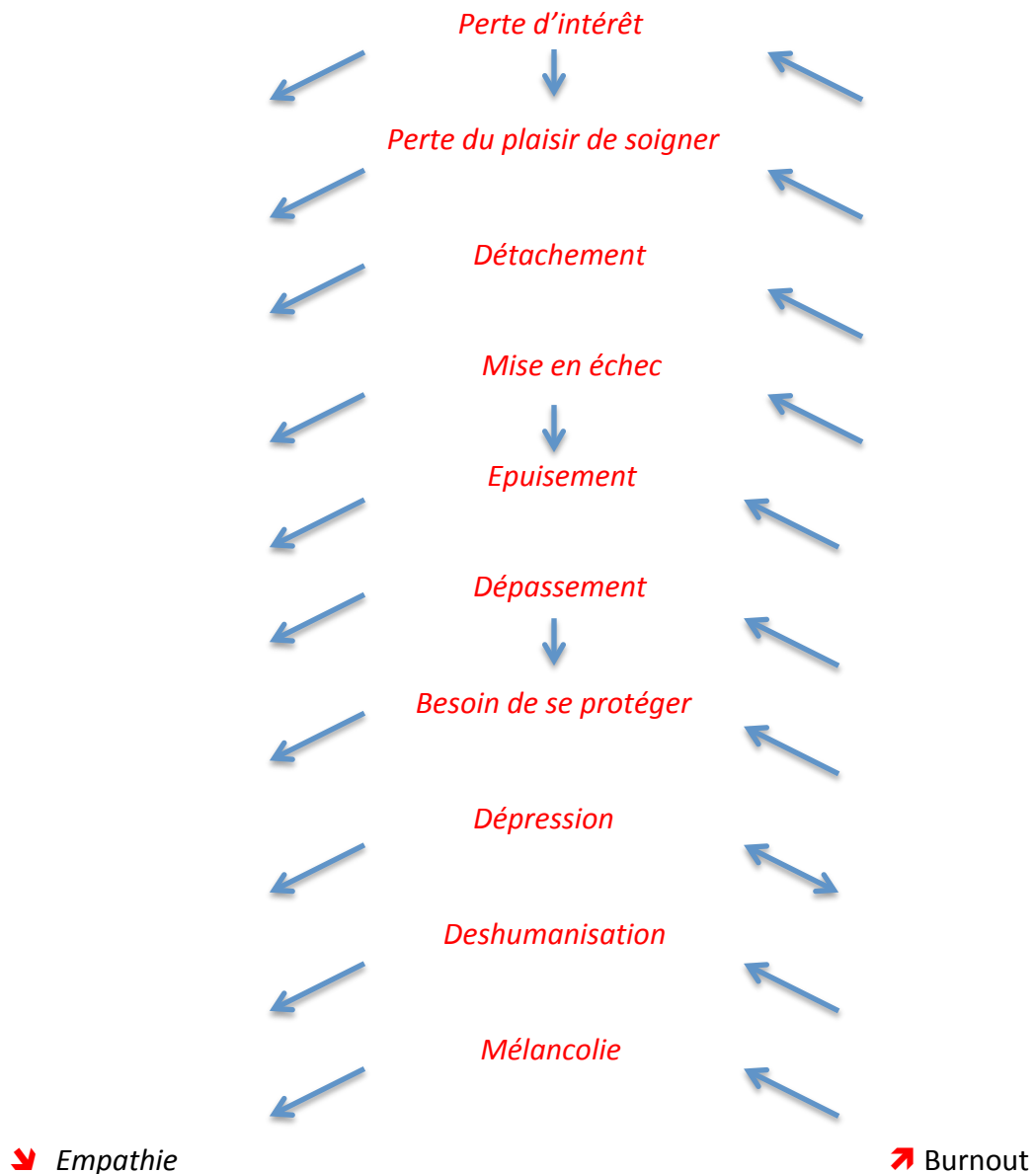
Certains internes en burnout pouvaient avoir vécu une véritable situation de **deshumanisation** mentale du patient au sein de leur relation singulière de soignant-soigné, lequel phénomène mental était pour eux relié directement à leur réduction d'empathie.

« Je pense que c'est vrai car on n'a plus trop d'empathie quand on est en burnout, on voit plutôt les patients comme un numéro et on essaie de les soigner. » (I. 22)



Enfin certains internes étaient passés par des états de **mélancolie** véritable au cours de leur burnout, les empêchant d'avoir de l'empathie.

« On est dans une sorte de **bulle noire** quoi. Une bulle ! Donc ce qui se passe autour : pff ! C'est plus ton problème. » (I. 13)



## 2.2. La deuxième hypothèse : l'empathie entraîne le burnout

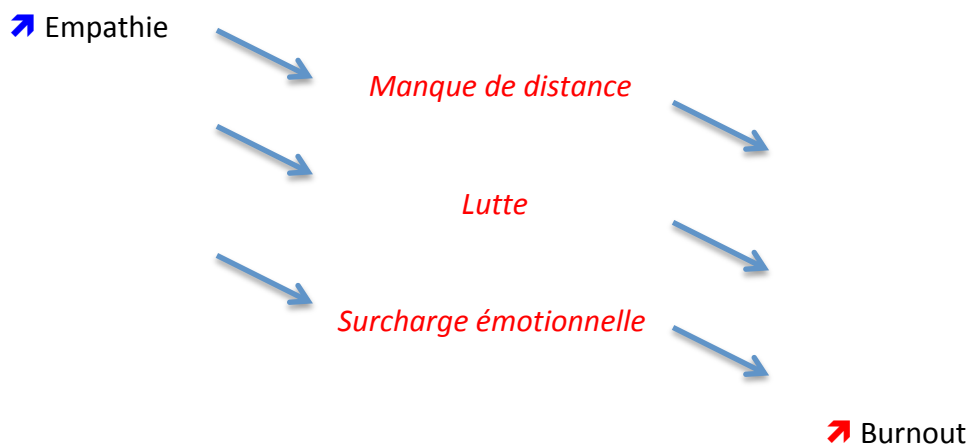
Ensuite, vis à vis de la seconde hypothèse selon laquelle l'empathie favorise le burnout car elle crée une fatigue compassionnelle à force de vivre les émotions des patients, les internes ont signalé qu'un **manque de distance** vis à vis des patients avait pu nuire à leur moral sur le long terme.

« Oui, c'est comme si on vivait la situation, donc on lutte. » (I. 15)



La **surcharge émotionnelle** de l'interne a également été donnée comme une raison. Elle pourrait, pour certains internes, être nocive par sa fréquence mal supportée ou son accumulation, et aussi par son intensité.

« Je pense que l'interne, il est tellement chargé d'émotions qu'au bout d'un moment, c'est normal que ça crée une fatigue compassionnelle. Je pense que ça peut être vrai à un gros, gros, niveau émotionnel. S'il a une grosse charge émotionnelle avec... » (I. 7)

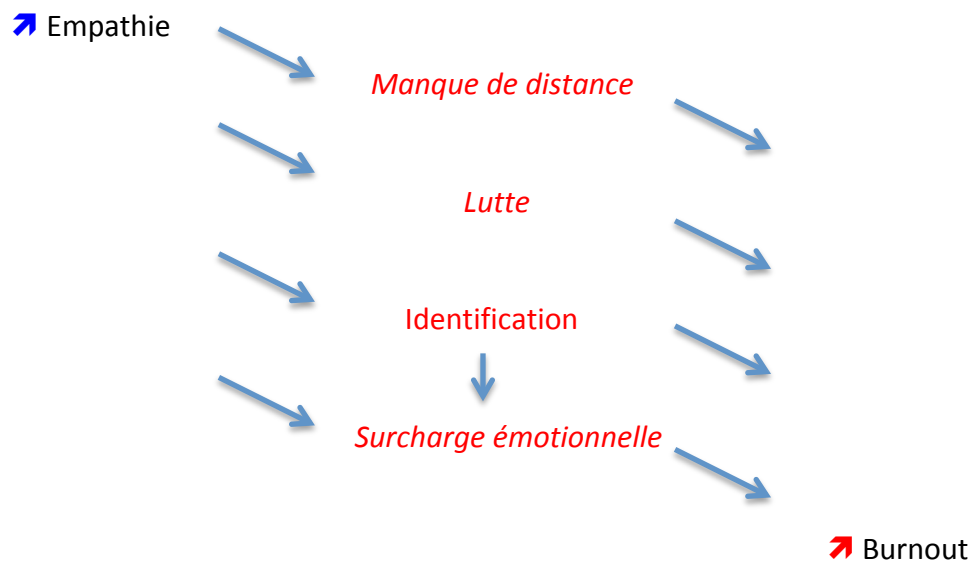


Certains internes ont impliqué le processus d'**identification**. Ils ont ainsi témoigné avoir vécu une surcharge émotionnelle psychiquement dangereuse et pouvant favoriser le burnout.

« Je pense que si ça rappelle trop des choses très dures que nous même on a vécu, ou qu'on n'arrive pas à gérer et tout ça... » (I. 12)

« Voilà, quand on a des patients qui ont notre âge, enfin pour d'autres situations, voilà, c'est plus difficile. » (I. 13)

« Après, on est souvent hantés par les patients, on les revoit, on se dit « ah, ben si ça avait été moi » (I. 14)

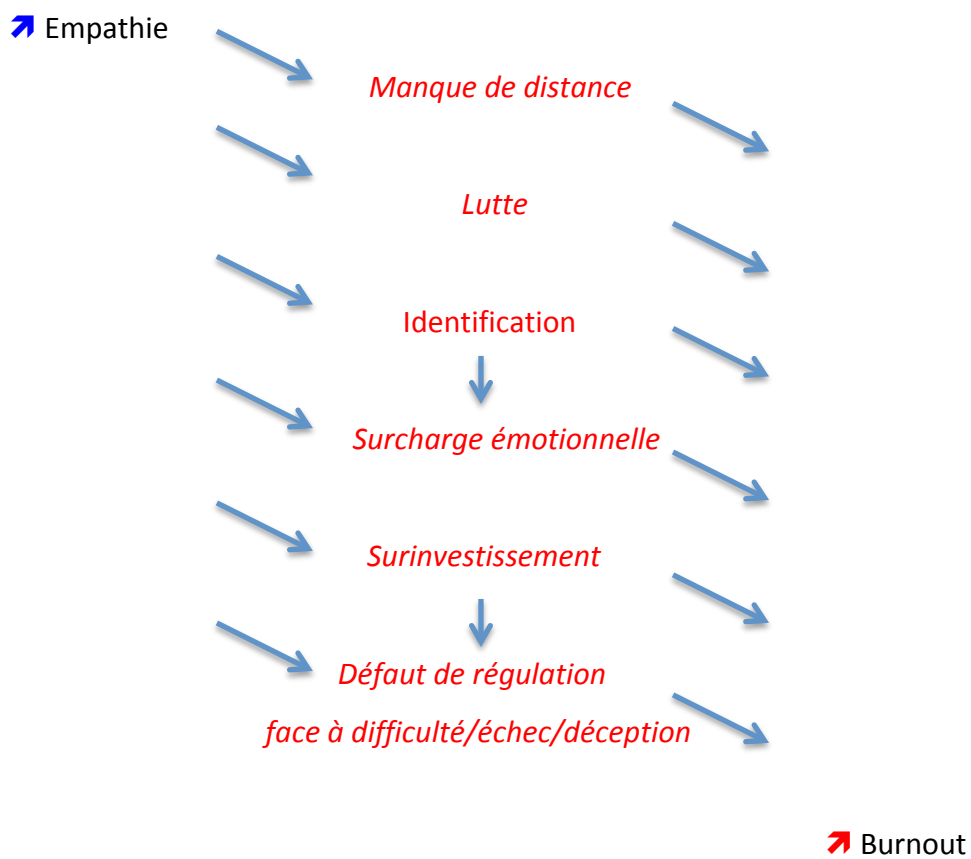




Les internes considéraient qu'un **surinvestissement** accompagnant une pratique empathique était la raison d'une tendance au burnout. En particulier, les internes surinvestis qui rencontraient une déception professionnelle ou l'échec de leur conduite thérapeutique risquaient de développer un burnout.

« Alors beaucoup trop d'empathie favoriserait le burnout. Je pense que si on s'implique beaucoup trop émotionnellement dans ce qu'on fait on craque forcément dès que ça ne marche pas (...). » (I. 1)

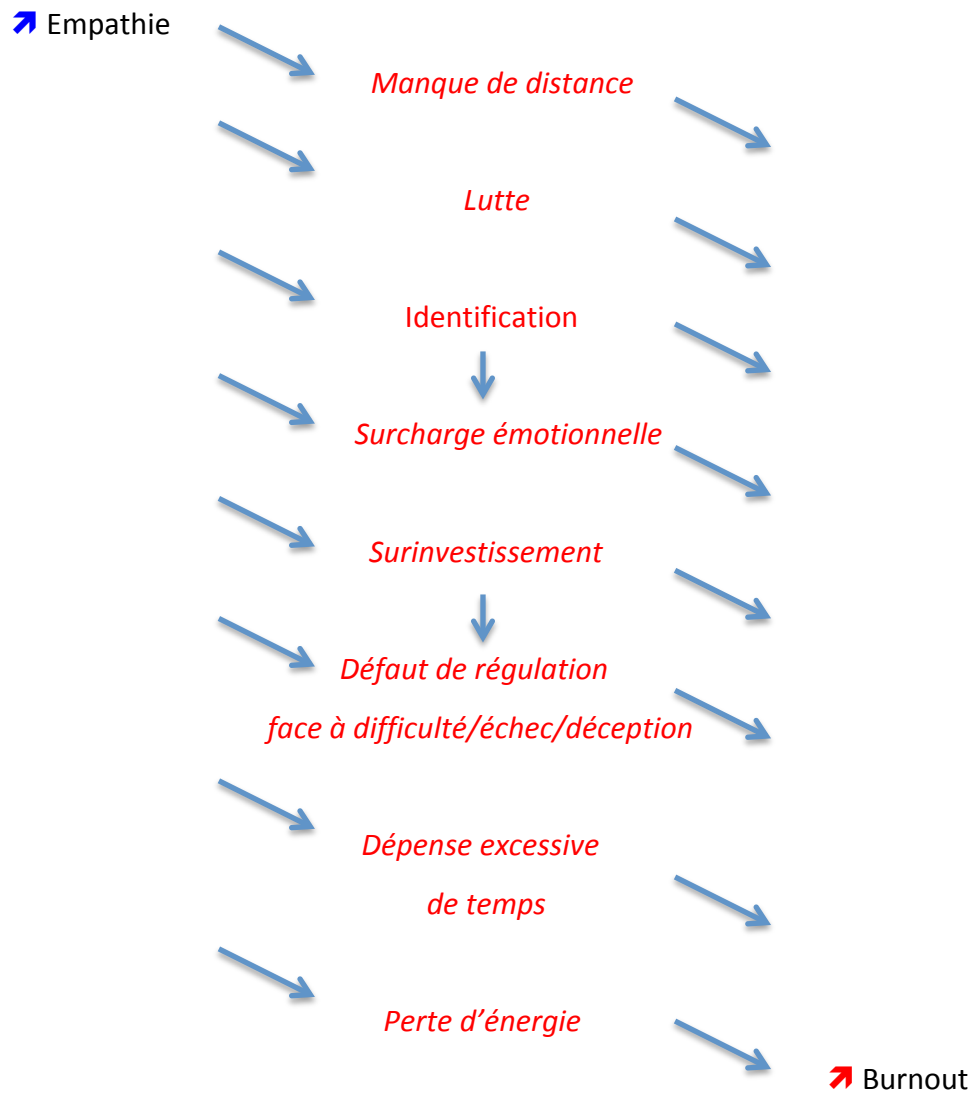
« Donc j'ai fait beaucoup, j'ai pas lâché assez les rênes là dessus (...) donc là je suis d'accord du coup avec la deuxième. » (I. 4)



La prise de **temps** et la prise d'**énergie** par une pratique de l'empathie ont été indiquées comme des raisons expliquant l'évolution à terme vers un burnout.

