



HAL
open science

Les lectures de loisir influencent-elles l'empathie des internes ? Une étude observationnelle transversale chez les internes du Languedoc-Roussillon

Fabien Coisy

► To cite this version:

Fabien Coisy. Les lectures de loisir influencent-elles l'empathie des internes ? Une étude observationnelle transversale chez les internes du Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02939263

HAL Id: dumas-02939263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939263>

Submitted on 15 Sep 2020

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER - FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Fabien COISY

Le 01/10/2019

**TITRE : Les lectures de loisir influencent-elles l'empathie des internes ? Une
étude observationnelle transversale chez les internes du Languedoc
Roussillon.**

Directeur de thèse : Dr Franck SALZMANN

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL

Premier assesseur : Pr Michel DAVID

Second assesseur : Pr Pierre-Géraud CLARET

Membre du jury : Dr Franck SALZMANN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER - FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Fabien COISY

Le 01/10/2019

**TITRE : Les lectures de loisir influencent-elles l'empathie des internes ? Une
étude observationnelle transversale chez les internes du Languedoc
Roussillon.**

Directeur de thèse : Dr Franck SALZMANN

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL

Premier assesseur : Pr Michel DAVID

Second assesseur : Pr Pierre-Géraud CLARET

Membre du jury : Dr Franck SALZMANN

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER NÎMES, ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORD Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIENT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	Madeleine	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	THEVENET André
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL François-Bernard	
DESCOMPS Bernard		

DIMEGLIO Alain

MICHEL Henri

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Aux membres du jury :

Au Pr Michel AMOUYAL de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Au Pr Michel DAVID de me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Pr Pierre-Géraud CLARET de me faire l'honneur de juger ce travail, je suis heureux que vous soyez mon futur chef.

Au Dr Franck SALZMANN de me faire l'honneur de juger ce travail après m'avoir accompagné tout au long de sa conception, après que vous m'ayez d'une manière involontaire guidé sur la voie de ce travail. Merci également pour tous ces enseignements directs et indirects en stage et en dehors.

Soyez tous assurés de ma reconnaissance éternelle.

A Sélène,

Pour ton amour et ton soutien inconditionnel, pour tous ces moments partagés avec toi. Quelques lignes ne pourraient suffire, merci pour tout. Je t'aime.

A Salem,

Pour ta présence à mes côtés, sur mes feuilles de note et sur mon clavier pendant la rédaction de ce travail. Tu es un bon chat.

A ma famille :

A mes parents, Christelle et Stéphane, de m'avoir permis d'être ici aujourd'hui, pour votre soutien tout au long de ces années, pour avoir cru en moi dans ces moments où moi-même je n'y croyais plus. Merci infiniment pour tout, je vous aime.

A mon frère, Antoine, même si on se voit peu, je pense souvent à toi et chaque moment passé avec toi est génial. Je suis très fier de la personne que tu es et de ce que tu fais, je suis ton fan numéro un, vivement que tu remplisses les zéniths !

A mes grands-parents, Jocelyne, Jocelyne, Daniel et Michel, de m'avoir en grande partie élevé et d'avoir énormément contribué à qui je suis aujourd'hui.

A mes tantes et oncles, Aurélia, Sylvie, Cédric et Régis, qui m'ont soutenu tout au long de ces années.

A mes cousines, Emma et Nina, mes petits rayons de soleil, je vous adore les filles !

A mes amis :

De Normandie, que je ne vois pas autant que j'aimerais :

La Caille Meute (Agathe, Aymeric, Guillaume, Gwenaëlle, Marine, Romain) qui a été ma seconde famille pendant ces 6 années d'externat ! Malgré la distance et le temps qui sépare nos entrevues, c'est à chaque fois comme si nous nous étions quittés la veille... Je vous aime.

A Charles et Alix, les jeunes mariés, vous êtes admirables, votre amitié m'est très chère !

A Lucie et Julie, mes « petites protégées », vous êtes des amies en or et vous ferez des médecins géniaux !

A Alexandre, mon kiné préféré ! Tu as bien trouvé ta voie et depuis la PACES c'est toujours autant de fous-rires chaque fois que l'on se voit !

A Florent et Thomas, je vous souhaite plein de réussites et de bonheur.

Aux membres du Die Gruppe (Cécilia, Charlotte, Romain, Marie, Marine et j'en oublie...) qui ont toléré nos divagations médicales aux cours des soirées, qui sont des personnes extraordinaires ! Promis, je viens avec vous aux prochaines vacances !

A Alexandre, Thomas, Mélia, Gérald et les autres pour ces pauses café et ces moments partagés à la faculté...

A tout le groupe d'externe avec qui je me suis retrouvé en stage, pour ces moments de solitude et de rigolade en stage.

Du Languedoc-Roussillon :

A Antoine, Florian, Line, Marion et Yann : la dream team démoniaque... Pour ces moments de folies et ces instants de profondes discussions, pour ces prises de têtes et ces moments de complicité.

A Cédric et Laura (mes petits canards), à Cédric (gardien du chat), à Marion et Flore (aka Ronron et Cuculle, les morues), à Marie (Princess), à Marie (Labello), à Delphine (Madame pipi) et à Naïs (Nana).

A la team de Perpignan, c'était un plaisir d'être votre chef interne et de vous avoir fait passer une soirée inoubliable. A la team de Narbonne, barbecue et piscine !

A ces nombreuses personnes que je ne croise que lors d'évènements, mais avec qui les moments partagés sont toujours bons.

A la promotion de Médecine Générale 2016 pour ces rencontres, ces échanges, ces coups de gueule : vous êtes l'avenir de la médecine générale Occitane !

Aux collègues :

A tous mes co-internes des urgences de Perpignan, du CH de Narbonne, des urgences gynécologiques et pédiatriques de Montpellier, du DAR A et des urgences de Nîmes pour ces moments d'échanges, de complicité et de soutien mutuel dans les meilleurs comme dans les pires moments.

A Corine, Hélène, Sophie et Serge pour leur accueil dans leur cabinet tant lors de mon passage en stage de premier niveau que lors des remplacements occasionnels.

A l'équipe de l'espace régional d'éthique Occitanie, pour ces cours fabuleux dispensés lors du diplôme interuniversitaire, pour leur bienveillance et pour l'attachement au fait de rendre la médecine plus humaine.

Aux équipes paramédicales des différents hôpitaux dans lesquels j'ai eu l'occasion de travailler, vous êtes des personnes formidables, vous faites un métier superbe, n'en doutez pas !

Aux futurs collègues médecins et paramédicaux de Nîmes : ravis de continuer à travailler avec vous !

Aux copains du DESC : Agathe, Anne-laure, Candice, Chloé, Claire, Laura, Leslie, Arthur, Édouard, Florian, Gautier, Jordi, Kévin, Pierre, Valentin, Yann (les 2 !), Yannick, Yoav...

Aux autres membres du DESC d'urgences de la région sud promotion 2018-2019 pour ces moments partagés lors des séminaires.

Aux inclassables :

Aux internes qui ont rempli ce (très long) questionnaire et sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour.

A ces patients qui ont marqué ma mémoire, à ceux qui me rappellent jour après jour pourquoi j'ai choisi ce chemin, et qui me font aimer ce métier.

A tous ces médecins, qui, durant ces neuf années qui m'ont servi d'exemple, mais aussi aux quelques-uns qui m'ont servi de contre-exemple.

Un soutien à ces soignants en souffrance que ce beau métier, par ses contraintes, usent parfois jusqu'au plus profond d'eux-mêmes.

Une pensée pour les familles de ces soignants, qui, à bout de force, ont choisi de mettre fin à leurs jours...

Table des matières

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER NÎMES, ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019.....	2
Remerciements.....	14
Table des matières.....	18
Liste des abréviations	22
Épigraphe et hommage	23
Introduction.....	24
Définitions et concepts clefs	26
A. <i>L'interne et l'internat</i>	26
B. <i>Burn Out.....</i>	28
C. <i>Empathie.....</i>	30
D. <i>La médecine narrative.....</i>	34
E. <i>Bien être personnel</i>	37
F. <i>Lecture de loisir</i>	39
Problématisation	41
Matériel et méthode.....	42
A. <i>Généralités.....</i>	42
B. <i>Échelles utilisées.....</i>	45
1. <i>La JSPE Fr.....</i>	45
2. <i>L'échelle HAD</i>	45
3. <i>Maslach Burn Out Inventory</i>	46
4. <i>La Ways of Coping Checklist (WCC).....</i>	46
Résultats.....	48
A. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	48
B. <i>Études et internat.....</i>	51
1. <i>Provenance et spécialité</i>	51

2.	Stage actuel et satisfaction professionnelle.....	55
3.	Littérature médicale.....	57
C.	<i>Loisirs</i>	58
D.	<i>Habitudes littéraires de loisir</i>	60
1.	Données générales.....	60
2.	Genres littéraires.....	62
3.	Comment se procurer les livres ?.....	63
4.	Les médias de lecture.....	63
5.	Les romans	64
6.	Derniers romans lus	65
7.	Auteurs préférés des internes.....	66
8.	Facteurs limitants la lecture	71
E.	<i>Empathie</i>	72
F.	<i>Burn Out</i>	73
G.	<i>Anxiété et dépression</i>	75
H.	<i>Coping</i>	76
I.	<i>Verbatims</i>	77
	Analyses bivariées	78
A.	<i>Normes retenues</i>	78
1.	Pour les livres	78
2.	Pour les horaires de travail.....	79
3.	Pour le nombre de gardes mensuelles	80
B.	<i>En termes de littérature de loisir</i>	81
1.	Profil sociodémographique	81
2.	Empathie	83
3.	Burn Out.....	84
4.	Anxiété et dépression.....	85
5.	Coping	85
6.	Satisfaction professionnelle	86