« Oui, mais ça prend beaucoup de temps. Et moi, je peux comprendre que, voilà, à force, on souffre. » (I. 10)

« Oui, je pense que ça prend de l'énergie d'écouter les gens et d'essayer d'être empathique. » (I. 10)



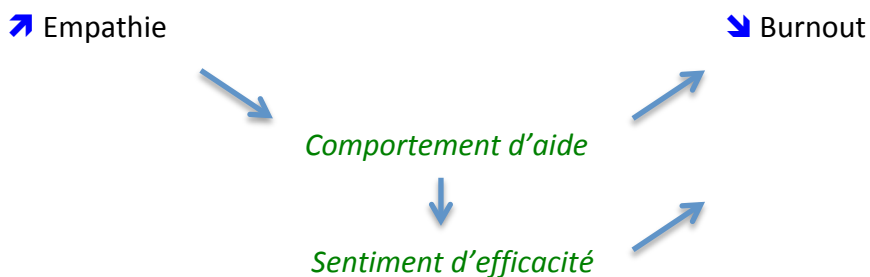
### 2.3. La troisième hypothèse : l'empathie protège du burnout

Enfin, vis à vis de la 3<sup>ème</sup> hypothèse selon laquelle l'empathie diminue le burnout car elle favorise la satisfaction du soignant mais aussi du patient et favorise ainsi la perception d'un accomplissement personnel, certains internes ont indiqué que leur adoption d'un **comportement d'aide** réduisait leur risque de burnout.

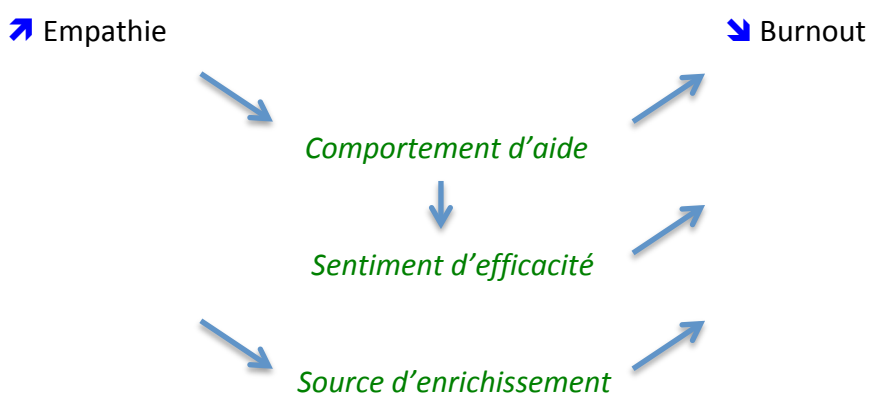
« Enfin il y a un sentiment de satisfaction même si voilà quoi, il y a énormément de trucs qui ne veulent pas marcher, qui ne se passent pas bien : bin j'ai quand même l'impression d'avoir aidé, compris, servi au patient. » (I. 2)



Ce comportement d'aide procurait alors un **sentiment d'efficacité** à l'interne :  
« ca peut rendre la sensation qu'on a bien fait notre travail et du coup, on est content de soi » (I. 12)

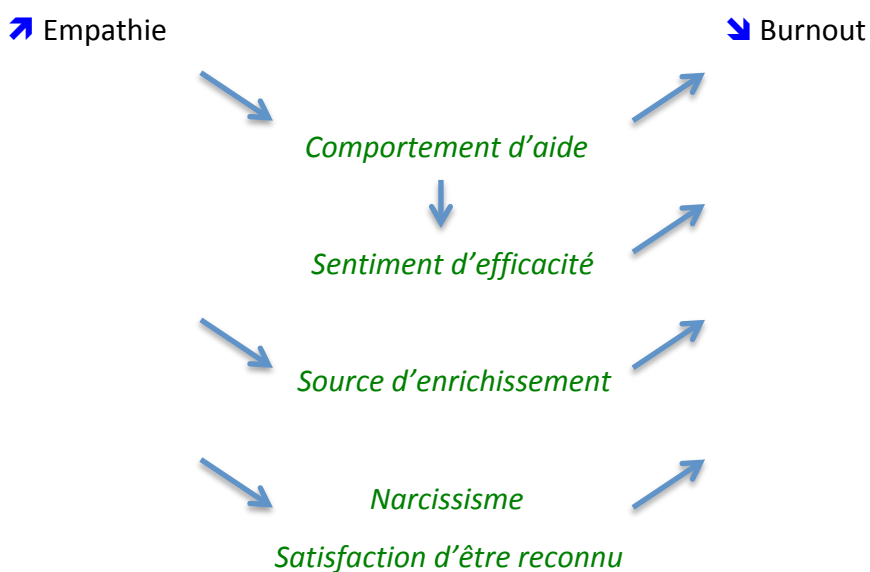


Certains internes disaient qu'ils appréciaient particulièrement l'empathie comme étant une **source d'enrichissement personnel** au delà des risques théoriques de sa pratique. « *Moi ça me fait du bien d'avoir de l'empathie pour les gens, ça ne m'a jamais blessé, je me suis toujours senti plus riche quand j'avais eu l'impression de réussir à comprendre quelqu'un, à partager un petit peu de ses émotions, je me suis toujours senti enrichi par ça, ça ne m'a jamais blessé.* » (I. 6)



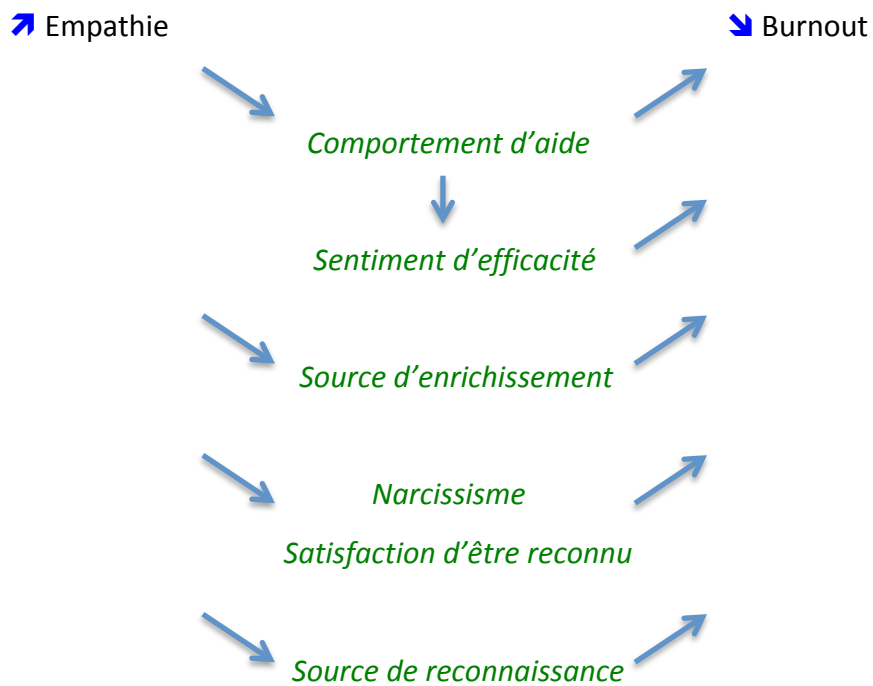
Quant à certains, l'empathie nourrissait leur plaisir d'être valorisés et flattait leur ego.

« *Alors ça je suis plutôt d'accord car je pense que le travail de soignant c'est des gens qui aiment bien qu'on les remercie et qui aiment être reconnus dans ce qu'ils font.* » (I. 20)



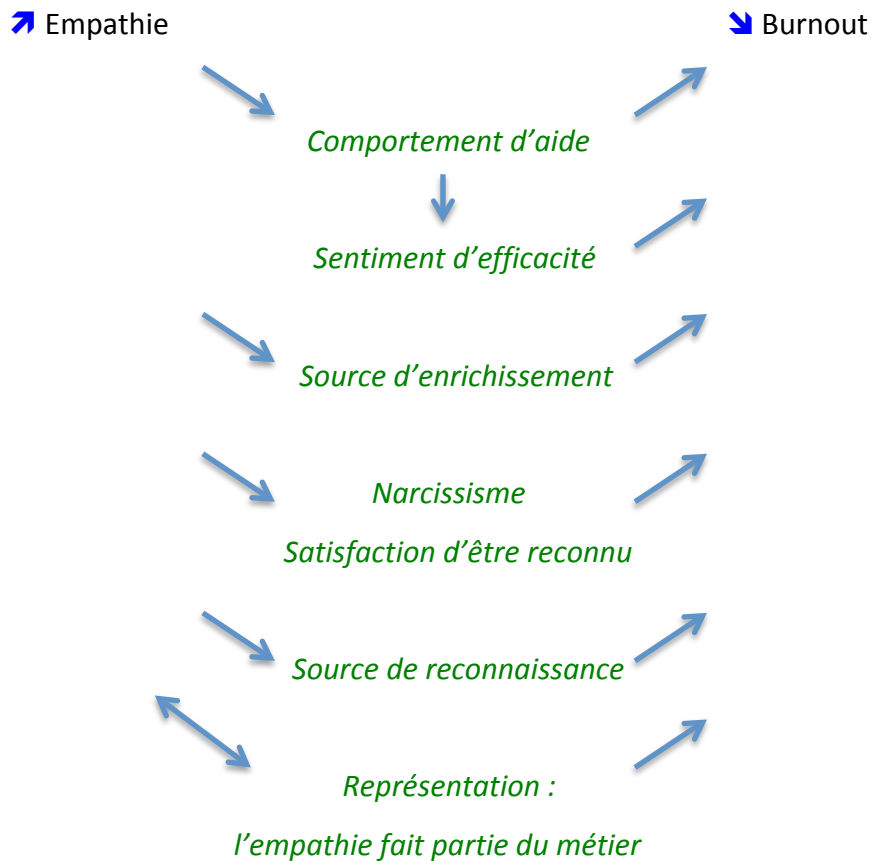
Certains internes se réjouissaient que leur empathie ait pour effet secondaire de **susciter de la reconnaissance** de la part du patient.

« Tu te sentais un peu revalorisé dans ton travail alors que tu n'avais pas fait grand-chose : ben ne serait-ce que ça chez quelqu'un qui est, entre guillemets, « victime » de burnout, oui ça peut ! » (l. 11)



Le fait que l'empathie fasse intégralement **partie du métier** était indiqué comme une bonne raison de penser que l'exercice de l'empathie réduit le burnout. Pour ces internes, l'exercice de leur médecine ne pouvait se concevoir sans une pratique de l'empathie, celle-ci donnant du sens à leur métier et les conduisant à un sentiment de satisfaction professionnelle.

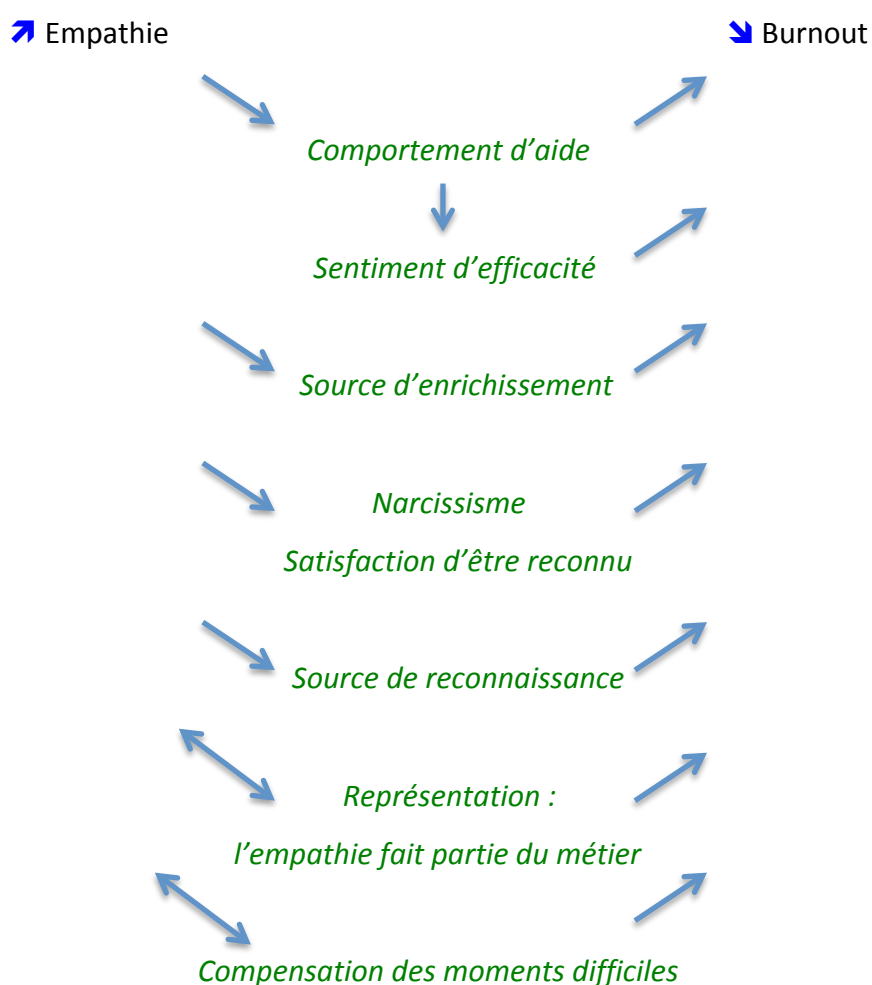
« C'est, ce qu'on peut dire, ce qui nous fait aimer le métier quoi. » (I. 2)



Le fait que l'empathie leur procurait de la **satisfaction au travail** et de la **satisfaction personnelle** était une raison des internes pour penser l'hypothèse vraie. Plus particulièrement dans les moments difficiles, ces internes ressentaient que l'empathie pouvait être **une compensation**.

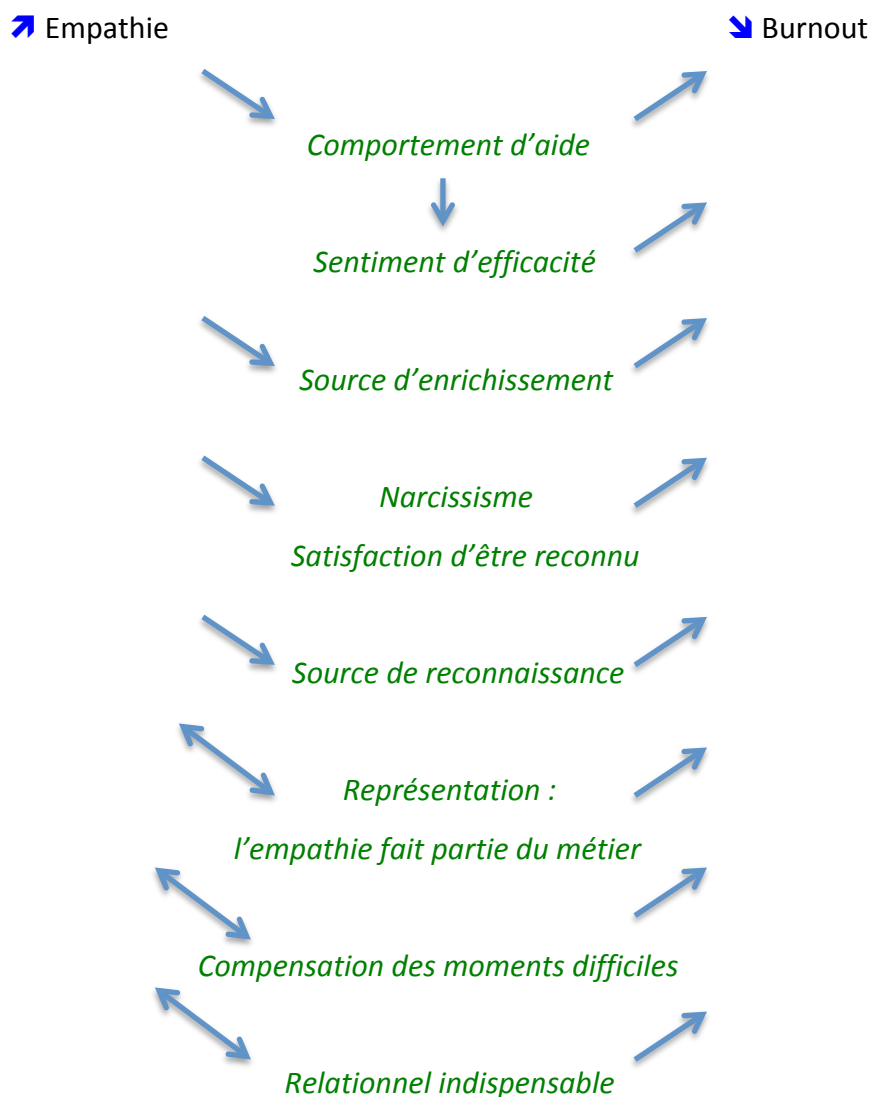
« L'empathie je pense qu'elle peut diminuer le burnout en effet voilà parce que on est plus content avec le travail qu'on fait. » (I. 5)

« C'est par l'empathie et par ceux qu'on peut aider qu'on rattrape un peu le coup. » (I. 9)



C'est enfin **l'aspect relationnel** qui paraissait incontournable dans la rencontre singulière médecin-patient car étant à l'origine d'une double satisfaction de l'interne et de son patient.

« Enfin je ne peux pas être satisfaite de mon travail si je n'ai pas fait en favorisant le relationnel, quelque soit le contexte, en particulier aux urgences. » (I. 23)





### **III. DISCUSSION**

#### **A. GENERALITES**

Cette étude qualitative a permis d'explorer les mécanismes reliant l'empathie et le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale et était menée par un projet scientifique commun entre les médecins et psychologues de l'Université Paris Descartes. De nombreuses études (5; 6 ; 7 ; 8) avaient déjà permis de corréler la prévalence du SEP avec certains facteurs présumés, et la prévalence de l'empathie avec d'autres (47 ; 56 ; 57). Cependant tous les facteurs en cause n'avaient pu y être intuitivement évoqués, et les facteurs communs du lien entre empathie et SEP n'avaient jamais encore été recherchés, bien que des études se soient déjà intéressées directement à observer la relation existant entre l'empathie clinique et le burnout, en particulier chez les internes (10; 12).

Une étude qualitative exploratoire était donc nécessaire, puisque jusqu'alors aucune étude de ce type n'était disponible chez les internes ou les médecins généralistes français.

#### **B. ACCUEIL DE L'ENQUETE**

Il y a eu un très bon accueil de l'étude par les internes et un grand enthousiasme manifesté de leur part : toutes les internes participantes féminines ont été très volontaires pour participer, ce qui a donc conduit à l'obligation d'en refuser certaines. Tous les internes participants ont déclaré attendre avec impatience les résultats de ce travail, qu'ils aient pu ou non participer aux entretiens. Quelques difficultés pour arriver à la parité homme/femme ont été rencontrées car les femmes se sont trouvées majoritaires parmi les internes rencontrés, du simple fait de proportions déséquilibrées dans les promotions. En particulier,

un interne homme participant parmi les 12 a donc été sélectionné bien qu'il fut volontaire sans être extérieurement intéressé par le sujet de l'empathie.

### **C. FORCES DE L'ENQUETE**

Un premier intérêt de notre recherche est d'avoir collecté des données qualitatives, ce qui complète de façon partielle au moins les recherches quantitatives précédemment menées sur les liens entre burnout, santé des soignants et empathie chez les médecins généralistes (16).

Des entretiens individuels ont été décidés en raison du sujet sensible et personnel. L'absence de recueil des données non-verbales par une tierce personne a été choisie pour privilégier la dimension intime.

Les trois internes enquêteurs étaient des internes de première ou deuxième année de cursus du DES de médecine générale, ce qui a renforcé la compréhension mutuelle et l'interaction avec les internes participants.

Le choix de traiter du lien entre l'empathie et l'épuisement des internes a été motivé par la conviction que ceci pourrait aboutir à une démarche préventive à travers un enseignement adapté. En effet, un programme d'enseignement approprié sur la pratique de l'empathie ciblant l'ensemble des internes devrait les aider à améliorer leur aisance à pratiquer l'empathie envers leur patient, éviter les situations de mise en difficulté et prévenir à terme la survenue du burnout.

L'échantillon d'internes s'est envisagé en recherche de variation maximale. Tous les internes sollicités par contact direct à la faculté ou par téléphone ont accepté de participer, y compris les internes volontaires bien qu'à priori non intéressés par le sujet.

Au moment de l'analyse, le point d'atteinte de la saturation des données a été reconnu par l'ensemble des chercheurs.

## D. LIMITES ET BIAIS DE L'ENQUETE

### - Liés à la méthode de sélection de l'échantillon :

Les internes ayant été rencontrés directement (soit à la faculté, soit par mail, soit par téléphone), un biais de recrutement a pu être induit si les internes les plus motivés par un entretien sur l'empathie et le burnout ont été sélectionnés.

En effet, environ 150 internes ont pu être contactés par les trois internes enquêteurs, ce qui a permis la participation des 24 premiers internes volontaires. Peu d'internes ont donc participé sur ceux contactés. Il est certain que de nombreux internes n'avaient probablement pas envie de dévoiler leurs sentiments intimes sur le sujet proposé, et le fait d'avoir sélectionné les internes sur la base du volontariat a pu nous détourner des internes non volontaires.

Un seul interne initialement non répondeur a changé d'avis et a participé aux entretiens après négociation d'une participation de l'interne enquêteur à sa propre thèse. Or ses réponses à l'entretien ont été sensiblement différentes des autres internes répondeurs comme nous le verrons plus loin dans le paragraphe Commentaires. Cette situation implique un possible biais de sélection et suggère que les résultats auraient éventuellement pu être encore enrichis par des internes non répondeurs.

### - Liés au type d'instrument d'évaluation :

Trois internes enquêteurs ont séparément réalisé des entretiens de type semi directifs après un apprentissage théorique de la procédure au cours d'une réunion d'environ deux heures, suivi d'une mise en pratique par la réalisation d'un entretien blanc sous la supervision d'un psychologue encadrant. Les trois entretiens blancs ont pu être conservés dans l'analyse du fait de la qualité de leur réalisation.

Le fait que les enquêteurs étaient eux même des internes a été favorablement accueilli mais ceux-ci ont néanmoins pu induire des réponses en orientant leurs questions du fait que ce travail était leur première expérience.

Par ailleurs, certains internes participants ont pu minimiser les causes à l'origine d'une réduction d'empathie et de la survenue d'un épuisement, ou être intimidés par l'interne enquêteur et par l'enregistrement audio. Cependant, à la fin du premier entretien de chaque

interne enquêteur permettant la validation initiale de la grille d'entretien, les internes participants ont dit avoir apprécié l'aspect confidentiel et ont exprimé leur aisance durant l'enregistrement.

- Liés à la formulation des questions des entretiens :

Certaines questions étaient ouvertes puisqu'il s'agissait de faciliter et soutenir l'expression de l'interne pour recueillir son discours de la façon la plus objective possible par le moyen d'entretiens semi directifs. Cependant d'autres questions ont été formulées de façon fermée afin de présenter les trois hypothèses en réalisant un effort de neutralité et de reproductibilité d'un interne à l'autre.

La partie ouverte et non directive des entretiens abordant plusieurs domaines d'information, il est regrettable qu'une seule question ouverte, ci dessous, ait exploré le thème de l'influence de l'empathie sur la santé de l'interne qui nous intéressait particulièrement, d'autant que la formulation était assez mal habile puisqu'elle orientait déjà un peu le sens de la réflexion de l'interne :

*Penses-tu que l'empathie peut être dangereuse pour ton équilibre personnel (puise trop d'énergie, demande trop de temps, met en péril ton fonctionnement social...) ou au contraire comme salutogène ? Si oui pourquoi ?*

- Liés au protocole :

Les trois internes enquêteurs n'ont pas organisé de relecture des entretiens par les internes participants ce qui produit un risque de défaut de fidélité.

- Liés à l'interprétation des résultats de l'étude :

La méthode testée et approuvée de l'analyse thématique a été employée pour l'interprétation des entretiens semi directifs. Une première étape de codage ligne par ligne a été réalisée par quatre chercheurs (A. Joubert, J. Picard, L. Robieux et F. Zenasni) puis ces quatre chercheurs se sont réunis pour présenter leur « thèmes descriptifs » et soulever par leur réflexion commune des « thèmes analytiques ». Après un travail secondaire attentif en groupe de trois chercheurs (A. Catu Pinault, J. Picard et F. Zenasni), des thèmes récurrents ont finalement été repérés.

Ainsi ce travail nécessaire de sélection des données pour les classer par catégorie a pu induire un biais d'interprétation. Cependant, pour minimiser ce risque :

- d'une part deux chercheurs non enquêteurs (F. Zenasni et L. Robieux) ont participé au travail de sélection des phrases clés réalisé avec deux internes enquêteurs (A. Joubert et J. Picard), chacun ayant travaillé de façon séparée sur l'ensemble des entretiens.
- d'autre part un cinquième chercheur (A. Catu Pinault) a participé au travail secondaire de classement par catégorie.

- Liés à la zone géographique :

Seuls les internes de la région Ile de France ont participé à notre étude. En effet, bien que les internes réalisent un même DES de médecine générale sur l'ensemble du territoire français quelque soit leur faculté de rattachement, il est probable que le rythme et la qualité de vie des internes exerçant en Ile de France soient différents de ceux des autres régions.

- Liés à la saison :

Notre étude, transversale, réalisée sur la base des entretiens semi directifs s'est déroulée sur une seule saison, le printemps. Cela nous a permis, entre avril et juin, d'obtenir des entretiens avec certains internes terminant leur stage (le premier, le troisième ou le cinquième du DES), et d'autres internes commençant leur stage (le deuxième, le quatrième ou le sixième du DES).

- Liés au contexte :

Les entretiens ont été particulièrement agréables pour les trois internes enquêteurs du fait de la diversité des profils des internes participants. Plus particulièrement, les semestres d'internats représentés étaient variés et l'ensemble des semestres ont été représentés.

- Liés au stage actuel :

Les terrains de stage variaient d'un interne à l'autre puisque certains internes réalisaient leur stage chez le praticien donc en cabinet de ville, tandis que d'autres étaient dans les services hospitaliers ou à l'accueil des urgences d'un hôpital. Par conséquent, les volumes horaires hebdomadaires et le nombre des gardes étaient très variables entre les internes.

- Liés à l'échantillon :

Les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à tous les internes de médecine générale français puisque les internes parisiens font face à des spécificités locales, positives ou négatives, absentes d'autres régions.

Par ailleurs, les internes des autres spécialités ont des problématiques différentes de ceux de médecine générale.

## **E. COMPARAISON DES RESULTATS A CEUX D'AUTRES ETUDES**

A notre connaissance, il s'agit d'une enquête originale chez les internes.

Cette étude est la première qui interroge les internes sur leur perception du lien entre empathie et burnout.

Cependant des études quantitatives ou qualitatives chez les internes ou les médecins généralistes ont déjà été réalisées concernant d'une part les facteurs liés à la souffrance (98) ou le SEP (5 ; 8 ; 99 ; 100), et concernant d'autre part les facteurs liés à la pratique de l'empathie (59).

Ainsi certains facteurs mis en évidence par cette étude sont similaires à ceux rapportés dans la littérature :

- concernant l'empathie :
  - **La préparation à l'empathie et son expérience** sont deux facteurs dont l'impact est étudié depuis peu de temps. En effet, comme le rappelait B. Rivoire en 2003, peu d'études s'étaient jusqu'à présent intéressées au manque de préparation en communication et management, et à l'empathie de façon spécifique (101). Cependant, une étude très récente de G. Airagnes à la faculté Paris Descartes vient d'observer l'impact que peut avoir chez les externes de médecine une préparation à l'empathie par des groupes de pairs de type Balint (102). Il s'est agi de comparer un groupe de 34 externes

volontaires de 4<sup>ème</sup> année inclus dans un module optionnel de Formation à la Relation Thérapeutique en groupe Balint à 129 externes volontaires de 4<sup>ème</sup> année réalisant d'autres modules optionnels. Après participation à 10 séances hebdomadaires de 2 heures en groupe Balint, les résultats aux scores IRI (Interpersonal Reactivity Index) suggèrent une amélioration de l'habileté empathique des internes par une meilleure appréhension de certaines situations cliniques difficiles, plus particulièrement grâce à une attitude plus empathique, une plus grande curiosité intellectuelle et une moindre attitude de rejet.