C.	<i>En termes d'empathie</i>	87
1.	Caractéristiques sociodémographiques	87
2.	Caractéristiques du stage	89
3.	Objet de satisfaction professionnelle.....	91
4.	Empathie et loisirs.....	93
5.	Empathie et profil littéraire.....	95
D.	<i>Facteurs liés au Burn Out</i>	97
E.	<i>Empathie et Burn out</i>	99
Analyses multivariées		100
A.	<i>JSPE Fr</i>	101
B.	<i>Compréhension émotionnelle</i>	103
C.	<i>Prise de perspective</i>	104
D.	<i>Se mettre à la place de</i>	105
Discussion		107
A.	<i>Sur les résultats</i>	107
1.	Sur l'objectif principal : la lecture de loisir influence-t-elle l'empathie chez les internes ?	107
2.	Sur les objectifs secondaires	108
B.	<i>Forces de l'étude</i>	118
C.	<i>Limites de l'étude</i>	119
D.	<i>Ouverture</i>	120
Conclusion		121
Épilogue		123
Bibliographie		124
Annexes		133
A.	<i>Annexe I : Questionnaire Google Forms</i>	133
B.	<i>Annexe II : Verbatim 3 derniers romans lus</i>	139
C.	<i>Annexe III : Verbatim 3 auteurs de roman préférés</i>	142
E.	<i>Annexe IV : Poème en prose</i>	143

Serment d'Hippocrate.....144

Liste des abréviations

SIGLE	SIGNIFICATION
AP	Accomplissement personnel
BD	Bande dessinée
CC	Coefficient de corrélation
CE	Compréhension émotionnelle
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNL	Comité national du livre
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
DEP	Dépersonnalisation
ECN	Examen classant national
EE	Epuisement émotionnel
GEPT	Groupes d'échanges de pratique tuteurés
HAD	Hospital Anxiety and depression
IC95	Indice de confiance à 95%
ISNI	Intersyndical national des internes
JSPE	Jefferson Scale for Physician Empathy
MBI	Maslach Burn Out Inventory
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
PACES	Première année commune des études de santé
PDP	Prise de perspective
QCM	Questionnaire à choix multiples
RSCA	Récit de situation clinique authentique
SMP	Se mettre à la place de
SPE	Spécialité
WCC	Ways of Coping Checklist

Épigraphe et hommage

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Indéterminé

« Le corps humain est apte à percevoir un très grand nombre de choses, et d'autant plus apte que son corps peut être disposé d'un plus grand nombre de façons. »

B. de Spinoza, L'éthique

A ma grand-mère,
qui aurait été fière...

Introduction

"Le roman : c'est un miroir que l'on promène le long d'un chemin" cite de manière apocryphe Stendhal dans *Le rouge et le noir* (1). Un roman est en effet le reflet d'une partie d'un tout plus grand, dépendant de la perspective de celui qui le tient. Un roman, c'est la perspective d'un auteur, offerte à la perspective d'un lecteur, qui y retrouve un sens à ce qu'il vit. La lecture est l'un des loisirs préférés des Français (2). Celles-ci sont variées, allant de magazines à des ouvrages techniques, avec une part toujours importante pour la littérature romanesque.

De façon empirique, il m'a été donné de constater, après discussion avec des internes, que beaucoup considèrent « ne pas lire », quel que soit le type de livre considéré. Aucune étude cependant n'a été réalisée pour étudier les habitudes littéraires des internes en médecine Française.

Pourquoi s'attacher aux habitudes littéraires des internes ?

Pour commencer, parce que la lecture permet une ouverture d'esprit sur le monde extérieur, le partage d'un point de vue autre sur le monde extérieur et/ou intérieur. Ensuite, parce que c'est un divertissement actif, qui résulte d'une multitude de choix et d'actions. De plus, bien qu'activité individuelle, elle permet un échange autour d'un sujet tiers : c'est le côté transitionnel de la lecture. En bref, s'attacher aux habitudes de lecture est important parce que c'est s'attacher au développement personnel du lecteur (3).

Quel rapport entre les internes et le développement personnel ?

L'internat est une période charnière de la vie du médecin. C'est une période de jonction entre sa vie d'étudiant et sa vie de professionnel. L'internat est une période de fragilité, semblable à l'adolescence : en parallèle d'une perte de l'idéalisation des modèles se développe une personnalité propre et autonome. Le médecin aura vécu, en quelque sorte, une double adolescence : personnelle et professionnelle avec des intrications fortes.

Des études récentes montrent que l'internat est une période difficile pour les internes sur le plan psychologique, avec notamment des taux de Burn Out, de dépression et de suicide plus importants qu'en population générale (4).

Comment apprendre à apporter les soins les plus adaptés à un patient lorsqu'on n'arrive pas soi-même à s'écouter, et à être disponible pour l'autre ? En d'autres termes, comment faire preuve d'empathie lorsqu'on est soi-même dans une situation de fragilité ?

Pour Rita Charon, médecin et femme de lettre américaine (5), l'étude d'œuvres littéraires développe l'empathie, c'est la base de la "médecine narrative", qui permet un abord différent du patient, prenant en compte sa globalité (6).

Il n'a cependant pas été démontré si la littérature "spontanée", de "loisir", a un lien ou non sur les capacités empathiques des internes.

Tel est le sujet de cette thèse.

Définitions et concepts clefs

A. L'interne et l'internat

Les études médicales durent, en France, entre 9 et 12 ans pour la formation initiale. Elles sont composées de trois cycles distincts :

- Le premier cycle débute par la première année commune des études de santé (PACES), sanctionnée par un concours sélectif, au taux de réussite d'environ 18%, portant essentiellement sur un enseignement de sciences théoriques (7). Il se poursuit par les deuxièmes et troisièmes années, où sont enseignés principalement la physiologie et la sémiologie. Certaines facultés proposent des stages d'observation clinique en centre hospitalier, dits « stages de sémiologie », pour familiariser l'étudiant au monde hospitalier et à la clinique (8).
- Le second cycle est dénommé « externat », il débute en quatrième année pour se poursuivre jusqu'en sixième année. Le temps de l'étudiant est partagé entre l'hôpital, où il assure des rôles divers dans différents services, et la faculté, où il reçoit des cours magistraux. Entre ces deux activités, l'étudiant passe beaucoup de temps dans différents ouvrages de référence pour acquérir les bases du savoir médical (8). La fin du second cycle est sanctionnée par un autre concours : l'Examen Classant National (ECN), permettant de classer plus de huit mille étudiants (9). Selon la note obtenue, l'étudiant pourra choisir quelle spécialité il apprendra, parmi les 44 spécialités possibles, et choisira son Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de rattachement (10).
- L'internat est la troisième et dernière partie de la formation médicale initiale, accessible après deux concours sélectifs. L'internat est une phase de transition importante entre la vie étudiante et la vie professionnelle. De fait, l'interne est, selon le Code de la Santé Publique « *un praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation (...) en stage et hors stage. (...) En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. (...) Il participe au service de gardes et astreintes.* » (11).

L'internat est le moment du début de la prise de décisions. Bien que l'interne soit supervisé par un médecin, dit « senior » (i.e thésé), il se trouve en première ligne face aux patients la plupart du temps. Par exemple, lors des gardes d'étages, la nuit, l'interne est souvent seul sur

place, un chef d'astreinte étant joignable par téléphone. Il est donc initialement seul juge de la situation, et doit choisir d'appliquer ou non d'éventuelles mesures en urgence. Outre le cas de l'urgence, il doit décider si la situation dépasse ses compétences et s'il doit en référer, ou non, au médecin responsable.

Il en est de même lors des consultations au cabinet de médecine générale : les décisions commencent à se prendre progressivement en autonomie, supervisées par le maître de stage présent au cabinet, mais c'est la responsabilité propre de l'interne qui est engagée dans ses actes et dans ses attitudes (11).

L'interne est, en outre, le premier à être en contact avec les familles des patients dont il s'occupe, et qui sont parfois vindicatives, à qui il doit expliquer des situations qu'il peut avoir du mal lui-même à comprendre, ou des décisions qu'il n'approuve pas. C'est parfois lui qui délivre les informations médicales à la personne de confiance (12).

L'internat est donc un moment clef dans l'apprentissage du métier de médecin : c'est le moment d'une mise en charge progressive des responsabilités. Il s'agit d'une phase critique et la population des internes est très exposée au stress professionnel (13).

B. Burn Out

Le Burn Out, ou syndrome d'épuisement professionnel, littéralement « qui brûle de l'intérieur » a d'abord été décrit chez les professionnels de santé et chez les professionnels au contact du public. Il correspond selon l'OMS à « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* » (14).

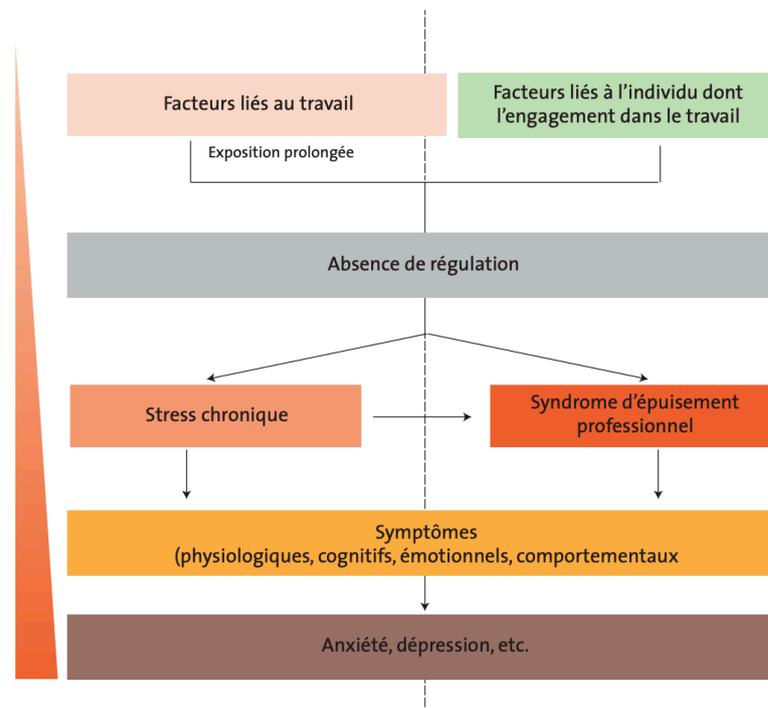


Figure 1 : Modélisation du développement du Burn Out (15)

Concept très utilisé dans le cadre du mal être au travail, le Burn Out comprend trois caractéristiques principales :

- Une baisse de l'accomplissement personnel
- Une dépersonnalisation
- Un épuisement émotionnel marqué

En France, 50 % des médecins généralistes présenteraient des symptômes de Burn Out. Toutes spécialités et modes d'exercice confondus, c'est entre 38 et 52% des médecins qui présenteraient des symptômes d'épuisement professionnel (16,17).