On peut ainsi remarquer que l'empathie des étudiants de cette étude augmente surtout sur des critères cognitifs. On pourrait donc avoir une seconde lecture des études concluant à une stabilité ou une baisse d'empathie des étudiants de médecine et objecter à leurs conclusions qu'il existe bien une différenciation entre empathie affective ou émotionnelle et cognitive, et qu'avec une formation appropriée bien conduite, il semble que l'empathie émotionnelle décroisse au profit de l'empathie cognitive.

- **l'état émotionnel propre** rejoint ici la notion de difficulté de l'interne à trouver un équilibre pour canaliser ses émotions sans influencer la relation avec son patient qui peut être une cause de souffrance (« *Trouver une demi-mesure en se blindant mais en étant toujours empathique.* ») (98) ;
- **l'identification**, comme le rappelle M. Neumann en 2011 dans sa revue systématique de la littérature sur les études concernant la réduction d'empathie chez les étudiants de médecine, est classé comme un facteur de vulnérabilité au stress des soignants par le Dr pédiatre et chercheur E.R. Weber dès 1976. Celui-ci, pour le paraphraser, explique que l'identification pourrait entraîner directement une perte d'efficacité des traitements humains et notamment de l'empathie (59) ;
- **la surcharge de travail** peut avoir un poids relativement important sur l'épuisement émotionnel des internes (99), mais c'est également **la variabilité** de la charge de travail (98) que les internes identifient comme à l'origine de leur souffrance, celle-ci étant souvent reliée d'ailleurs au stress de la formation médicale (59) ;

- En ce qui concerne **les pratiques de communication**, la communication médecin-malade a déjà été utilisée dans certaines études comme un indicateur d'engagement et d'investissement empathique dans la relation de soin au malade (44). Et chez les internes plus particulièrement, il a été constaté qu'un déclin de l'empathie entraîne une diminution de la communication centrée sur le patient (103).
- concernant le SEPS :
  - **La régulation** de l'empathie est une nécessité. M. Delbrouck indique en ce sens que, pour lui, le danger survient lorsque le médecin ne s'écoute pas lui-même mais qu'« *il continue inexorablement sans écouter son corps, les appels désespérés de ses proches et les mises en garde de ses collègues à poursuivre son travail effréné et même parfois à en rajouter.* » (100) ;
  - La nécessité d'**une stabilité personnelle** peut rejoindre la nécessité d'un moyen de décharge émotionnelle et la notion de banalisation de la souffrance soulevée par M. Bouteiller et D. Cordonnier (98). Quant à lui, M. Delbrouck (100) aime rappeler l'impact sur le burnout de la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle. Ainsi « *Ce métier spécifique de soignant demande une grande disponibilité de cœur, de la tolérance, de l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre, comme l'enfant en très bas âge pourrait le demander à sa mère. La diversité des demandes de même que la diversité du type de demande sont particulièrement exigeantes pour les soignants.* » ;
  - **la fatigue chronique** est proche de la fatigue psychologique que M. Bouteiller et D. Cordonnier identifient comme un facteur de souffrance des internes (98). Il s'agit d'un facteur non spécifique de l'épuisement professionnel du soignant mais responsable de souffrance au travail en général.
  - **les contraintes organisationnelles** sont retrouvées dans la thèse de M. Bouteiller et D. Cordonnier (98) : « *Les internes déploraient le poids des contraintes institutionnelles, notamment la « notion de rentabilité ».* Ce facteur ci également est responsable de souffrance au travail quelque soit la profession exercée et pas seulement celle de soignant ;



- **la surcharge de travail** est connue comme un facteur déclencheur du burnout des internes et à l'origine de leur frustration (8). Il n'est pas surprenant que les internes nous l'aient signalé puisqu'il s'agit en fait d'un facteur majeur identifié comme responsable de la souffrance au travail en général.
- D'autres facteurs plus inattendus ont émergé au cours de cette étude :
  - **la représentation** que les internes ont de l'empathie qui influence positivement les internes dans le sens d'un soutien et d'une majoration de leur pratique empathique. Ce thème a part entière a fait l'objet du travail de thèse de C. Eydaleine (104) ;
  - **la valorisation** qui est un moteur positif pour l'interne et, à contrario, **le besoin d'obtenir de la revalorisation** qui est négatif et authentifie une situation de malaise de l'interne. En effet, c'est une erreur des internes que de penser qu'en cherchant à satisfaire un besoin de revalorisation ils pourraient prévenir ou soigner ainsi leur burnout. Ce besoin de revalorisation est au contraire plutôt négatif et pourrait bien plus favoriser l'aggravation de leur état mental en créant une dépendance psychique, avec survenue d'un sentiment de manque en cas de non revalorisation.

Ces trois derniers facteurs, peu étudiés donc, sont cependant depuis longtemps identifiés par Mr Balint dans son livre précurseur pour la psychothérapie du médecin généraliste « Le médecin, son malade et la maladie » (35).

Par rapport à la première hypothèse : « le burnout diminue l'empathie »

- certains facteurs étaient déjà connus :
  - **la perte d'intérêt** rejoint la notion connue de **saturation professionnelle** (98) et de **perte de sens du travail** (8) lié à « l'idéologie sanitaire » qui met de coté l'humanité du médecin autant que du patient pour paraphraser les propos des témoignages des internes ;
  - **la perte de plaisir** serait une manifestation de la fatigue psychologique des internes à l'origine de leur souffrance (98) ;

- Certains auteurs considèrent **le détachement vis à vis de l'environnement** comme une réaction au stress des responsabilités écrasantes que doit endosser l'interne et donc comme une stratégie de coping défensif (59). En fait, si la plupart des comportements de coping permettent de s'ajuster efficacement et sans risque à une situation stressante, certaines formes de coping à type de retrait, fuite ou auto-accusation sont délétères pour le sujet. Les internes, dans notre étude, ont donc eu suffisamment de maturité pour signaler après observation, les réactions de détachement comme peu productives et à terme néfastes. ;
- **la mise en difficulté ou en échec** rejoint la souffrance liée aux difficultés relationnelles dans les situations particulières de stress, avec des familles ou des annonces difficiles (98) ;
- la sensation de **dépassement** des capacités mentales de régulation de l'empathie rejoint la notion d'« équilibre » à trouver pour ne pas souffrir de ses émotions lorsqu'on exerce l'empathie (98). Il faut comprendre ici le dépassement comme un synonyme malhabile de l'épuisement psychologique propre au burnout ;
- **la deshumanisation** est repérée par M. Neumann comme un facteur lié au stress des internes et à l'origine d'une perte d'empathie. Elle cite alors le travail de Werner ER paru en 1976 (59) ;
- **la perte d'énergie** et **la dépression**, quant à elles sont des conséquences manifestes du burnout bien connues (73). Le discours des internes peut, d'ailleurs, être relié aux témoignages d'autres internes interrogés sur leur burnout : « *Alors je pense que je continuerai chaque jour à me lever et me coucher **en pleurant**, tout ça en jouant la mascarade et **porter un masque** de « bonne humeur et de dynamisme » **pour faire semblant !** » (8). Dans cette phrase extraite de la thèse de A. Le tourneur et V. Komly sur la souffrance au travail, une notion importante supplémentaire d'inavouabilité pour le soignant d'être malheureux est apportée et mérite d'être signalée ici car une solution simple à ce problème majeur a tout récemment émergé et va progressivement pouvoir se développer : ce sont les lignes d'écoute*

téléphoniques dédiées et les points d'accueil médicaux attitrés pour faire face à la souffrance psychologique du soignant ;

- L'évocation de **la mélancolie** quant à elle est préjudiciable et se rapproche de la notion japonaise extrême de karoshi qui signifie la mort par épuisement, pourtant non évoquée dans les définitions française ou américaine. D'ailleurs le témoignage de l'interne qui en parle est particulièrement fondé puisqu'elle a, elle-même bénéficié d'un congé maladie de 6 mois suite à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel au cours de son stage d'urgences en réanimation. Elle avait pu reprendre dans de bonnes dispositions psychologiques et mentales son parcours d'internat lors de l'entretien et réalisait son Saspas.

#### Par rapport à la seconde hypothèse : « l'empathie entraîne le burnout »

- certains facteurs étaient déjà connus :
  - **le manque de distance** rejoint la notion de « difficulté à la prise de recul » pour canaliser ses émotions et rester empathique (98) et la notion de « bonne proximité » des canadiens qui correspond en fait à la recherche du contact avec le patient tout en restant conscient de sa propre distinction par rapport à ce dernier (76). ;
  - **la surcharge émotionnelle** : selon M. Bouteiller et D. Cordonnier (98), « *la relation médecin-patient, exigeante par l'adaptation et la gestion des émotions qu'elle demande, est source d'épuisement* » ;
  - **l'identification** : le problème soulevé ici par les internes lorsqu'ils parlent d'identification est la difficulté qu'ils ont en interagissant avec leur patient d'une façon empathique, consciente ou non, à ne pas se confondre avec leur patient, ce qui provoque alors une confusion des problématiques et souffrances du patient avec les leurs. Cela a plus particulièrement été étudié chez les soignants délivrant des soins psychiques à des patients présentant des troubles de la personnalité. En particulier, R. Roussillon souligne en 2004 que « *l'enjeu dans la formation des soignants en psychiatrie et en*

*psychopathologie (...) serait de rendre acceptable cette capacité identificatoire et ce a quoi elle confronte, de la rendre ainsi 'utilisable' pour le soin » (105) ;*

- **le surinvestissement** rejoint la notion d'« excès d'affect » nocif à la canalisation de ses émotions pour rester empathique (98), car comme le signalent M. Bouteiller et D. Cordonnier, « *Les émotions de l'interne sont renforcées lorsqu'il s'est attaché au patient.* ».

- d'autres ont émergés :

La prise de **temps** et la prise d'**énergie**. Cependant, là encore, Mr Balint les identifie déjà comme des freins à la pratique de la psychothérapie dans son livre précurseur pour le médecin généraliste « *Le médecin, son malade et la maladie* » (35).

Par rapport à la troisième hypothèse : « l'empathie protège du burnout »

- certains facteurs étaient déjà connus :

- **le sentiment d'efficacité** est connu pour être procuré par l'autonomisation au cours de l'internat (99). Or cette autonomie est nécessaire pour pratiquer l'empathie et donc la favorise ;
- **le narcissisme** : M. Bouteiller et D. Cordonnier ont repéré des traits de personnalité qui semblent influencer la capacité de l'individu à gérer les contraintes dont **le sentiment de toute-puissance** (98) ;
- **l'aspect relationnel** : Le travail de M. Bouteiller et D. Cordonnier sur la souffrance des internes a permis de montrer que « (...) la dimension relationnelle du métier de médecin était une motivation pour les internes interrogés. » (98).

- d'autres ont émergés :

- **le comportement d'aide** : les internes ont repéré dans ce travail qu'adopter un comportement d'aide et avoir la ferme volonté d'aider peut être protecteur. C'est aussi ce que dit le Dr Balint, que le métier de soignant est sous-tendu par le désir d'aider les patients. Pour nuancer ici, il faudrait se demander s'il n'y a pas un risque de dangerosité ou si ce ne sont pas les internes les moins expérimentés ou le plus à risque d'épuisement qui

partagent cette idée. Car, selon A. Hoffman (74), lorsque la relation d'aide est idéalisée, le sujet se met en danger d'épuisement. En effet, si les attentes de l'interne vis à vis de son patient s'avèrent incompatibles avec les difficultés du patient (attente de coopération, de curabilité, de compliance et d'observance), la déception et la fatigue risquent de se produire.

- le moyen de susciter de la **reconnaissance** : ici cette représentation de l'empathie paraît plutôt saine et effectivement protectrice du burnout. En effet, comme le remarque A. Hoffman (74), attendre un retour de son travail, ne serait-ce que de la reconnaissance prouve un besoin et une recherche chez l'interne d'une équité au sein de la relation avec son patient, ce qui peut être une véritable garantie de bien être et une représentation de l'empathie qui protège du burnout. En effet, il fait ici preuve de maturité en s'éloignant d'une relation de soin qu'il aurait pu se représenter de façon plus mythique comme un sacerdoce totalement désintéressé qui aurait, quant à lui, été prédictif de la survenue de burnout.
- **l'enrichissement personnel, la satisfaction au travail** et l'empathie comme **une compensation des moments difficiles** : ces trois réponses apportées nous montrent que les internes ont bien perçu que le burnout est fondamentalement lié aux conditions de travail et qu'ils se représentent l'usage de l'empathie comme une manière personnelle de repousser le stress des moments difficiles et/ou la fatigue car l'empathie est source pour eux de satisfaction et d'enrichissement individuel. Il serait intéressant de leur demander s'ils ont pu repérer, comme Halpern (53) le montre, que l'empathie les aide à prendre du recul dans les situations conflictuelles pour garder une relation de qualité avec leurs patients.
- **la satisfaction personnelle** : comme le rappelle le Dr Balint (35), le désir profond de l'interne, au delà du simple désir de réussite sociale et de la recherche de pouvoir, est de se prouver à lui même qu'il est bon, bienveillant, efficace et avisé mais aussi de plaire aux autres. Cependant, si la personnalité de l'interne peut comporter des failles susceptibles de favoriser le burnout, elle peut avant tout être riche et généreuse et être une véritable force d'action pour pratiquer l'empathie de façon secourable auprès de ses patients

sans le mettre en danger puisque, comme le suggère A. Hoffmann (74), l'aspect fondamental du burnout est d'être influencé par l'organisation du travail d'avantage que par la personnalité du soignant.

- la conscience que l'empathie **fait partie du métier** : ici, par ce facteur individuel, il semblerait que les internes percevant leur empathie comme un devoir éthique (104) vis à vis du patient perçoivent son usage comme étant protecteur du burnout. Il s'agit ici d'une preuve de maturité des internes qui ont déjà perçu l'usage qu'ils peuvent faire de l'empathie clinique pour comprendre leur patient, faire un diagnostic global et le choix de la meilleure thérapeutique.