La population des internes n'échappe pas au Burn Out. Dans une étude de 2013, Galam et al. montrent que 16 % des internes de médecine générale Français présentaient des symptômes d'épuisement professionnel (18). La thèse de Thevenet, en 2011, qui comparait les symptômes de Burn Out entre les internes de médecine générale de la région parisienne et les internes du Languedoc Roussillon, ne retrouvait que 36% des internes au total ne présentant aucun signe de Burn Out (19).

Outre les répercussions d'ordre personnelles (rappelons-le : le suicide des internes n'est pas un épiphénomène et concerne plusieurs dizaines d'internes sur les dernières années), les conséquences existent aussi en termes de qualité de soins apportés aux patients : les internes en Burn Out ont tendance à être plus fatigués, plus absents, moins concentrés... (20) La qualité de la relation de soin est également affectée par la présence de symptômes d'épuisement professionnel. Différentes thèses retrouvent ainsi une diminution de l'empathie associée au syndrome d'épuisement professionnel (21–25).

C. Empathie

L'empathie apparaît aujourd'hui comme un pilier fondamental de l'exercice médical, rentrant dans le cadre plus grand de ce que les américains appellent « professionnalisme » (20). Mais qu'est-ce que l'empathie ?

Du grec « *empathia* » qui signifiait « souffrir avec », ce terme a été repris par les romantiques allemands sous le terme « *Einführung* », décrivant un sentiment accompagnant la perception visuelle de la forme de tout objet possible durant le XIX^{ème} siècle (26).

Dans les années 1950, Carl Rogers, travaillant sur le développement de l'approche centrée sur la personne, développe l'empathie dans le domaine du soin, qu'il juge comme étant « *une compétence interpersonnelle nécessitant un ensemble d'aptitudes intra-personnelles* » (27).

Larson et Yao, en 2005, théorisent l'empathie en lui décrivant trois composantes majeures (28) :

- Une composante non cognitive, instinctive, induite par mimétisme.
- Une composante cognitive simple, liée au conditionnement et aux associations d'idées « classiques », liées au vécu de l'observateur.
- Une composante cognitive complexe, qui fonctionne lorsque l'observateur répond de manière empathique et élabore des déductions à partir des réponses verbales.

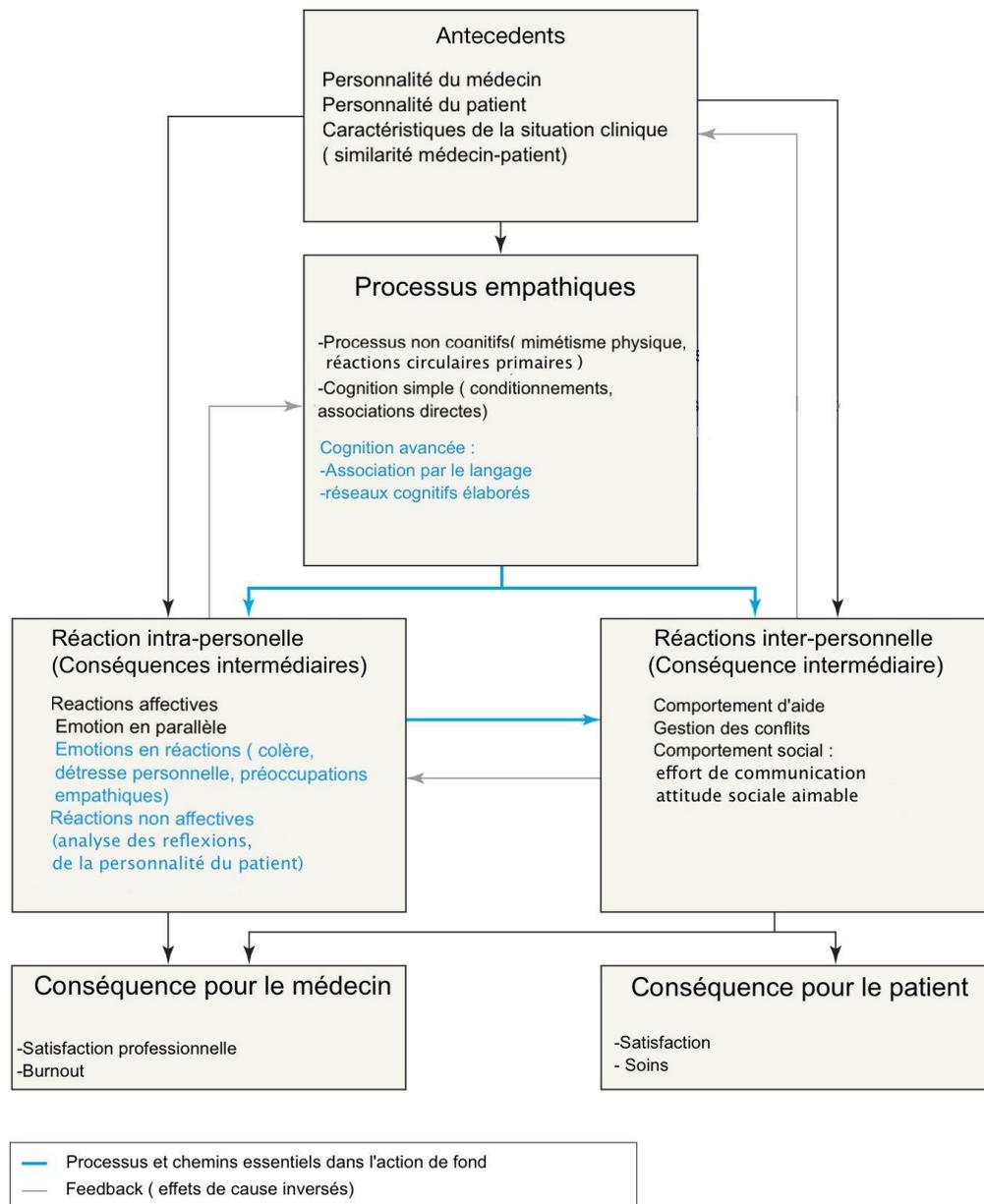


Figure 2 : Modèle de Larson et Yao, traduit par Joubert (29)

Nous retiendrons pour la suite de notre exposé la définition de l'empathie développée par Hojat, professeur de psychiatrie à l'université Thomas Jefferson de Philadelphie, pour qui : *"l'empathie cognitive est la capacité de comprendre (plutôt que de ressentir réellement) les expériences, les valeurs et les perspectives du patient, combinée à la capacité de communiquer cette compréhension et une intention d'aider le patient"* (30). Cette définition nous place donc entre les réactions cognitives simples et les réactions cognitives complexes suggérées par Larson et Yao, seule partie a priori possible d'être travaillée.

Sur le plan physiologique, les neurones miroirs semblent impliqués dans la compréhension comportementale et émotionnelle chez les mammifères en général, et chez l'Homme en particulier. Ils seraient donc le substrat anatomique des capacités empathiques (31–33).

Par ailleurs, des travaux récents, comme la thèse de Fauchon, en 2017, ont démontrés qu'un comportement empathique de la part d'un soignant permet une diminution de l'ordre de 12% de la perception de la douleur chez le patient. Cette étude a été complétée par la mise en évidence de réponses physiologiques enregistrées par IRM fonctionnelle au niveau du cortex cingulaire postérieur lors de comportements empathiques, n'existant pas lors de comportements « non empathiques » envers les sujets (34).

L'empathie cognitive apparaît donc comme essentielle à la pratique médicale : elle permet de communiquer de manière adéquate avec le patient, en lui apportant la preuve d'une écoute réelle, de lui exposer la situation de manière appropriée, mais également d'avoir un premier effet thérapeutique.

La problématique réside dans le fait que les capacités empathiques ont tendance à décroître au cours des études médicales.

Citons l'étude de Barrier qui met en évidence, en 2005, la diminution d'identification de situations problématiques entre les étudiants de troisième année de médecine et ceux de sixième année. Dans sa conclusion, l'auteur s'interroge sur une diminution de l'aptitude à la réflexion éthique en lien avec l'augmentation des connaissances médicales. En d'autres termes, l'étudiant aurait tendance à avoir une approche médicale purement technique, le patient étant traité comme une somme de problèmes médicaux à résoudre et non plus comme un humain (35).

L'article « *An empirical study of decline in empathy in medical school* » de Hojat et al. en 2004 est le premier d'une longue série qui étudie le déclin progressif des capacités empathiques au cours des études médicales chez les internes américains (36).

On peut également citer Neumann qui, en 2011 dans une revue de la littérature, retrouvait trois études longitudinales et six études transversales montrant une diminution significative de l'empathie au cours des études médicales (37).

La thèse de Belaube, en 2013, met en évidence une diminution des scores d'empathie cognitive durant les dix-huit premiers mois de l'internat de médecine générale chez des internes

Bordelais. Un parallèle non significatif est établi avec l'augmentation des symptômes dépressifs dans cette population sur la période étudiée (38).