## F. COMMENTAIRES DE L'ETUDE

### - Les trois hypothèses :

Les internes ont partagé ces différentes approches apportées par les trois hypothèses de départ. Elles semblent recouvrir tous les types de lien possibles malgré leur caractère fermé et avoir favorisé l'expression des étudiants.

Cependant, le Dr L. Weiss Roberts (106), du Département de psychiatrie et des sciences du comportement de l'Université de Standford, en Californie, vient récemment d'analyser que *« Selon les premiers travaux empiriques et les premiers propos recueillis auprès de médecins et d'étudiants en médecine, les effets formateurs du fait d'avoir soi-même vécu la maladie ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Cette expérience favoriserait l'empathie à l'égard des patients et l'engagement à faire preuve d'un professionnalisme durable dans la pratique »*. Les canadiens à sa suite pensent désormais que l'expérience de la dépression ou de l'épuisement professionnel pourrait aussi être néanmoins enrichissante. Or ceci soulève un aspect nouveau de la question non dévoilé par notre étude et non abordé par les internes de façon spontanée. Il semble nécessaire pour compléter nos travaux d'étudier l'influence de

l'expérience du burnout sur l'amélioration de l'empathie. Il s'agirait d'une quatrième hypothèse selon laquelle le burnout pourrait à terme améliorer la pratique de l'empathie. Nous déplorons donc une formulation fermée de nos trois hypothèses qui a peut-être empêché l'expression libre du sentiment des internes sur ce propos.

Pour autant, le questionnement sur l'enseignement de l'empathie à la faculté a permis à une interne qui avait vécu un véritable burnout en fin de premier semestre d'internat après un stage en réanimation d'expliquer que son empathie avait pu progresser depuis, en particulier grâce à un travail de psychanalyse entrepris sur elle-même au cours de son arrêt maladie puis poursuivi : « *ca s'est améliorée, moi je pense. Ca s'est amélioré. Mais plus en rapport avec le travail de psychanalyse que je fais à côté* ».

Par ailleurs, nous avons choisi de schématiser chacune des propositions des internes afin d'améliorer la clarté de la compréhension.

Cependant, par rapport au fait que **l'empathie favorise un manque de distance** qui entraîne, à terme, un burnout, l'interne explique « (...) *c'est comme si on vivait la situation, donc on lutte.* » (l. 15). Or dans cette situation l'interne n'est peut être plus dans un comportement empathique mais plutôt dans une démarche d'identification à son patient, qui la fait souffrir. L'enjeu pour l'interne est donc primordial ici : connaître ce risque de glissement entre empathie vis à vis du patient et identification à celui ci pour apprendre à repérer et éviter ces passages dangereux. Or cela peut se faire plus particulièrement dans les groupes de formation à la relation thérapeutique proposés pendant le stage de médecine ambulatoire, auprès d'animateurs attentifs au repérage de cette différence.

D'autre part, par rapport à **notre schéma concernant l'usage d'empathie lié à une surcharge émotionnelle**, cela peut paraître un résultat paradoxal que l'usage d'empathie entraîne une surcharge émotionnelle. En fait, il s'agirait probablement d'une mauvaise interprétation des attitudes des patients, l'interne se sentant agressé alors que le patient est en difficulté. Un patient agressif par exemple est un patient en difficulté. On a donc pris le parti de montrer en schéma que l'usage d'empathie peut conduire à une surcharge émotionnelle car alors on n'est plus dans l'empathie mais d'avantage dans l'émotionnel (colère, agressivité, sympathie...). Il faut rappeler ici l'importante distinction établie et acceptée par la communauté scientifique entre empathie émotionnelle ou affective et cognitive. Dans ces circonstances dans lesquelles l'étudiant use d'une empathie plus

affective que cognitive, il est révélateur de discuter avec les internes, en groupe Balint, des situations dans lesquelles ils se sentent agressés : ceux-ci en arrivent à conclure régulièrement que le patient n'a souvent rien contre le médecin mais que, l'interne au contraire reçoit facilement l'agressivité du patient comme le visant. L'interne se sent donc agressé.

En fait, sur le sujet de la réaction possible du soignant face à l'agressivité, de nombreux travaux ont déjà été menés. Cependant, et de façon synthétique, « Quatre types de stratégies sont possibles face au client agressif : la force (imposer sa volonté), l'acceptation (céder), l'évitement (nier le problème), ou la recherche de solutions et de compromis. Les trois premières diminuent l'efficacité professionnelle et font le lit du burnout » (74).

Mr Balint lui même distinguait « l'empathie émotionnelle », qui peut faire souffrir à force de ressentir les émotions du patient, de « l'empathie professionnelle » du soignant capable d'analyser les comportements de ses patients comme autant de preuve de sa souffrance.

- Les facteurs individuels et les facteurs contextuels :

Des mécanismes individuels et des facteurs contextuels de la relation entre empathie et burnout ont été identifiés : seule une étude quantitative pourra nous apprendre lesquels sont médiateurs et lesquels sont modérateurs de la relation.

Par rapport à **la stabilité personnelle**, les internes manifestent le fait qu'ils sont déjà influencés dans leur stabilité personnelle par une pratique de l'empathie. Cependant sur le long terme, lorsqu'on observe qu'à la fin de leur carrière les médecins ont tendance à être eux aussi d'avantage en burnout et moins empathiques, c'est plus probablement parce qu'ils ont d'avantage de préoccupations et certains souhaits de changements d'investissements intellectuels.

Par rapport à **l'identification**, nous avons soulevé dans cette thèse son côté négatif. Or, il peut être aussi extrêmement agréable de s'identifier par exemple à un sportif, ou à une femme enceinte... La formulation directive et fermée de nos trois hypothèses, ou leur ordre de présentation en citant comme première hypothèse le fait que le burnout pourrait réduire l'empathie a pu orienter la pensée des internes en favorisant une vision pessimiste de leur situation.



Par rapport aux **techniques de communication**, il s'agit d'un savoir-faire qui laisse la place à l'empathie et qui diminue le burnout.

Cependant la relation entre empathie et burnout n'était pas évidente pour l'interne ayant indiqué ce mécanisme. En voulant répondre aux trois hypothèses, il avait en fait du mal à rentrer dans le cadre. Il s'agit d'un interne qui avait négocié sa participation à l'entretien contre une participation de notre part à sa propre thèse. Les trois hypothèses ne lui convenaient pas. Il essayait pourtant de tordre les trois propositions dans tous les sens sans faire de lien direct entre empathie et burnout mais plutôt entre les capacités communicationnelles et l'empathie d'un côté, et les capacités communicationnelles et le burnout de l'autre côté.

On peut se demander quelle était sa représentation de l'empathie : serait-ce, comme il semble, d'avantage ce qui lui permet de « manager » son patient afin que ce dernier se comporte comme le médecin le souhaite, plutôt que ce qui lui permet de bien comprendre son patient ?

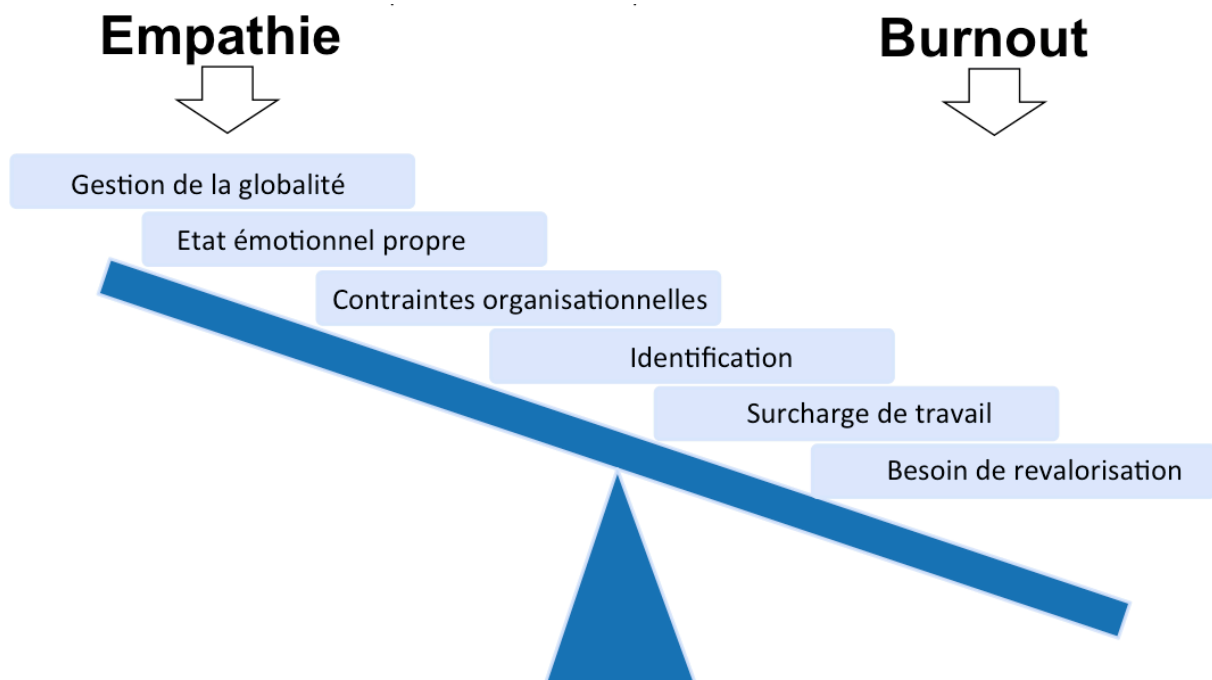
Cette situation est, en fait, particulièrement intéressante dans ce travail car elle révèle surtout que nous n'avons pas eu que des internes très motivés par l'empathie.

D'autre part, les internes, dans ces entretiens, ont souligné que l'empathie prend **du temps**. Or pour entrer en colloque singulier en médecine générale et obtenir un Investissement Mutuel pour paraphraser M. Balint, le temps n'est pas le même qu'à l'hôpital.

## **G. REFLEXIONS AUTOUR DE CETTE ETUDE**

Compte tenu de la diversité des mécanismes impliqués et des facteurs contextuels mis en évidence et pour mieux décrire les conceptions de certains des internes interrogés, nous avons concrétisé des représentations imagées de la relation entre empathie et burnout.

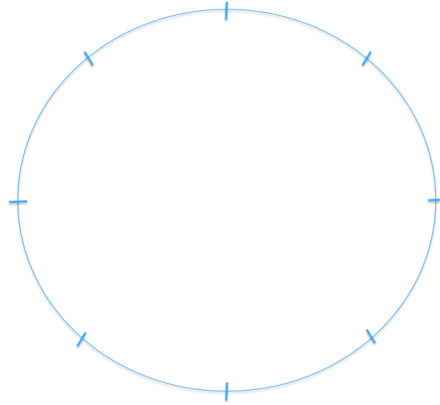
Certains internes ont parlé de bascule de l'empathie au burnout ce qui nous a donné envie de le traduire visuellement :



Ensuite, constatant que trois internes nous avaient parlé de cercles vicieux ou vertueux nous nous sommes demandés si cette image de cercle ne pourrait pas constituer une autre grille de lecture à creuser.

Une interne en particulier avait vécu un burnout et décrivait les étapes successives par lesquelles elle était passée. Nous avons donc décidé de relire précisément les entretiens des trois internes ayant vécu un burnout afin de chercher de quelle façon pourraient se représenter ces cercles vertueux ou vicieux.

**Comme dans un mécanisme d'horlogerie nous avons imaginé les facteurs influençant l'empathie et le burnout comme des petits crans s'inscrivant dans notre cercle et le faisant évoluer.**

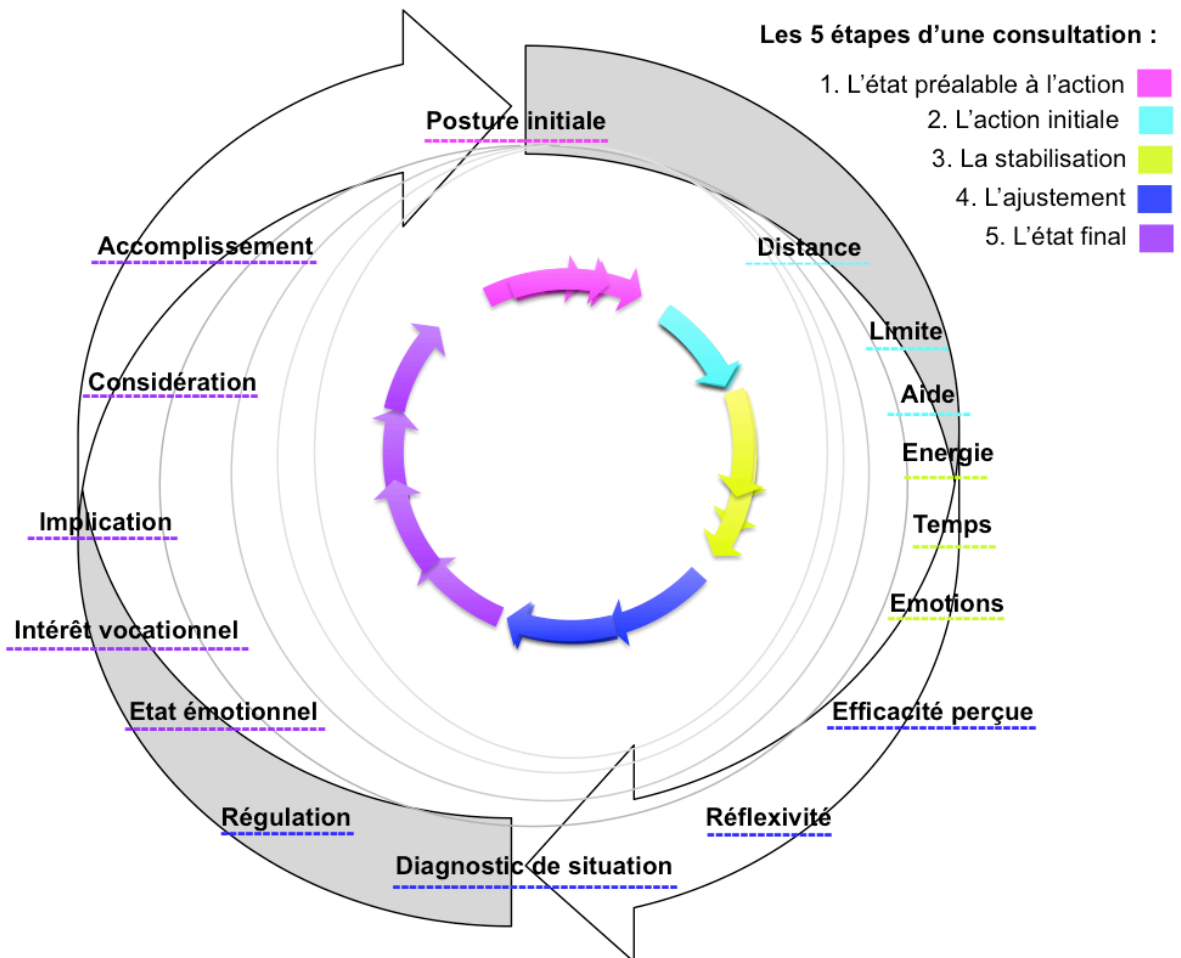


Nous avons ensuite relu tous les autres entretiens et nous avons spontanément ordonné sur le cercle certains facteurs décrits par les internes comme influençant l'empathie et le burnout. Nous avons ensuite réalisé cette démarche de façon plus systématique pour compléter l'ensemble. Ceci nous a paru un bon moyen de rendre accessible à tous cette conceptualisation.