De nombreux travaux sur l'empathie ont été réalisés ces dernières années, avec pour but de développer l'empathie des médecins. Parmi les méthodes permettant le développement d'une empathie cognitive clinique, la médecine narrative semble être une approche intéressante.

D. La médecine narrative

L'exercice médical, depuis Hippocrate, est basé sur l'étude de l'histoire de la maladie, l'évolution de celle-ci et ses conséquences sur le quotidien du malade, les thérapeutiques efficaces n'étant que très récentes dans l'histoire médicale. La consultation médicale, c'est d'abord l'écoute de ce qui amène le patient. Le diagnostic se fonde, entre autres, par l'analyse des symptômes qui ne sont autre chose que « l'élément perturbateur », dans l'histoire de la vie du patient. Leurs débuts, leurs modalités de survenue, ce qui les améliore ou les déclenche s'inscrivent dans la vie du malade, et composent l'histoire de la maladie, l'anamnèse, qui s'emmêle avec l'histoire de l'Homme derrière le malade.

Les termes employés par le patient font référence à son propre vécu ; ils sont exprimés avec l'angoisse, la surprise, les interrogations qui sont ressenties... Le médecin doit arriver à déchiffrer ce qui se cache derrière ces expressions, parfois très imagées, et les rattacher à ses connaissances médicales. Le médecin doit « lire entre les lignes » de ce que lui explique le patient (39–41).

C'est là d'ailleurs une partie importante de *l'art médical* : rattacher quelque chose de général à une description singulière.

La « médecine narrative » en tant que discipline est récente. Elle a été fortement développée et formalisée par le Dr Rita Charon, interniste et femme de lettre, à l'université de Columbia, à New York. La « médecine narrative » repose sur le paradigme que l'étude d'œuvres littéraires permet le développement de l'empathie d'une manière générale (6).

Sur le plan méthodologique, deux exercices principaux sont proposés aux participants :

- Le « *close reading* » : étude d'œuvres littéraires, autrement appelé herméneutique, où il s'agit d'analyser l'idée qui existe au-delà des mots utilisés par l'auteur de l'œuvre.
- Le « *reflexive writing* » : écriture en un temps court d'une histoire vécue, suivie de la lecture de ce texte aux autres participants, et complété d'une réflexion sur l'agencement de l'histoire et l'analyse des termes utilisés.

Les exercices sont enrichis par des sessions de discussions avec des patients, des personnels paramédicaux et d'autres médecins (5,42–46).

Ces cours ne sont pas réservés uniquement aux médecins, ils sont ouverts également aux autres professionnels de santé : infirmier(e)s, sages-femmes, aides-soignant(e)s etc. ; *in fine*, à tous les acteurs du système de santé en relation avec les patients (47).

La finalité de ces enseignements est de permettre aux participants d'aller au-delà du discours du patient et de pouvoir interpréter le non-dit, part importante de la communication soignant-patient. De plus, il semblerait que la pluri-professionnalité de ces enseignements permette une meilleure communication et renforce la cohésion au sein des équipes, par le partage des différents points de vue des participants (48).

Les enseignements sont dispensés depuis 2001 à l'université de Columbia avec des résultats probants. La discipline s'exporte progressivement au-delà du territoire américain. En France, peu de facultés proposent des enseignements de médecine narrative. Pourtant, les étudiants sont satisfaits de cette approche, venant en complément de l'abord scientifique de la médecine (49).

Notons que les internes de médecine générale Français doivent produire chaque semestre un « récit de situation complexe authentique » (RSCA), décrivant une situation complexe leur ayant posée problème au cours du semestre, et produire une réflexion quant aux solutions effectivement trouvées ainsi qu'aux solutions qui auraient pu être apportées (50,51).

Il existe également des « groupes d'échanges de pratique tuteurés » (GEPT), devant permettre de débriefer, de manière mensuelle lors des semestres d'hiver, de situations complexes sur le plan éthique ou pratique, technique dérivée des groupes Balint (52).

Ces enseignements sont très proches, dans leurs objectifs, de ceux de la médecine narrative. Cependant, il n'existe pas de retour franc concernant les RSCA, qui sont probablement plus pris comme une interrogation écrite par les internes, que comme un moyen de développer leurs compétences empathiques et l'identification de problématiques complexes. Les GEPT, quant à eux, permettent un réel partage d'expérience et une réflexion collective, mais comportent souvent un nombre important de participants, qui ne permet pas à tous de s'exprimer, et les problématiques soulevées sont souvent redondantes.

Concluons ce chapitre sur le fait que ces exercices sont réservés aux seuls internes de médecine générale, qui ne sont pas les seuls confrontés aux difficultés de l'exercice médical, et qu'à aucun moment n'est développée la partie « perceptive » du récit, comprise dans le « *close reading* » de la médecine narrative.

La médecine narrative n'est pas la seule manière d'augmenter les capacités empathiques des médecins, il semblerait que le développement personnel et le bien-être aient une part à jouer.

E. Bien être personnel

En 2000, Haas démontre que les patients sont plus satisfaits des soins qui leurs sont prodigués par des médecins dont le bien-être personnel est élevé (53).

Les stratégies de promotion du bien-être utilisées par les médecins ont été étudiées par Schanafelt et al. en 2003, les résultats sont exposés ci-après (54) :

1. Relations :

Saisir l'importance de « protéger » du temps à partager avec sa famille et les personnes qui comptent.

Développer un sentiment d'attachement avec ses collègues.

Garder des opportunités de réfléchir et de partager avec ses collègues sur les aspects émotionnels et existentiels de la pratique médicale.

2. Croyances religieuses et pratiques spirituelles :

Être attentif à ses attentes et entretenir sa propre spiritualité.

3. Attitudes au travail :

Trouver un sens à son travail.

Choisir et limiter sa façon de pratiquer la médecine.

Par exemple travailler à mi-temps, s'impliquer dans l'enseignement, s'impliquer dans des thèmes de recherche d'intérêt, mettre fin aux aspects insatisfaisants de sa pratique.

4. Pratiques d'autoprotection :

Cultiver activement des intérêts personnels et une conscience de soi, en plus des activités professionnelles et familiales.

Demander l'aide de professionnels en cas de problèmes de santé physique ou mentale.

Par exemple : la lecture, l'exercice physique, poursuivre un développement personnel, avoir une bonne hygiène de sommeil, une bonne hygiène alimentaire, recevoir des soins médicaux réguliers, recevoir des conseils sur le plan professionnel.

5. Philosophie de vie :

Développer une approche philosophique de la vie avec une perspective positive, identifier ses propres valeurs et agir en conséquence, mettre l'accent sur l'équilibre entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle.

Dans une étude de 2005, Schanafelt et al. montrent également l'importance du bien-être dans le développement des compétences médicales chez les internes. Parmi les compétences médicales, l'empathie est significativement plus élevée chez les internes avec des scores de bien-être élevés (55).

Raj, psychiatre à l'université de Stanford, réalise en 2016 une revue de la littérature visant à identifier les facteurs augmentant le bien-être des internes. Il retrouve comme principaux facteurs de bien-être :

- L'autonomie laissée à l'interne
- Le développement de nouvelles compétences
- De bonnes relations sociales
- Une bonne qualité de sommeil
- Pouvoir passer du temps loin de son travail

Il retrouve également que les internes se sentant bien sont d'avantage empathiques (56).

En reprenant le model de Larson et Yao, nous nous apercevons que l'empathie est liée à une charge émotionnelle, tantôt externe (perception par le patient d'un comportement empathique à son égard), tantôt interne (émanant du médecin lui-même, attitude empathique réelle). Cette charge émotionnelle interne est une ressource épuisable, dépendant du bien-être personnel du médecin (57).

Nous retrouvons dans ces différentes études l'importance de prendre du temps pour soi et d'avoir des loisirs afin d'augmenter son bien-être, avec comme conséquence l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

F. Lecture de loisir

Selon le dictionnaire Larousse, les loisirs sont des « *distractions, amusements auxquels on se livre pendant ses moments de liberté* », synonymes de divertissements, passe-temps mais aussi de libertés et d'occasions (58).

La lecture est l'un des loisirs préférés des Français. En effet, l'étude sur les Français et la lecture de 2017 du comité national du livre (CNL) retrouve 91% de lecteurs courants. Environ 50% déclarent lire quotidiennement, et en moyenne les Français âgés de 15 à 44 ans lisent dix-sept livres par an. Ces lectures vont des revues aux ouvrages spécialisés, en passant par le théâtre ou la poésie. Les romans sont l'une des catégories de livre les plus plébiscitées par les français, représentant 69% des livres lus chaque année (2). Les Français passent en moyenne 6,9 heures par semaine à lire, ce qui les classe à la huitième place mondiale en termes de temps hebdomadaire passé à lire (59).

Peu de données sont disponibles sur les lectures de loisir chez les médecins. Aloysius dans sa thèse, en 2014, analyse l'œuvre de Flaubert *Madame Bovary* et en dégage les problématiques de la relation médecin-malade décrites dans le roman, avec en ouverture une réflexion sur le non usage de la littérature classique comme outil pédagogique dans les études médicales en France (60). Citons également la thèse de Grimshaw qui, en 2015, s'intéressait aux personnages de médecins dans la littérature romanesque et à l'influence de ces personnages sur la pratique de différents médecins généralistes. Seul 22 des 83 médecins qu'elle interrogeait étaient de grands lecteurs, principalement de romans pour 84% d'entre eux. Le choix des romans qu'ils lisaient se faisant principalement par amour de la lecture, et non du fait que l'un des personnage principaux soit médecin, dans une population où les médecins interrogés étaient recrutés du fait de leurs habitudes littéraires (61).

Watson, au Canada, s'est intéressé aux habitudes littéraires des internes, dans le but de développer une collection de littérature « de loisir » dans la bibliothèque de l'université de Saskatchewan. Les étudiants interrogés trouvaient de nombreux bénéfices à la littérature en tant que loisir, comme la réduction du stress ou encore l'amélioration de leurs qualités de communication. La plupart étaient favorable au développement d'une collection de livres « de

loisir » dans leur bibliothèque universitaire. Dans les facteurs limitant la lecture, ils citaient la fatigue, le manque de temps et le prix à déboursier pour se procurer des ouvrages (62).