De plus nous nous sommes aperçus que d'un entretien à l'autre les internes parlaient plutôt d'une journée, d'une semaine ou d'un stage mais que cette idée d'étapes persistait. Or notre cercle paraît toujours adapté bien qu'il ne se produise pas forcément sur une seule consultation. En fait, ce qui se passe dans une consultation influence le déroulement de la consultation suivante.

Nous sommes donc passés de la représentation d'une consultation « typique » d'interne à la superposition de boucles de rétroaction successives. Ces boucles juxtaposées et interdépendantes peuvent ainsi se lire comme une spirale qui évolue au cours de la formation, plus ou moins consciemment, et différemment d'un stage à l'autre et selon les éléments pédagogiques acquis.

Nous avons donc porté sur le cercle les facteurs qui pourraient, selon nos internes participants, s'agencer les uns par rapport aux autres.



**Il résulte de cette représentation une impression plus cohérente** et l'on voit se dégager une sorte d'engrenage ou de mécanisme, qui devrait toutefois être vérifié, naturellement, par d'autres études qualitatives et quantitatives ultérieures.

Les étapes typiques de cette boucle sont les suivantes :

- il y a d'abord un état identifié préalable à l'action (la motivation initiale et le contexte initial).
- Puis vient le temps de départ de la relation avec le patient, que l'on a découpé en plusieurs étapes :
  - o D'abord une étape d'*implication* empathique variable qui est l'attitude initiale présentée par l'interne à son patient,
  - o Suivie d'une action initiale visant à *se stabiliser* dans une attitude habituelle
  - o suivie d'un *auto diagnostic avec ajustement* selon le ressenti de l'interne de l'efficacité de son attitude pour le consultant présent (évaluation de son efficacité pour le patient, de sa consommation en temps, en énergie et en émotions, et auto diagnostic par évaluation du ratio efficacité/consommation).

Nous avons généralisé cette représentation de boucles de rétroactions aux autres intervalles de temps, et non plus seulement au temps d'une consultation « typique » d'interne. En effet, **le concept de rétroaction utilisé pour représenter l'évolution des relations lors d'une consultation peut se généraliser à l'évolution lors d'une semaine ou pendant la durée du stage.**

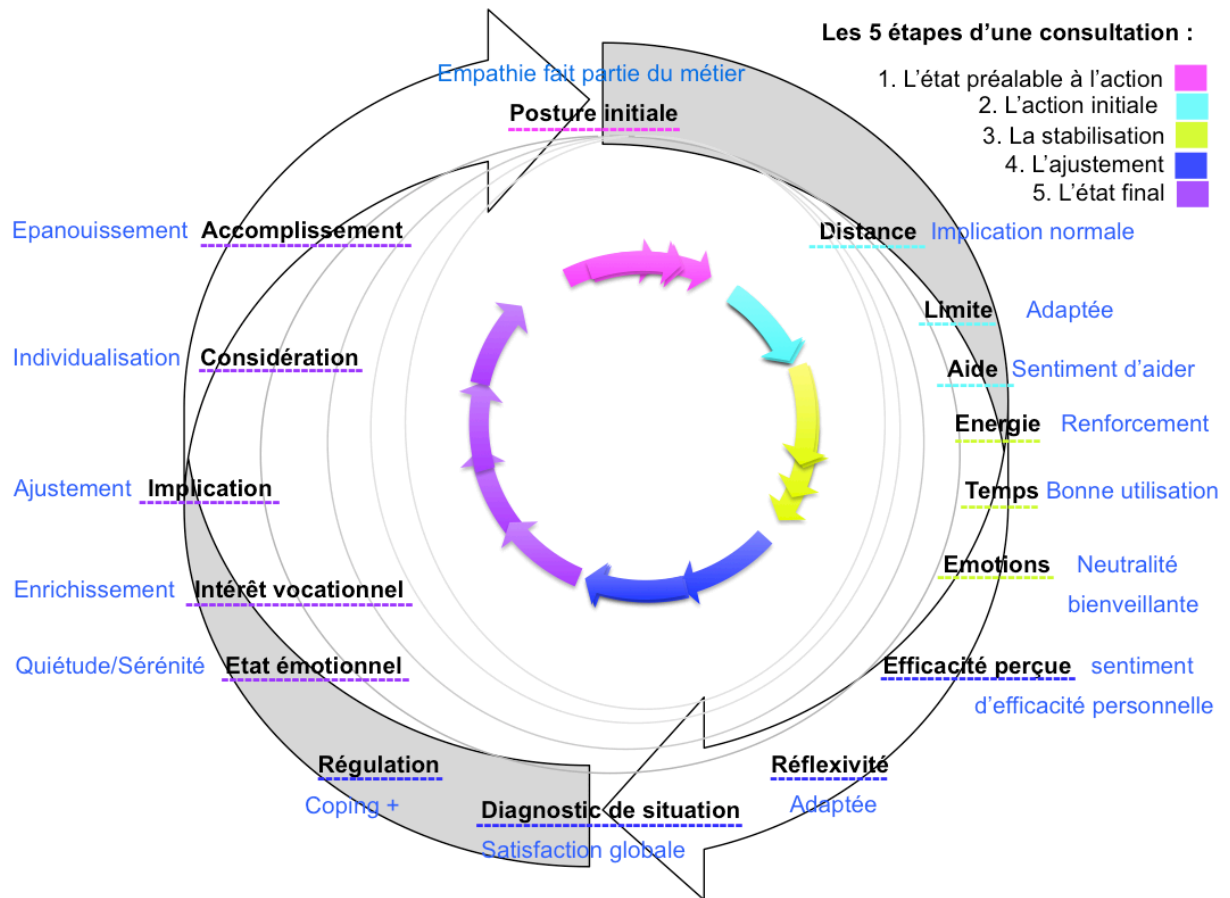
Ce qui s'est alors réalisé pendant une consultation est la première boucle naturelle de rétroaction, selon le terme consacré par les biologistes. Cette réflexion sur les rétroactions ou spirales de premier degré nous a mené à poursuivre la lecture du cercle en comprenant que ces **cinq grandes étapes (attitude initiale, action initiale, stabilisation vers état permanent, autodiagnostic puis ajustement vers un état final qui est le nouvel état initial de la boucle suivante)** vont se succéder au cours du temps d'une consultation, puis de plusieurs consultations, et enfin du stage dans son ensemble.

Ainsi, pour lire le cercle final, nous identifions plusieurs niveaux correspondant aux spirales intermédiaires pour en faciliter la lecture, et seule une représentation de toutes ces possibilités de spirales juxtaposées permet la visualisation globale d'un cercle représentant une consultation « typique » d'interne comme une boucle de rétroaction.

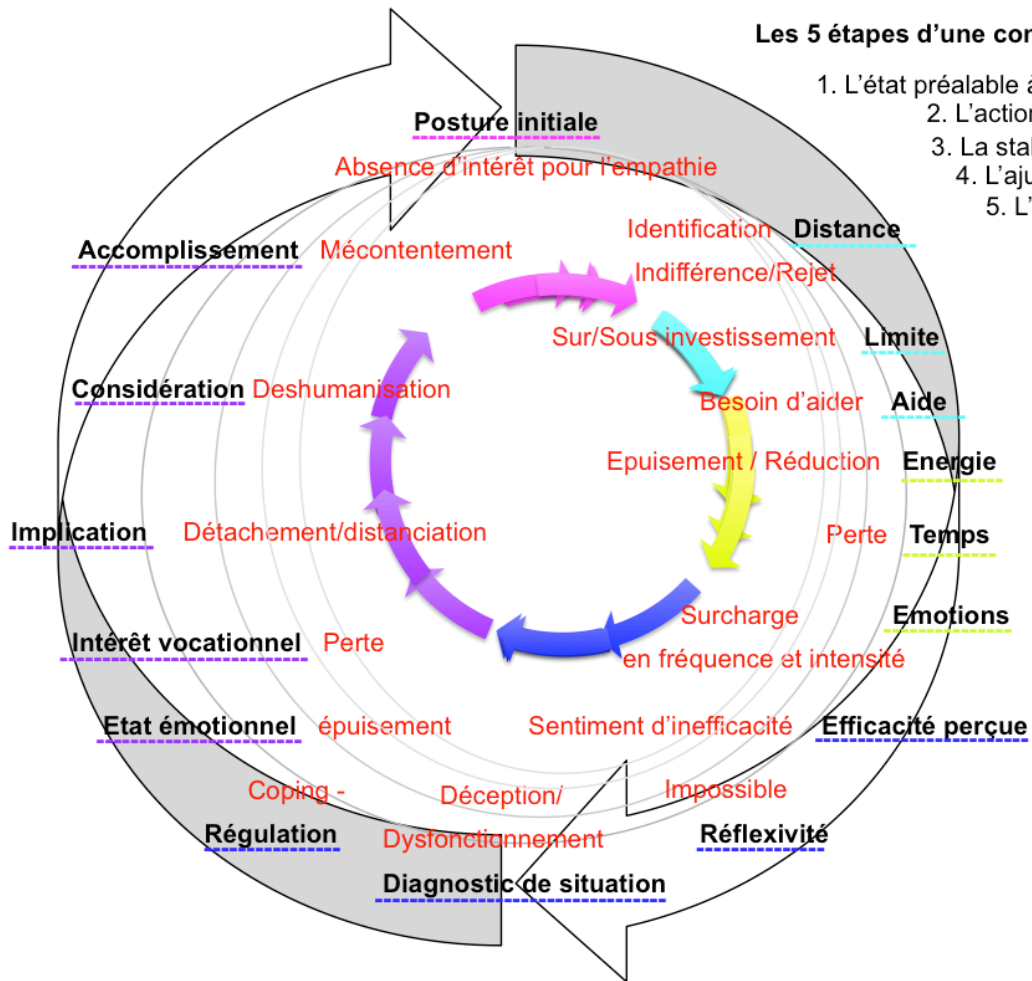
Ainsi en synthèse et comme nous venons de l'expliquer : au cours du stage et au fur et à mesure des consultations, se succèdent des phases correspondant à l'attitude initiale, à l'action initiale suivie d'un ajustement par auto diagnostics successifs aboutissant à un fonctionnement stabilisé, et parfois à des habitudes, qui seront remises en cause dans une seconde phase de régulation. Ces multiples rétroactions ou spirales qui ont lieu au cours du stage aboutissent de façon cumulative et selon l'usage de l'empathie à une phase de bilan.

L'idée de cercle ou de spirale citée plusieurs fois par les internes est donc bien illustrée par ce double principe de boucles de rétroaction qui sont des cercles successifs qui s'élargissent comme les cercles décrits par un aigle et qui constituent une spirale, chaque élément de la spirale étant constitué de cercles successifs qui à une échelle plus grande apparaissent eux mêmes comme de simples boucles constitutives d'un cercle plus large : suite de boucles de rétroactions primaires dans une consultation, suite des consultations dans une journée, suite des journées dans une semaine, enchaînement des semaines et des mois pendant un stage. Tous ces cycles de temps peuvent être étudiés selon un même schéma représenté par une boucle de rétroaction partant d'un état initial qui s'auto-ajuste vers l'état initial de la boucle suivante, en fonction de l'usage de l'empathie propre à chacun.

Lorsque l'empathie est bien ajustée à toutes les étapes de la consultation, le cercle produit est le suivant :

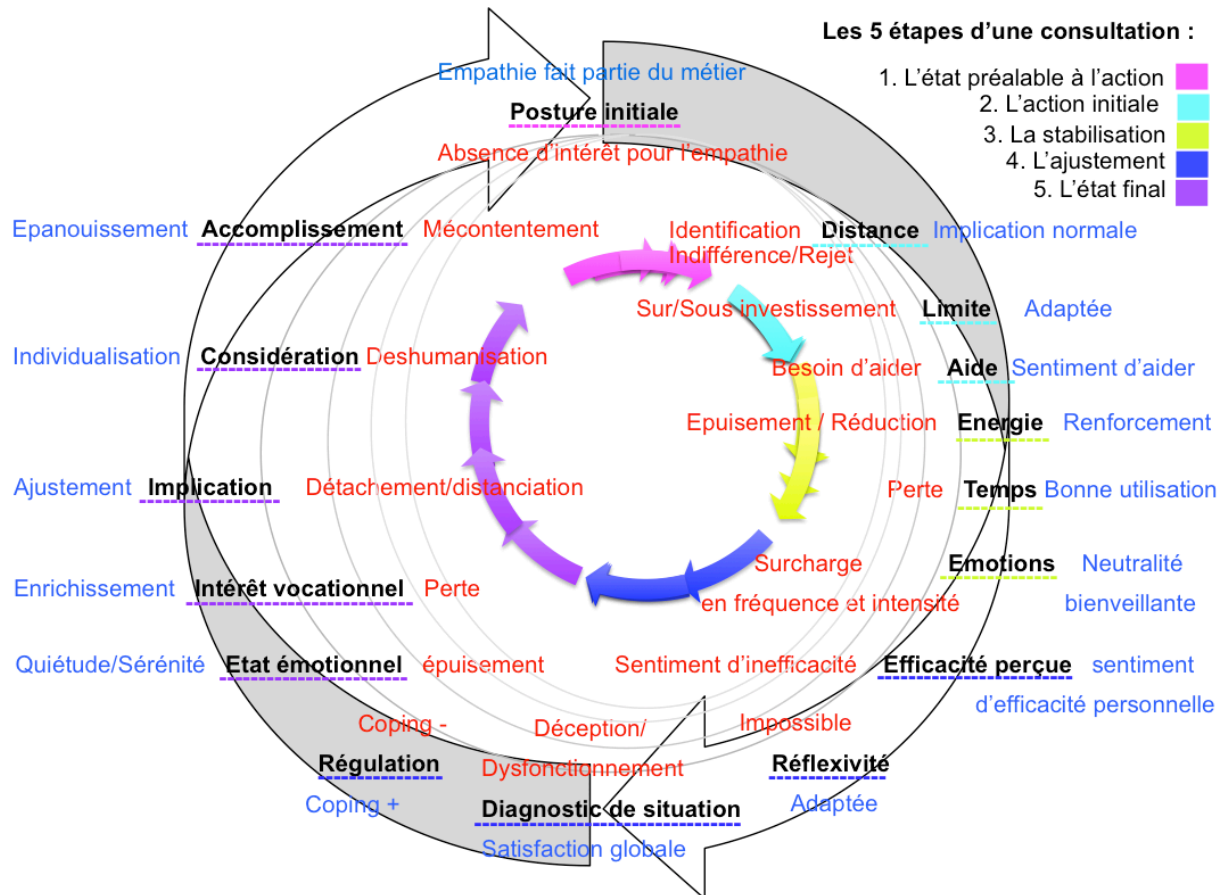


Mais lorsque l'interne a un **comportement empathique moins adapté** aux différentes étapes de sa consultation, la représentation du cercle se modifie vers **les facteurs de risque de burnout** :





Si on intègre les deux possibilités d'usage de l'empathie, adapté avec bénéfice d'un accroissement progressif de l'empathie, ou inadapté avec le risque de burnout, on trouve le schéma suivant intégrant cercle vertueux à l'extérieur et cercle vicieux à l'intérieur.