Aucune étude n'existe, à notre connaissance, sur les habitudes littéraires des internes en médecine Français.

Problématisation

Il semblerait donc d'une part que l'étude d'œuvres littéraires augmenterait l'empathie des médecins, mais également que les divertissements permettraient d'augmenter le bien être des médecins, avec comme conséquence une augmentation de leur empathie.

Nous avons donc réalisé une étude avec pour objectif principal d'étudier si les lectures de loisir ont un lien avec les capacités d'empathie cognitive chez les internes du Languedoc Roussillon.

Nous avons retenu quelques objectifs secondaires que sont :

- État des lieux des habitudes littéraires chez les internes du Languedoc Roussillon ainsi que les facteurs limitants.
- État des lieux des loisirs chez les internes du Languedoc Roussillon.

- État des lieux de l'empathie chez les internes du Languedoc Roussillon.
- État des lieux du Burn Out chez les internes du Languedoc Roussillon.
- Exploration des facteurs de satisfaction professionnelle des internes du Languedoc Roussillon.

Matériel et méthode

A. Généralités

L'étude a été menée du 18 février 2019 au 03 avril 2019. Elle a été réalisée sous forme de questionnaire Google Forms (63) (cf annexe I) comportant différentes sections :

- La première partie était celle du recueil de données sociodémographiques, afin de dégager des informations générales sur la population étudiée.
- Ensuite des informations étaient recueillies sur l'internat en général et le stage actuel en particulier, ainsi que des informations sur les principaux facteurs de satisfaction professionnelle, déterminés de manière empirique.
- Une partie de recueil d'informations sur l'origine géographique des internes ainsi que la présence ou non d'enseignements de médecine narrative ou de littérature classique dans leur cursus.
- Après quoi, le questionnaire recueillait des informations sur les loisirs des internes et le temps moyen hebdomadaire passé à ceux-ci.
- Afin d'éliminer un biais de compréhension, une partie portait sur la lecture d'ouvrages médicaux ayant eu lieu sur l'année précédant la réponse au questionnaire.
- La sixième partie était la pièce maîtresse de la thèse, qui s'attachait à demander aux internes quelles étaient leurs lectures de prédilection, leur média favori de lecture ainsi que le nombre de livres non médicaux qu'ils avaient lus sur l'année écoulée, afin d'établir s'ils étaient non, petits, moyens ou grands lecteurs (64).
- La dernière partie était constituée de 4 questionnaires validés. Un message signalait aux internes que les noms de ces tests ne leur étaient pas donnés, afin d'éviter un biais de recueil de données. Les quatre questionnaires étaient dans l'ordre :
 - La **JSPE-Fr**, qui permet de mesurer le taux d'empathie.
 - L'**échelle HAD**, permettant de dépister des troubles anxiodépressifs.
 - Le **test d'Inventaire de Burn Out de Maslach**, servant à repérer les sujets victimes de Burn Out.
 - La **Ways of Coping Checklist**, dont le but est de mesurer la capacité à faire face à des situations nouvelles et imprévues.

- La dernière page comportait mon adresse e-mail pour que les résultats de la thèse soient envoyés aux internes qui le souhaitent. Un lien pour contacter l'association SOS SILR (sossilr@gmail.com) figurait également, après accord de l'association, afin que les éventuels internes en situation de détresse psychologique répondant aient connaissance de cette association leur étant dédiée.

Le questionnaire a été testé préalablement sur un panel d'internes hors Languedoc Roussillon afin d'améliorer sa qualité et d'avoir une idée du temps nécessaire pour le remplir. Le temps de remplissage moyen a été estimé à environ 30 minutes, ce qui en fait un questionnaire particulièrement long. Les données recueillies lors de cette phase test n'ont pas été analysées et ont été supprimées.

Il n'y a pas eu de données manquantes sur les questions d'intérêt, du fait de l'impossibilité de poursuivre le questionnaire en cas de non-réponse aux QCM. Différents verbatims étaient présents et pouvaient quant à eux ne pas être remplis sans conséquence sur la poursuite du questionnaire.

Une déclaration CNIL a été faite avant l'envoi du questionnaire aux internes (65). Les données ont été traitées de manière anonyme dès le recueil.

Les critères d'inclusion étaient d'être un interne en médecine, quel que soit la spécialité, en formation dans la subdivision du Languedoc Roussillon, actuellement en stage.

Les critères de non-inclusion étaient de ne plus être interne, de ne pas être interne en médecine, d'être en formation dans une autre subdivision que le Languedoc Roussillon ou de ne pas être en stage au moment du remplissage du questionnaire.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu du fait du design observationnel transversal de l'étude.

La diffusion du questionnaire en ligne s'est faite par les groupes d'internes sur les réseaux sociaux, par le « bouche à oreille » et par la diffusion sur les mailing-lists de communication aux internes de la faculté. Devant le nombre élevé de pages à imprimer et du fait de la difficulté prévisible d'avoir un retour par courrier, le questionnaire n'a pas été diffusé en version papier.

Le critère de jugement principal était la mise en évidence d'une différence significative du score obtenu à la JSPE-Fr et de ses trois composantes, en fonction d'être dans le groupe « Moyens et grands lecteurs » (ayant lus plus de 5 livres sur l'année écoulée, *cf. infra*) ou non. Un nombre de 120 internes a été calculé pour arriver à démontrer une différence significative sur les scores de la JSPE-Fr.

La bibliographie a été réalisée entre autres à partir de bases de données validées type Pubmed (66), LiSSa (67) ou Sudoc (68), les articles étant archivés sur le logiciel Zotero (69). Les données ont été recueillies sur Google Sheet (70) puis mises en forme sur le tableur Microsoft Excel (71). Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel en ligne p-value, interface graphique du logiciel statistique R (72). Ce logiciel a la particularité de déterminer automatiquement le test statistique adéquat à utiliser en fonction de la distribution des variables et du nombre de données à analyser.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type. Les variables qualitatives sont exprimées en valeur absolue et en pourcentages de l'effectif considéré. Le risque alpha retenu a été de 5% de façon standard. Les analyses bivariées ont été réalisées :

- Par méthode de Welch, de Fischer ou du Chi2 pour les variables qualitatives, en fonction de l'effectif.
- Par méthode de Mann-Whitney, ANOVA, Kruskal-Wallis ou Coefficient de corrélation de Pearson pour les variables quantitatives, en fonction de l'effectif.

Les analyses multivariées ont été faites par régression linéaire afin d'obtenir des coefficients.

B. Échelles utilisées

1. La JSPE Fr

La *Jefferson Scale for Physician Empathy* (JSPE) est une échelle de mesure de l'empathie développée par Hojat et al. en 2005. Elle permet de remplacer l'ancienne échelle de mesure qu'était l'IRI (Index de réactivité interpersonnelle), en ayant une reproductibilité accrue et surtout en étant plus adaptée à l'évaluation de l'empathie chez les professionnels de santé (73).

Il s'agit d'un auto-questionnaire composite, comportant 20 questions, où la réponse se fait sur des échelles de Likert à 7 possibilités allant de « pas du tout d'accord » à « totalement d'accord ». Elle évalue trois éléments clefs de l'empathie cognitive :

- Compréhension émotionnelle (CE)
- Prise de perspective (PDP)
- Se mettre à la place de (SMP)

Cette échelle ne permet pas de dire si quelqu'un est empathique en tant que tel, mais permet une comparaison entre différents groupes, ce qui en fait un outil adapté pour la recherche.

Différentes versions ont été développées : la première étant celle à l'attention des médecins seniors, puis des étudiants en médecine et des personnels paramédicaux, pour en arriver au développement d'une échelle d'empathie perçue par le patient. Cette échelle est la nouvelle référence utilisée dans les études sur l'empathie dans le milieu médical à travers le monde (30,74–77).

En France, l'échelle a été validée par l'équipe de Zensani et al. en 2012 à l'université de Paris Descartes, et porte le nom de JSPE-Fr. Dans l'article initial, les auteurs concluent que les trois composantes de l'échelles doivent être analysées séparément dans cette version, du fait probablement d'un nombre de sujet insuffisant lors de l'étude (78). Notons que depuis, plusieurs études et thèses Françaises utilisent dans leurs conclusions le score global donné par cette échelle (13,21,38,79,80).

2. L'échelle HAD

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) est une échelle développée par le psychiatre Zigmond en 1983. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 14 questions, avec 4 possibilités

de réponse cotées de 0 à 3. Il s'agit d'une échelle validée sur le plan international, permettant le dépistage des troubles anxieux et dépressifs.

Pour l'anxiété et la dépression, la somme des questions évaluant spécifiquement l'un ou l'autre permet de dégager trois cas de figure : « absence de symptômes », « douteux » ou « symptomatologie anxieuse/dépressive ». (81,82)

3. Maslach Burn Out Inventory

Le *Maslach Burn Out Inventory* (MBI) permet d'évaluer le Burn Out chez les sujets interrogés. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 22 questions, où les réponses se font sur une échelle de Likert allant de 0 « jamais » à 6 « chaque jour ». Il s'agit d'une échelle validée pour le diagnostic de Burn Out (83) .

Les trois composantes principales du Burn Out sont identifiées : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel. Pour chacune des catégories, sont additionnées les réponses spécifiques. Un Burn Out est diagnostiqué si deux items sont en faveurs (*i.e.* accomplissement personnel bas, épuisement émotionnel élevé, dépersonnalisation élevée), en cas de trois réponses en faveur, le Burn Out est complet (83).