Une manière de critiquer ces cercles pourrait être de les présenter aux internes, probablement au cours de leurs séances de tutorat, dans deux circonstances différentes afin d'obtenir leur avis dessus. D'abord au cours de leurs stages hospitaliers où les internes sont au contact de patients du premier espace thérapeutique décrit par L. Velluet et A. Catu-Pinault (107), qui correspond à un temps au cours duquel les patients se présentent comme complètement dépendant de leur médecin, voire même en régression parce qu'ils sont malades. Ensuite au cours de leurs stages chez le généraliste (niveau 1 ou SASPASS) où les internes sont face à des patients du second ou troisième espace thérapeutique décrit par L. Velluet et A. Catu-Pinault (107), c'est à dire des patients rendus responsables et qui se prennent de mieux en mieux en charge.

## H. IMPLICATIONS DE L'ETUDE EN PRATIQUE

En terme d'implications pratiques, la connaissance de ces facteurs contextuels et modérateurs, aussi bien que celle des différents mécanismes unissant l'empathie et le burnout indiqués par les internes, permettra l'anticipation et la prévention des effets pathologiques du burnout dans la pratique clinique des soignants de médecine générale. Ces résultats aideront également à identifier de quelle façon authentifier "une pratique empathique" et ainsi, aideront indirectement à favoriser la qualité de vie au travail chez les médecins généralistes.

En effet, ce type de recherche permet de montrer quand (dans quelles circonstances et conditions) et comment l'empathie est bénéfique, ainsi que quand, celle-ci, devient pathologique.

De façon plus spécifique auprès des internes eux-mêmes cette recherche pourrait avoir un impact.

En effet, d'abord en ce qui concerne la réalité de la 1ère hypothèse : le burnout réduit l'empathie en raison d'une dépersonnalisation

- comme le suggère M. Delbrouck, il faudrait encourager la parole des étudiants en groupe de partage afin qu'ils puissent narrer les émotions ressenties pendant la pratique de leurs soins au patient et qu'ils apprennent à être attentifs à leurs émotions pour ne pas les laisser disparaître dans leur pratique. Mr Delbrouck, plus spécifiquement en prenant l'exemple de l'enseignement canadien propose la création de « séminaires originaux » permettant de dispenser un enseignement « à la carte », « respectueux des différences individuelles et garantissant au médecin en formation une place pour s'exprimer et faire part de ses doutes, ses peines, ses certitudes, ses joies. » (68, p155). C'est déjà ce qui se pratique avec succès dans la majorité des groupes de Formation à la Relation Thérapeutique de la faculté Paris Descartes pour les internes au cours de leur stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1. Le partage et la réflexion commune des internes se déroule selon le modèle d'un groupe de rencontre de type Balint, reposant sur une écoute bienveillante suivi d'un temps de partage sur les pistes possibles d'approfondissement de la compréhension des motivations profondes du patient, et propres à l'interne lui même, afin de permettre

une évolution favorable de nombreuses situations relationnelles rencontrées et jugées difficiles.

Ensuite en ce qui concerne la réalité de la 2ème hypothèse : l'empathie favorise le burnout en raison d'une surcharge émotionnelle

- Enseigner aux internes la notion de "bonne proximité" ou "juste distance" qui implique ni trop, ni trop peu d'attention aux émotions du patient afin d'être impliqué correctement dans la relation et faire preuve d'empathie d'une façon bien mesurée.

- Par exemple, encourager les enseignements par mise en situation fictive (jeu de rôle) avec debriefing collectif avec tous les étudiants. L'étudiant jouant le patient pourrait choisir une situation réelle qu'il a lui-même vécue comme soignant, et qui l'a ému. C'est ce qui se pratique dans de nombreuses facultés de médecine et plus particulièrement dans certains groupes de Formation à la Relation Thérapeutique de la faculté Paris Descartes. Pourtant, bien que les étudiants apprécient ce travail d'analyse rétrospective et de retour sur soi avec mise en scène des situations relationnelles leur ayant posé des difficultés, une des limites est que leur niveau d'implication dans ce travail de réflexivité fluctue beaucoup d'une séance à l'autre. Il leur est peut-être difficile de s'investir par l'imagination et le théâtre dans certaines situations qu'ils n'ont peut-être pas encore bien rencontrées.

Enfin en ce qui concerne la réalité de la 3ème hypothèse : l'empathie protège du burnout en raison d'une satisfaction du médecin et du patient.

- Dans la formation des internes, encourager la pratique de l'empathie, bien comprise, dans leurs consultations. Leur enseigner tous les avantages reconnus de l'empathie pour le bien-être de leur patient mais aussi pour le leur.

- En groupe de partage, encourager les étudiants à témoigner et partager avec les autres les situations dans lesquelles la pratique de l'empathie a eu un rôle favorable pour le patient et pour eux-mêmes. C'est ce qui se passe au cours des groupes de Formations à la Relation Thérapeutique (FRT) au cours des 6 mois de stages ambulatoires en médecine générale de niveau 1, très appréciés au sein de la faculté Paris Descartes et dans de nombreuses autres facultés.

- Il faut indiquer aussi la mise en place d'Évaluations Cliniques Objectives Structurées ou ECOS, qui sont des jeux de rôle permettant d'évaluer en toute objectivité les

compétences acquises des internes depuis la rentrée 2016/2017 à la faculté paris Descartes, et déjà éprouvées avec succès dans d'autres facultés. Un acteur jouant le patient selon un scénario pré établi, le comportement et les réactions de l'interne dans le rôle de soignant sont évaluées par les autres internes du groupe en formations, puis la séance est suivi d'un debriefing commun.

## **I. PERSPECTIVES ET AVANCEES**

Les internes participants nous ont montré dans cette étude que différents types de relations entre empathie et burnout sont possibles et nous ont indiqué par quels facteurs individuels et contextuels le lien entre empathie et burnout se modifie. Il serait cependant nécessaire de réaliser ultérieurement des études quantitatives afin de juger du poids de ces nouveaux éléments sur l'interaction entre empathie et burnout tout en mesurant de façon précise le degré de soumission des internes à ces facteurs identifiés dans leur discours.

Nous allons ci dessous revisiter les différentes études parues depuis notre travail.

En fait, à la suite de travaux sur l'empathie chez les étudiants tels que ceux du Dr M. Aomatsu en 2013 (60) qui met en évidence que l'empathie émotionnelle prédomine chez les externes tandis que les internes utilisent de façon prioritaire leur empathie cognitive, des études supplémentaires permettraient d'acquérir une meilleure compréhension du processus d'empathie clinique et de ses conséquences sur la santé des internes.

En effet, du fait que l'empathie clinique comporte plusieurs composantes notamment affective et cognitive, d'autres études seraient nécessaires afin de déterminer de quelle façon ces éléments identifiés modifient encore l'interaction entre empathie et burnout selon le type d'empathie prédominant.

Cela pourrait d'une part permettre de sensibiliser d'avantage les internes aux atouts et aux risques encourus avec l'empathie, et aider d'autre part à améliorer encore plus l'enseignement de l'empathie dans les facultés de médecine.

Cependant, il faut rappeler ici, d'une part, que l'efficacité des formations à la relation

thérapeutique dispensées tout au long du cursus médical à la faculté sont évalués depuis de nombreuses années déjà, et plus particulièrement au sein de la faculté Paris Descartes au travers de groupes Balint (108).

D'autre part, les résultats de notre étude qualitative s'inscrivent aussi parmi d'autres travaux importants réalisés récemment à la faculté Paris Descartes et visant spécifiquement à améliorer la pratique d'une empathie clinique efficace chez les étudiants :

- d'abord plus particulièrement l'étude préliminaire de Mr G. Airagnes chez les externes en 2014 (102) sur les possibilités d'amélioration de l'habileté empathique des externes par un enseignement approprié fondé sur la participation à un groupe de Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) de type Balint. Ces résultats chez des externes de 4<sup>ème</sup> année ont permis de généraliser dès l'externat la formation à la relation thérapeutique en groupes Balint à la faculté Paris V. En effet, l'étude mettait en évidence que les externes participants appréhendaient mieux certaines situations cliniques difficiles telles que celles rencontrées auprès de patients ayant des personnalités borderline. Cependant, les étudiants n'ayant pas été randomisés mais admis sur volontariat dans le groupe de FRT type Balint, l'étude suggérait l'existence d'un possible lien causal entre l'enseignement délivré et l'évolution de l'empathie sans permettre de conclure.

- puis le récent et premier essai clinique multicentrique randomisé évaluant l'impact d'un enseignement « Formation à la Relation Thérapeutique » de type Balint sur l'empathie, chez 299 externes de 4<sup>ème</sup> année des facultés Paris Descartes et Paris Diderot entre septembre 2015 et janvier 2016 réalisé par Mr N. Hoertel (109), permettant de conclure à une augmentation significative des capacités empathiques des externes par cette formation.

## J. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'examiner de quelle façon les internes de médecine générale relient l'empathie et le burnout. Dans cette intention, nous avons mené un projet de recherche qualitative reposant sur des entretiens semi structurés. Les résultats indiquent que les internes pensent que l'empathie et le burnout sont clairement reliés de différentes façons. Tous adhéraient à plusieurs des trois hypothèses concernant le lien entre empathie et burnout. La plupart se ralliaient à l'hypothèse que le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation. Beaucoup adhéraient à l'idée que l'empathie diminue le burnout par le fait qu'elle favorise la satisfaction et la perception d'un accomplissement personnel. Plusieurs pensaient que l'empathie favorise le burnout car elle crée une fatigue compassionnelle.

Il résulte de ce travail le constat d'un besoin particulier d'aider les internes de médecine générale à faire le repérage et la distinction entre leur empathie affective ou émotionnelle, toujours à risque de les rendre vulnérables à l'identification et au manque de distance, et leur empathie cognitive qui va leur permettre d'acquérir et adopter une attitude professionnelle.

Cette étude est la première interrogeant les internes sur leur perception du lien entre empathie et burnout. L'empathie leur semble une compétence primordiale pour l'exercice clinique influencée par leur propre état. L'empathie pourrait être protectrice du burnout, mais son inadéquation, liée à des mécanismes et des facteurs contextuels, pourrait favoriser l'apparition d'un burnout. L'explication de ces mécanismes auprès des étudiants en médecine pourrait contribuer à prévenir le burnout en favorisant une utilisation adaptée de l'empathie. La représentation visuelle récapitulative proposée dans notre travail vise à une facilitation pédagogique de cette explication.

Des études quantitatives permettraient de juger du poids de ces éléments sur l'interaction empathie-burnout.

## Bibliographie

1. Hamburger J. *L'Aventure Humaine*. Flammarion 1992 (193p), p.137
2. Cherif Beck S. *La relation médecin-patient et la formation initiale : l'expérience de groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle* [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de médecine de Strasbourg ; 2011.
3. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. *Informations de la CARMF*. Décembre 2012. N°60. 46 p., page 36.
4. Léopold Y. *Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Octobre 2003.
5. Guinaud M. *Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés* [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2006.
6. Ernst M. *Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens*. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2009.
7. Barbarin B. *Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale*. *Exercer*, 2012 ; 101 : 72-78.
8. Le Tourneur A, Komly V. *Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine* [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011.
9. Galam E, Komly V, et coll. *Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study*. *Br. J. Gen. Pract.* 1 mars 2013 ; 63 (608) : 217-224.
10. Bellini LM, et coll. *Variation of mood and empathy during internship*. *JAMA*. 2002 ; 287 : 3143–3146.
11. Shanafelt TD, et coll. *Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents*. *J Gen Intern Med* 2005 ; 20 : 559–564.
12. Brazeau C, et coll. *Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate*. *Acad Med*. 2010 ; 85 : S33–S36.
13. Carson AJ, et coll. *Mental health in medical students : a case control study using the 60 item General Health Questionnaire*. *Scott Med J*. 2000 ; 45 : 115-116
14. Givens JL, Tjia J. *Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use*. *Acad Med*. 2002 ; 77 : 918-921.
15. Aktekin M, et coll. *Anxiety, depression and stressful life events among medical students : a prospective study in Antalya, Turkey*. *Med Educ*. 2001 ; 35 : 12-17
16. Woerner A. *Empathie, Burnout, et caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes*. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2013.
17. Zenasni F., Boujut E., et coll. *Empathy and burnout in primary care : three hypothesis*. *British Journal of General Practice* 2012 ; 62(2):346-347.
18. Jorland G. et Thirioux B. *Note sur l'origine de l'empathie*. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 2008 ; 58 (2) : 269-280. Consultable sur internet : [www.cairn.info](http://www.cairn.info)
19. Tisseron S. *L'empathie au coeur du jeu social*. Albin Michel, 2010.