4. La Ways of Coping Checklist (WCC)

Le « coping » peut être traduit en français par « stratégie d'ajustement ». Il s'agit de processus comportementaux complexes, reflétant les interactions entre un événement et un sujet. Basé sur les travaux de Lazarus et Folkman, la *Ways of Coping Checklist* permet d'évaluer la capacité d'un sujet à faire face à une situation pourvoyeuse de stress. Différentes variantes existent, nous avons opté pour la version à 27 questions, validée par Cousson et al. (84–87).

Il s'agit d'un auto-questionnaire, comportant 27 questions, où les réponses se font selon une échelle de Likert à 4 modalités : « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui ». Il est demandé au répondeur de repenser à une situation stressante vécue récemment, et d'analyser sa manière de réagir.

Trois composantes des stratégies d'adaptation sont explorées, chacune par des questions spécifiques :

- Le coping problème, qui évalue comment le sujet affronte la situation,
- Le coping émotionnel, qui correspond à la manière dont le sujet tente de contrôler la situation
- Le coping soutien, qui représente la manière dont le sujet trouve un soutien social face à une problématique.

Cette échelle permet principalement la comparaison des techniques d'ajustements en fonction d'une intervention d'ordre psychologique ou comportementale.

Résultats

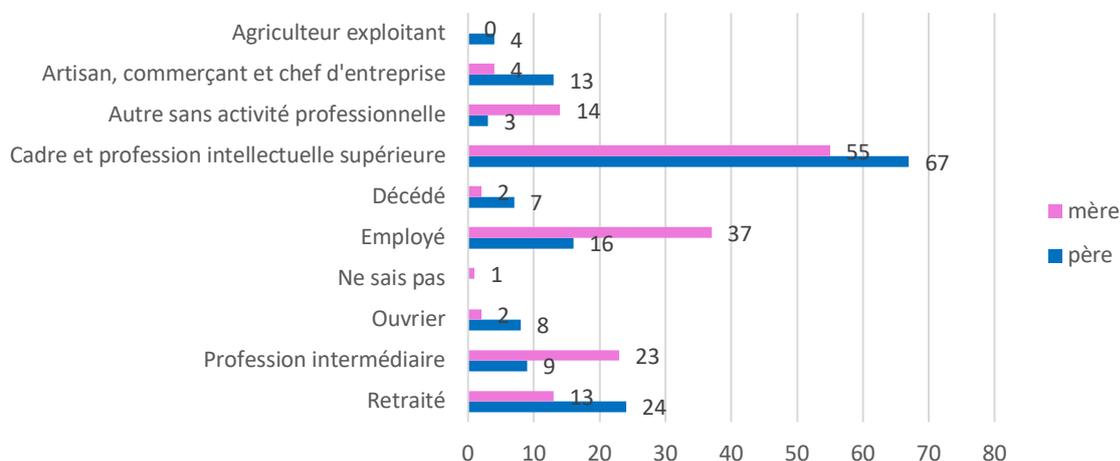
Un total de 151 réponses a été recueillies : voici les différentes réponses obtenues.

A. Caractéristiques sociodémographiques

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Sexe	Féminin	112 (74,17)	
	Masculin	39 (25,83)	
Année de naissance			1991,76 (2,01)
Statut marital	En couple	87 (57,62)	
	Célibataire	56 (37,09)	
	Marié	8 (5,30)	
Mode de vie	Seul	33 (21,85)	
	Colocation	51 (33,78)	
	Concubinage	63 (41,72)	
	Chez les parents	4 (2,65)	
Enfant	Oui	7 (4,63)	
	Non	144 (95,36)	
Animal de compagnie	Oui	37 (24,50)	
	Non	114 (75,50)	
Enfance (lieu)	Zone rurale	34 (22,52)	
	Zone semi-rurale	55 (36,42)	
	Zone urbaine	62 (41,06)	
Parler couramment une langue étrangère	Oui	70 (46,36)	
	Non	81 (53,64)	
Psychothérapie	Oui	38 (25,17)	
	Non	113 (74,83)	
Tabac (consommation)	Quotidiennement	13 (8,61)	
	Occasionnellement	26 (17,22)	
	Jamais	112 (74,17)	
Alcool (consommation)	Quotidiennement	3 (1,99)	
	Hebdomadaire	106 (70,20)	
	Mensuelle	37 (24,5)	
	Jamais	5 (3,31)	
Stupéfiants (consommation)	Quotidiennement	2 (1,33)	
	Hebdomadaire	4 (2,65)	

Stupéfiants (consommation)	Mensuelle	22 (14,57)	
	Jamais	123 (81,46)	

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des 151 internes ayant répondu au questionnaire



Graphique 1 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des parents des 151 internes ayant répondu

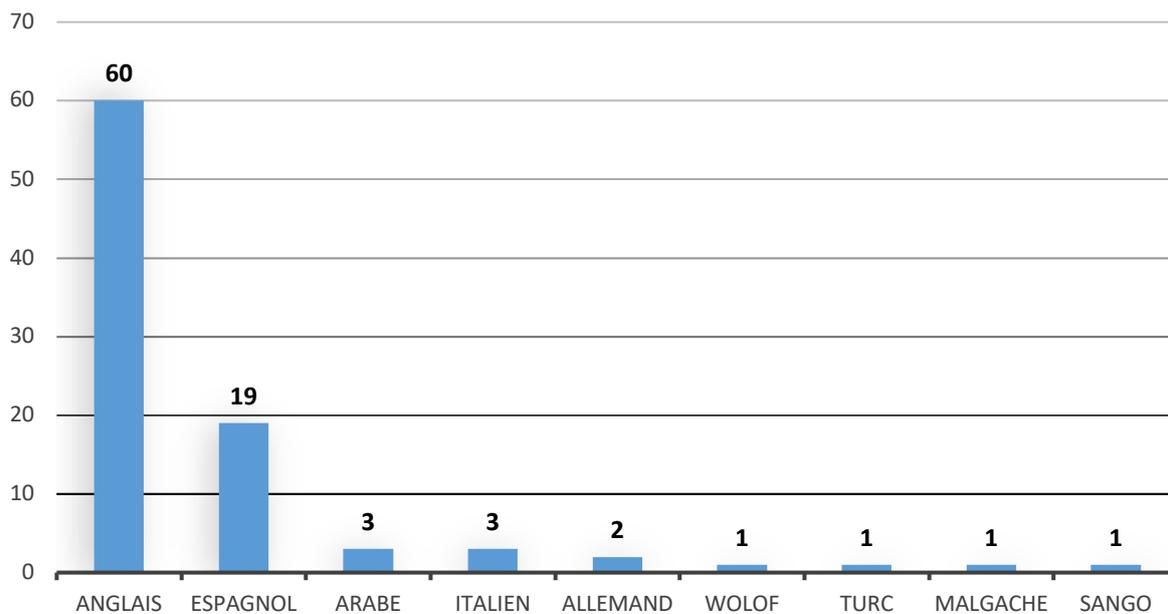
Notre population était constituée d'une majorité de femme (74,17%), avec un âge moyen de 27,24 ans. Environ 62,92% déclaraient être en couple ou mariés. Ils étaient 78,15% à ne pas vivre seul : en colocation, en concubinage ou chez leurs parents. La plupart n'avaient pas d'enfants (95,36%), ni d'animal de compagnie (75,50%).

Leur père appartenait à une catégorie socioprofessionnelle supérieure pour 58,94%, et leur mère pour 54,30%. Seul 12,58% de notre population avait ses deux parents qui n'appartenaient pas du tout à une catégorie socioprofessionnelle supérieure (88). L'origine de notre population était principalement péri-urbaine : 58,94 % ont passé leur enfance en zone rurale ou semi-rurale.

Parler une langue étrangère était déclaré courant par 46,35% de la population étudiée.

Environ un quart (25,17%) des internes interrogés déclaraient avoir suivi une psychothérapie au cours de leur vie.

Soixante-quinze pour cent déclaraient ne jamais consommer de tabac, quand ils étaient 72,19% à rapporter une consommation d'alcool quotidienne à hebdomadaire. Enfin, 81,46% déclaraient ne jamais consommer de produits stupéfiants.



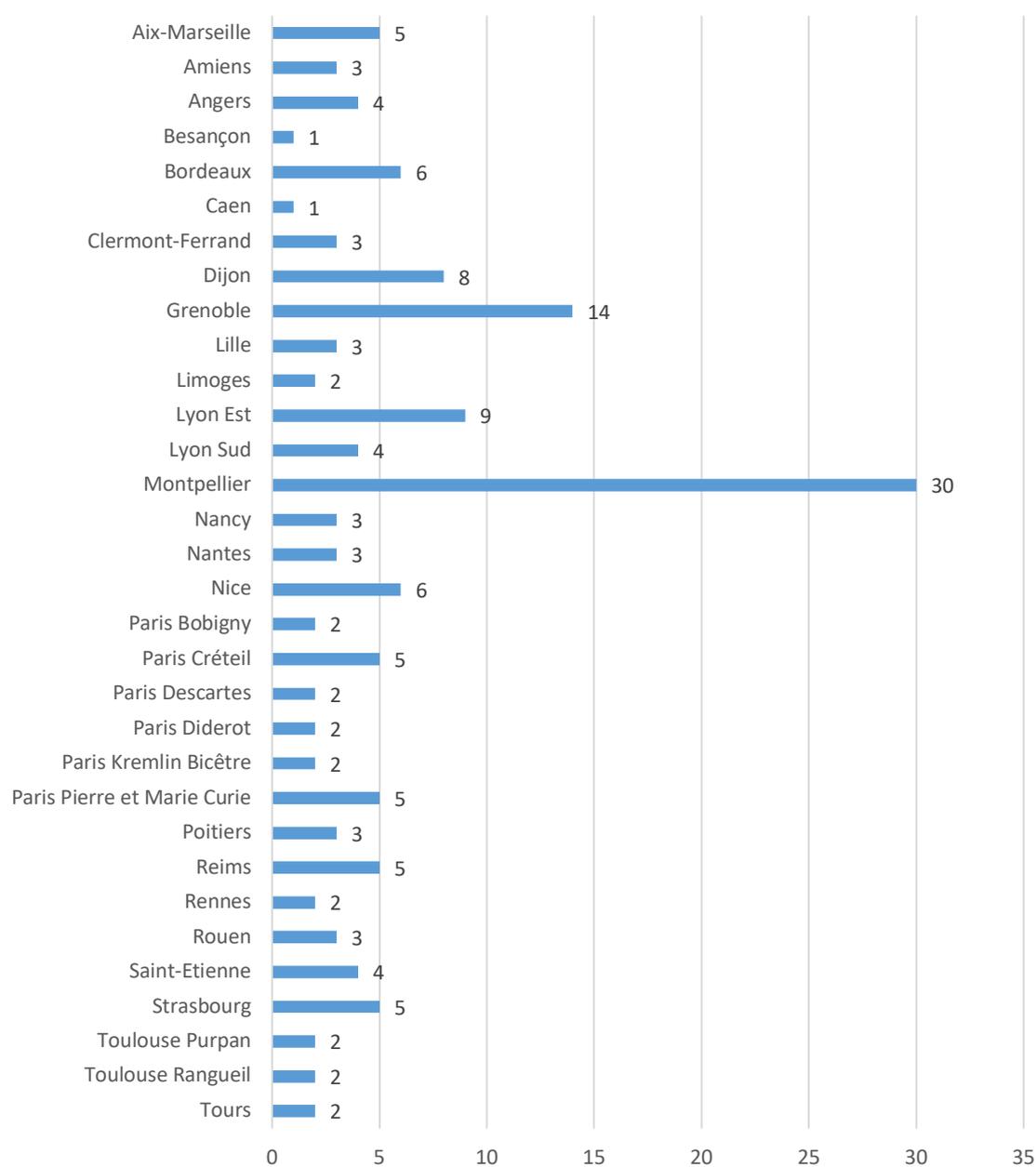
Graphique 2 : Détail des langues étrangères couramment parlées par les internes (n=70), plusieurs choix possibles

La langue étrangère la plus couramment parlée était l'Anglais, suivie de l'Espagnol, respectivement pour 60 et 19 internes interrogés. Ensuite nous retrouvions à égalité l'Arabe et l'Italien (3 internes), suivi par l'Allemand (2 internes), puis le Wolof (langue parlée au Sénégal et en Mauritanie), le Turc, le Malgache et le Sango (langue parlée en république centrafricaine et au nord de la République démocratique du Congo).

Notre étude ne s'attache pas à déterminer quelles langues couramment parlées étaient natives, ou du moins familières, et quelles langues ont été apprises dans un cadre scolaire.

B. Études et internat

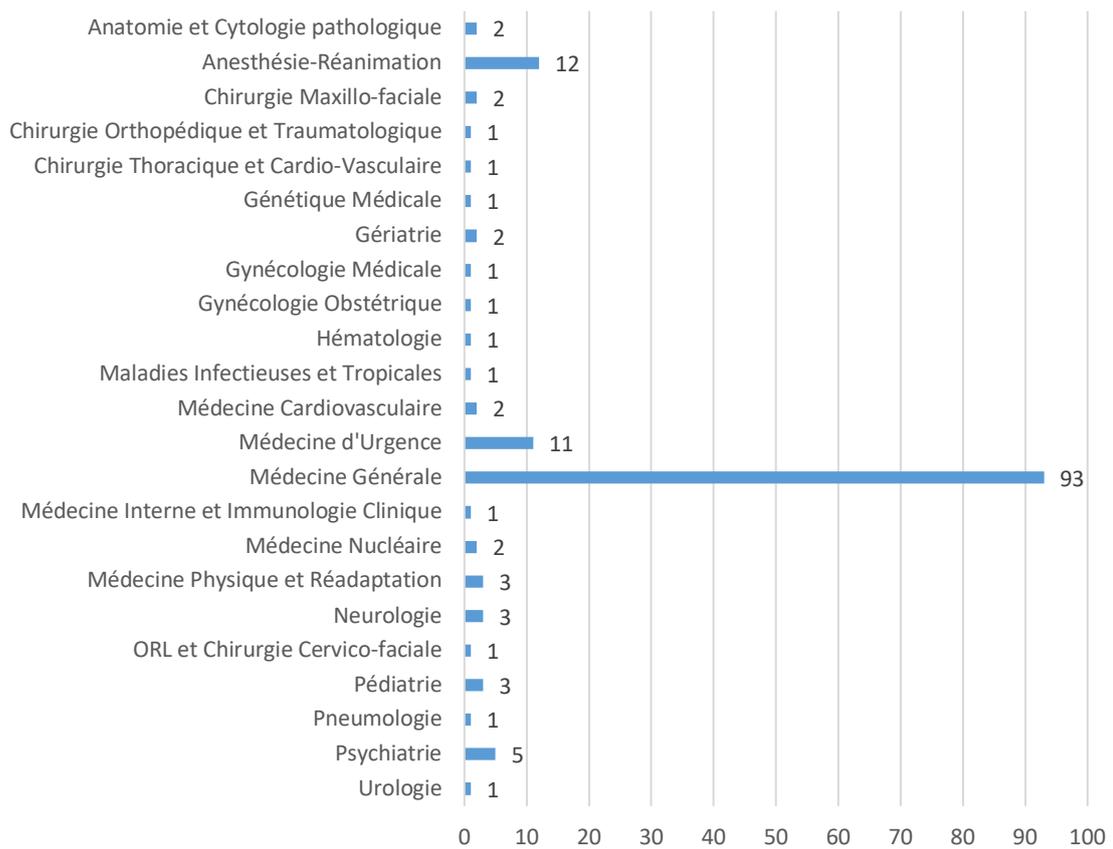
1. Provenance et spécialité



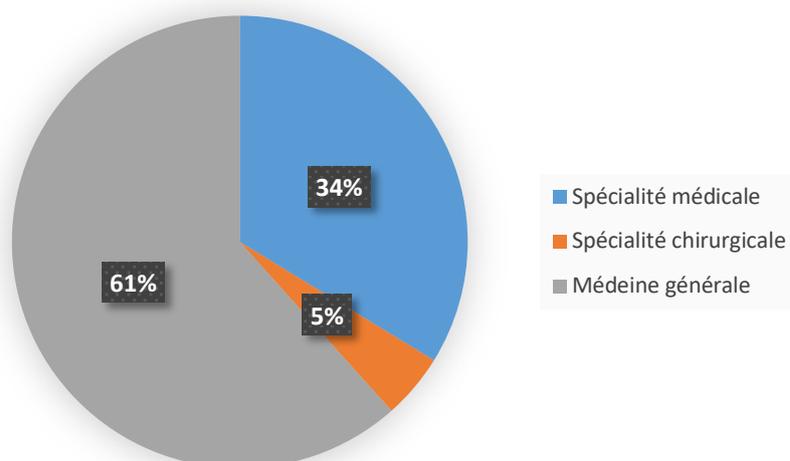
Graphique 3 : Université d'origine des 151 internes ayant répondu

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Cours de littérature classique pendant le 2 nd cycle	Oui	6 (3,97)	
	Non	131 (86,75)	
	Ne sait pas	14 (9,27)	
Cours de médecine narrative pendant le 2 nd cycle	Oui	4 (2,65)	
	Non	120 (79,47)	
	Ne sait pas	27 (17,88)	
Semestre en cours	1 ^{er}	34 (22,52)	
	2 nd	0 (0)	
	3 ^{ème}	29 (19,21)	
	4 ^{ème}	2 (1,33)	
	5 ^{ème}	65 (43,05)	
	6 ^{ème}	12 (7,95)	
	7 ^{ème}	6 (3,97)	
	8 ^{ème}	0 (0)	
	9 ^{ème}	2 (1,33)	
	10 ^{ème}	1 (0,66)	
Semestre en cours			3,95 (1,98)

Tableau 2 : Caractéristiques relatives aux études des 151 internes ayant répondu



Graphique 4 : Répartition des différentes spécialités d'internat des 151 internes ayant répondu



Graphique 5 : Répartition par type de spécialité des 151 internes ayant répondu

La provenance des internes ayant répondu était disparate. On constate que les internes ayant réalisés leur externat à Montpellier représentaient 19,87% des interrogés, contre 11,94% l'ayant fait à Paris et 9,27% à Grenoble.

Des cours de littérature classique ou de médecine narrative n'avaient pas été dispensés ou n'avaient pas laissés de souvenir à respectivement 96,02 % et 97,35% des internes interrogés.

La moyenne de semestre en cours était de 3,95 avec des extrêmes allant du premier semestre (34 internes, soit 22,52%) au dixième semestre (1 interne, soit 0,66%). Peu d'internes répondaient être dans un semestre « pair », voir aucun pour le second et le huitième, du fait que l'étude ait été conduite sur un semestre d'hiver « impair ». On note que 43,5% des internes (65 répondants) étaient en cinquième semestre, ce qui en fait le semestre comportant le plus de représentants.

La majorité des internes ayant répondu étaient internes de médecine générale (61,59%). Les internes de spécialité médicale représentaient 33,77% de la population, quand les internes des spécialités chirurgicales étaient largement sous-représentées avec 7 répondants, constituant 4,64% de notre échantillon.