20. Marin E. *Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et proposition d'outils pédagogiques*. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2011.
21. Hochmann J. *Une histoire de l'empathie*. Odile Jacob, 2012.
22. Berthoz A. et Jorland G. *L'empathie*. Odile Jacob, 2004.
23. Lippinois C. *Une vie pour l'empathie : Edith Stein*. Temporel, 2012 ; 14. Version consultable sur internet : temporel.fr
24. Brunel ML et Martiny C. *Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers*. *Carriérologie*, 2012 ; 9 : 473-500. Consultable sur internet : [http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09\\_3-4/12\\_brunelmartiny/12\\_brunelmartiny.pdf](http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_3-4/12_brunelmartiny/12_brunelmartiny.pdf)
25. Dahmen C, et coll. *Empathie et Trouble Oppositionnel chez l'enfant de 8 à 12 ans*. *Revue de la littérature*, 2001 ; 38 pages. Consultable sur internet : <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/10394/1/MALPAS%20COMBLAIN%20Empathie%20version%20finale%20du%2029.01.04.pdf>
26. Décéty J. *Naturaliser l'empathie*. *L'Encéphale*, 2002 ; 28 : 9-20
27. Thomassin-Havet V. *Théorie de l'esprit et lobe frontal* [thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers ; 2007.
28. Gallese V. *La mise en phase intentionnelle. Le système miroir et son rôle dans les relations interpersonnelles*. Consultable sur internet : <http://www.interdisciplines.org/mirror/papers/1>
29. Baquiast J.P. *A la recherche des neurones de la conscience de soi*. 24/07/2012. Article consultable sur internet : <http://www.admiroutes.asso.fr/larevue/2012/128/vens.htm>
30. Georgieff N. *L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse*. *La Psychiatrie de l'enfant*, 2008 ; 51 (2) : 357-393
31. Décéty J. *Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie*. *Revue de Neuropsychologie*, 2010 ; 2 : 133-144. Consultable sur internet : <http://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-2-page-133.htm>
32. Zimring F. *Carl Rogers*. Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée, 1994 ; 14 (3/4) : 429-442.
33. Zech E. *Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? Approche centrée sur la personne*. *Recherche et pratique*, 2008 ; 2 (8) : 31-49. Consultable sur internet : [http://www.cairn.info/zen.php?ID\\_ARTICLE=ACP\\_008\\_0031](http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=ACP_008_0031)
34. Boukhobza H. *Relation à autrui, empathie, intersubjectivité*. *Academia.edu*, 52 pages. Consultable sur internet : [http://www.academia.edu/2576739/Relation\\_a\\_autrui\\_empathie\\_intersubjectivite](http://www.academia.edu/2576739/Relation_a_autrui_empathie_intersubjectivite)
35. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot, 2013 ; 419 pages.
36. Stepien K.A. *Educating for empathy*. *JGIM*, 2006 ; 21 : 524-530.
37. Mercer SW, Reynolds WJ. *Empathy and quality of care*. *Br J Gen Pract*. 2002 ; 52 (suppl) : S9 –S13.
38. Cape J. et al. *General practitioner psychological management of common emotional problems (II): a research agenda for the development of evidence-based practice*. *British Journal of General Practice*, 2000 ; 50 : 396-400.



39. Wensing M, et coll. *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain.* Soc Sci Med. 1998 ; 47 : 1573–1588.
40. Vedsted P. et Heje H.N. *Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2008 ; 26 : 228-234.
41. Verheul W. *The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies.* Patient Education and Counseling. 2010 ; 80 : 300–306.
42. Neumann M., et coll. *Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy : A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda,* Patient Education and Counseling, 2009 ; 74 : 339–346.
43. Ohm F., et coll. *Details acquired from medical history and patient's experience of empathy - two sides of the same coin.* BMC Medical Education. 2013 May ; 13:67-74.
44. Hojat M. et coll, *Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients.* Academic Medicine, 2011 ; 86 (3) : 359–64.
45. Kim SS, et coll. *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance.* Eval Health Prof, 2004 ; 27 : 237–251.
46. Miller SH. *Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases.* Am J Med. 1997 ; 102 (2A) :43–49.
47. Neumann M, et coll. *Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology : A structural equation modelling approach.* Patient Educ Couns. 2007 ; 69 : 63–75.
48. Kaplan SH et al. *Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease.* Medical Care. 1989 ; 27 (3 Suppl) : 110-127.
49. Rakel D.P. *Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold.* Family Medicine, 2009 ; 41 (7) : 494-501.
50. Riess H. *Empathy in medicine – A neurobiological perspective.* JAMA, 2010 (304) ; 14 : 1604 – 1605.
51. Galam E. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant.* Springer 2012, 327p.
52. Haque O.S. et al. *Why doctors should be more empathetic but not too much more.* Scientific American. 2011.
53. Halpern J, *Empathy and Patient-Physician conflicts.* J Gen Intern Med, 2007 ; 22 : 696-700.
54. Duke University WordPress Team. *L'empathie aux Facultés de Médecine.* Duke WordPress. Consultable sur internet : <http://sites.duke.edu/empathie2/les-consequences-negatives-possibles-de-lempathie/>
55. Decety J, et coll. *Physicians down-regulate their pain empathy response : en event-related brain potential study.* Neuroimage, 2010 ; 50 (4) : 1676-1682.
56. Lelorain S., et coll. *Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners.* Eur. J. Gen. Pract., 2013 ; 19 (1) : 23-28
57. Hojat M. et coll. *Physician empathy : definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty.* Am J Psychiatry, 2002 ; 159 : 1563-1569
58. Spencer J. *Decline in empathy in medical education : how can we stop the rot ?* Medical Education, 2004 ; 38 : 916-920

59. Neumann M., et coll. *Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents*. *Academic Medicine*, 2011 ; 86 : 996–1009.
60. Aomatsu M., et coll. *Medical students' and residents' conceptual structure of empathy : a qualitative study*. *Education for Health*, 2013 ; 26 (1) : 4-8.
61. Martin F. *Représentations de la Médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale*. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2010
62. WONCA Europe. *La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille*. 2002. Consultable sur internet : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
63. Baumann F. *Quand le travail rend malade*. Ed J. Lyon 2006, 308 p.
64. Coutenceau R, Bennegadi R. et Bornstein S. *Stress, Burn-out, harcèlement moral*. Dunod 2016, 288 p.
65. Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout*. Dunod, 2004, 265 p.
66. Canouï P., et coll. *Le burn out à l'hôpital*. Masson 2008, 4ème édition, 240 p.
67. Pines A, Aronson E. *Career Burnout : causes and Cures*, New York: Free Press, 1988.
68. Delbrouck M. *Le burn-out du soignant*. De boeck, 2008, 280 p.
69. Dagrada H. et coll. *Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques*. *Rev. Med. Brux*, 2011 ; 32 : 407 – 412.
70. Collange J. et coll. *Regards croisés sur le burnout : aspects médicaux et psychologiques*. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2013 ; 74 : 35-43.
71. Extrait du site de la Fondation Œuvre de la Croix-Saint Simon. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie*. Consultable sur internet : [http://vigipallia.soinpalliatif.org/Documents/Catalogue/SYN\\_Serryn\\_2005\\_A.pdf](http://vigipallia.soinpalliatif.org/Documents/Catalogue/SYN_Serryn_2005_A.pdf)
72. Barbier D. *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. *La Presse Médicale*, 2004 ; 33 : 394-398
73. Kacenenbogen N., et coll. *Le burn-out des médecins généralistes en Belgique : conséquences sociétales et pistes de solution*. *Rev Med Brux*, 2011 ; 32 : 413-423.
74. Hoffman A. *Questions réponses sur le burnout*. *Santé conjugulée*, 2005 ; 32 : 84-93.
75. Kains E., et Piquard D. *Le burnout de l'étudiant en médecine*. *Rev Med Brux*, 2011 ; 32 : 424-430.
76. Tournebise T. *Les pièges de l'empathie*, documents publiés en ligne, le 25.11.2000, 6 pages. Consultable sur internet : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>
77. Thevenet M. *Analyse du burnout chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-de-France et le Languedoc Roussillon* [Thèse d'exercice]. Paris : Université Pierre et Marie Curie, 2011.
78. Shanafelt TD. *Enhancing meaning in work : a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care*. *JAMA*. 2009 ; 302 (12) : 1338-1340.
79. West C. P., et coll. *Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy : A Prospective Longitudinal Study*. *JAMA*, 2006 ; 296 : 1071-1078
80. Galam E. *Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux*. URML, Ile-de-France, juin 2007. [www.urml-idf.org/Public](http://www.urml-idf.org/Public).

81. Figley CR. *Compassion fatigue : toward a new understanding of the costs of caring*. Hudnall Stamm B (Ed.). *Secondary Traumatic Stress : Self care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD : Sidran Press, 1995.
82. Halpern J. What is clinical empathy ? *J Gen Intern Med*, 2003 ; 18(8) : 670 – 674.
83. Garnier E. *Dépression chez les étudiants en médecine, l'impression de stigmatisation : distorsion cognitive ou réalité*. *Le Médecin du Québec*, novembre 2010 ; volume 45, numéro 11.
84. Shanafelt TD. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann Intern Med*, 2002 ; 136 (5) : 358-367.
85. West CP., Shanafelt TD. *The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education*. *BMC Med Educ*, 2007 ; 7-29. PMID : 17760986. (Free PMC article.)
86. Truchot D., et coll. *Burn out, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire*. *L'encéphale*, 2011 ; 37 (1) : 48-53.
87. Dyrbye LN, et coll. *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students*. *JAMA* 2010 ; 304 (11) : 1173-80.
88. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, et coll. : *How do distress and well-being relate to medical student empathy ? A multicenter study*. *J Gen Intern Med*, 2007 ; 22 : 177-83.
89. Larson EB, Yao X. *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*. *JAMA*, 2005 ; 293 : 1100–1106.
90. Figley C.R., et coll. *Compassion fatigue : psychotherapist's chronic lack of self care*. *Journal of Clinical Psychology*, 2002 ; 58 (11) : 1433-1441.
91. Nielsen HG., et Tilnius C. *Preventing burnout among general practitioners : is there a possible route ?* *Educ Prim Care*, 2009 ; 20 (5) : 353-359.
92. Anfossi M., et Numico G. *Empathy in the doctor-patient relationship*. *J Clin Oncol*, 2004 ; 22 (11) : 2258-2259.
93. Sultan S., et coll. *Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care*. *Psychol Health*, 2011 ; 26 (Suppl 1) : 101-117.
94. Buffel du Vaure C. *Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique* [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012.
95. Zambrano M. *Empathie du médecin généraliste et comportements de soin du diabétique de type 2* [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Descartes ; 2013.
96. A. Blanchet et A. Gotman. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin 2013 (126p), 2<sup>ème</sup> édition
97. Aubin-Auger I., et coll. *Introduction à la recherche qualitative*. *Exercer*, 2008 ; 84 : 142-145.
98. Bouteiller M. et Cordonnier D. *Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés*. [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 2013
99. Truchot D. *Le burnout des étudiants de médecine*. Université de Franche-Comté : Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne ; 2006 (30 pages).
100. Delbrouck M. *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. *Imaginaire & Inconscient*, 2010 ; 25 : 157-165.

101. Rivoire B. et coll. *Fréquence et étiologie du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000*. Médecine Palliative, 2003 ; 2 : 302-306.
102. Airagnes G. *Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study*. Short Report. Elsevier Editorial System(tm) for Journal of Psychosomatic Research Manuscript Draft. Manuscript Number: JPR-2014-67R2.
103. Passalacqua SA., et Segrin C. *The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long call shift*. Health Commun, 2012 ; 27 (5) : 449-456
104. Eydaleine C. *La représentation de l'empathie pour les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]*. Paris : Université René Descartes ; 2014
105. Roussillon R. *L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique*, dans *Malaise dans la psychiatrie*. ERES, 2004, p.67-78.
106. Weiss Roberts L. *Understanding depression and distress among medical students*. JAMA, 2010 ; 304 (11) : 1231-3.
107. Velluet L., Catu-Pinault A. *La psychothérapie spécifique du médecin généraliste*. Exercer, 2001 ; 60 : 4-10
108. Catu-Pinault A., Velluet L. *Formation psychosomatique des résidents à l'aide des techniques de groupe*. Congrès du Collège National des Généralistes Enseignants. Nov. 2002.
109. Hoertel N. *Peut-on développer les capacités d'empathie chez les étudiants en médecine ? Etude contrôlée randomisée évaluant l'impact d'un enseignement « Formation à la Relation Thérapeutique » sur l'empathie clinique*. Mémoire pour l'obtention du diplôme inter-universitaire de pédagogie médicale. Paris : Université René Descartes ; 2016

## Annexe 1

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

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

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

---

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

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

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

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

### **3. L'empathie dans l'activité clinique**

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

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

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

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

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

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

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

## **6. Développement de l'empathie pendant l'internat**

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

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



**Titre** : Etude qualitative de la représentation par les internes de médecine générale de la relation entre empathie et burnout.

**Introduction** : Certaines études ont montré que le burnout peut avoir un impact négatif sur l'empathie clinique au cours de l'internat. Cependant l'empathie clinique pourrait aussi être un facteur protecteur, en prévenant la survenue du burnout chez les internes. Bien que plusieurs études quantitatives se soient déjà intéressées à examiner ces relations existant entre l'empathie et le burnout, aucune étude qualitative n'avait encore été menée. Notre étude exploratoire a eu pour but d'examiner de quelle façon les internes de médecine générale percevaient les liens unissant l'empathie et le burnout.

**Méthode** : Notre étude qualitative transversale chez les internes du DES de médecine générale en Ile de France est un travail collaboratif entre les départements de médecine générale et de psychologie de Paris Descartes. Des entretiens individuels semi directifs, entre avril et juin 2012, s'appuyant sur des questions ouvertes et fermées, ont donné lieu à une analyse thématique du verbatim des internes. Trois hypothèses étaient proposées concernant la relation entre empathie et burnout.

**Résultats** : La moitié des 24 internes était des femmes. Tous adhéraient à plusieurs des trois hypothèses concernant le lien entre empathie et burnout. La plupart se ralliaient à l'hypothèse que le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation. Beaucoup adhéraient à l'idée que l'empathie diminue le burnout par le fait qu'elle favorise la satisfaction et la perception d'un accomplissement personnel. Plusieurs pensaient que l'empathie favorise le burnout car elle crée une fatigue compassionnelle. Cinq thèmes ont été identifiés comme des facteurs individuels qui influencent l'empathie et peuvent conduire l'interne au burnout (par exemple la capacité de régulation de l'empathie). Six autres thèmes ont été identifiés comme des facteurs contextuels qui modifient le lien entre empathie et burnout (par exemple les contraintes organisationnelles). Les étudiants évoquent l'interaction entre empathie et burnout sous forme de bascule ou de cercles « vicieux » ou « vertueux ».

**Conclusion** : Cette étude est la première interrogeant les internes sur leur perception du lien entre empathie et burnout. L'empathie leur semble une compétence primordiale pour l'exercice clinique et même pour certains « ce qui leur fait aimer le métier ». Ils reconnaissent qu'elle est influencée par leur propre état. L'empathie pourrait être protectrice du burnout, mais son inadéquation, liée à des facteurs individuels et contextuels, pourrait favoriser l'apparition d'un burnout. Des études quantitatives permettraient de mesurer le poids de chacun de ces éléments sur l'interaction entre empathie et burnout.

**Mots clés** : burnout ; empathie ; internes ; compassion

Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'Ecole de Médecine  
75270 Paris cedex 06