2. Stage actuel et satisfaction professionnelle

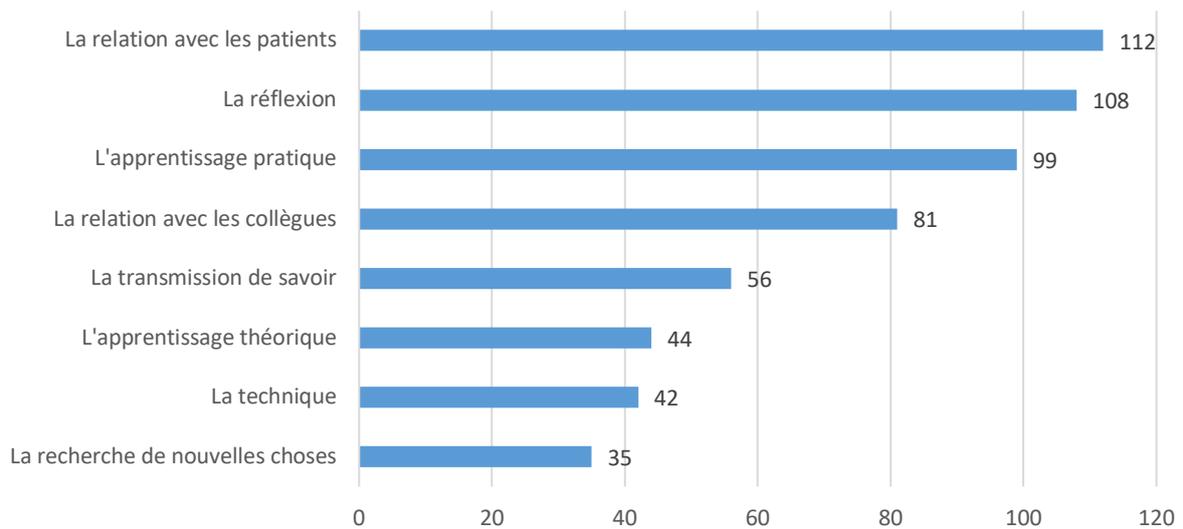
		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Type de stage	Ambulatoire	37 (24,5)	
	Hospitalier	114 (75,50)	
Horaires hebdomadaires (moyenne)	Moins de 35h/semaines	10 (6,62)	
	De 35 à 40h/semaine	37 (24,5)	
	De 40 à 45h/semaine	24 (15,89)	
	De 45 à 50h/semaine	25 (16,56)	
	De 50 à 55h/semaine	24 (15,89)	
	De 55 à 60 h/semaine	18 (11,92)	
	Plus de 60h/semaine	13 (8,61)	
Horaires hebdomadaires totales (h/semaine)			46,54 (8,45)
Nombre de gardes mensuelles (moyenne par personne)	0	60 (39,74)	
	1	9 (5,96)	
	2	22 (14,57)	
	3	18 (11,92)	
	4	14 (9,27)	
	5	8 (5,30)	
	6	6 (3,97)	
	Plus de 6	14 (9,72)	
Nombre de gardes			2,32 (2,55)
Plaisir à travailler (/10)			7,10 (1,38)

Tableau 3 : Caractéristique de stage des 151 internes ayant répondu

Environ les trois-quarts des répondants (75,50%) étaient en stage dans un service hospitalier. Ils étaient 36,42 % à déclarer travailler plus de 50 heures par semaine, avec une moyenne de 46,54 heures hebdomadaires travaillées en stage.

Le nombre moyen de gardes réalisés était de 2,32 par mois, et 39,74% des internes déclaraient ne pas en effectuer.

En moyenne, les internes évaluait à 7,10/10 leur plaisir à travailler.



Graphique 6 : Détail des principaux objets de satisfaction professionnelles des 151 internes

Lorsqu'on demandait aux internes quelles étaient leurs principales sources de satisfaction professionnelles, ils répondaient principalement qu'ils la tiraient de la relation avec les patients (74,66%), de la réflexion (72%), de l'apprentissage pratique (66%) et de la relation avec leurs collègues (54%). La transmission du savoir n'était pas dans la pointe de ce qui satisfaisait les internes, mais restait devant l'apprentissage théorique et la technicité de leur exercice. Enfin, la recherche de nouvelles choses ne semblait pas être dans les éléments clefs de la satisfaction professionnelle des internes.

3. Littérature médicale

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Nombre de livres médicaux lus sur l'année écoulée	0	49 (32,45)	
	Entre 1 et 5	72 (47,68)	
	Entre 5 et 10	12 (7,94)	
	Entre 10 et 15	8 (5,30)	
	Plus de 15	10 (6,62)	
Temps hebdomadaire à lire des livres médicaux	Entre 0 et 2 h/semaine	118 (78,15)	
	Entre 2 et 4 h/semaine	22 (14,57)	
	Entre 4 et 6 h/semaine	7 (4,67)	
	Entre 6 et 8 h/semaine	1 (0,66)	
	Entre 8 et 10 h/semaine	0 (0)	
	Plus de 10 h/semaine	3 (1,98)	
Temps hebdomadaire à lire des livres médicaux (total h/semaine)			1,74 (1,86)
Plaisir à lire des livres médicaux (/10)			4,98 (2,05)

Tableau 4 : Caractéristiques des habitudes littéraires médicales des 151 internes ayant répondu

Environ un tiers (32,45 %) des internes interrogés ont déclaré ne pas avoir ouvert de livre médical sur l'année écoulée, et un peu moins de la moitié (47,68%) déclaraient en avoir lu entre 1 et 5. Le temps hebdomadaire consacré à ces lectures était forcément peu élevé, avec une moyenne de 1,74 heure par semaine passée à lire des ouvrages médicaux.

Le plaisir ressenti lors de ces lectures n'atteignait même pas la moyenne, avec une note de 4,98/10.

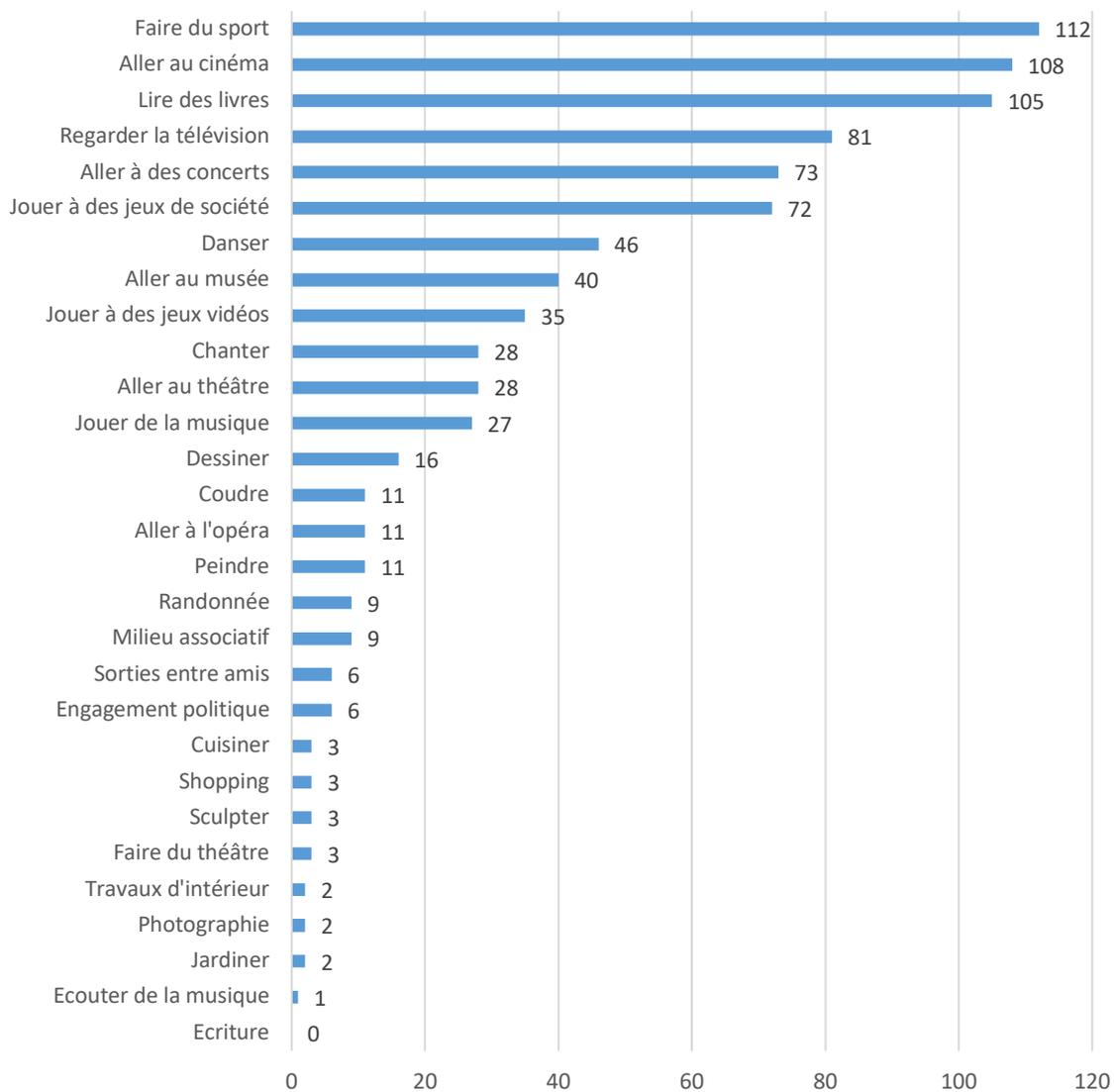
Notons que nous ne nous sommes pas intéressés à la lecture d'articles médicaux « isolés » ou de recommandations de sociétés savantes.

C. Loisirs

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Temps hebdomadaire moyen consacré aux loisirs	De 0 à 2h/semaine	10 (6,62)	
	De 2 à 4 h/semaine	41 (27,15)	
	De 4 à 6h/semaine	44 (29,14)	
	De 6 à 8h/semaine	29 (19,21)	
	De 8 à 10 h/semaine	15 (9,93)	
	Plus de 10 h/semaine	12 (7,94)	
Temps moyen consacré aux loisir (total h/semaine)			5,53 (2,86)
Nombre de loisirs par personne			5,65 (2,25)
Plaisir ressenti durant les loisirs (/10)			8,91 (1,00)

Tableau 5 : Caractéristiques des habitudes de loisirs des 151 internes ayants répondu

En moyenne, les internes passaient 5,53 heures par semaine à réaliser l'un de leurs 5,65 loisirs. Le plaisir ressenti était évalué à 8,91/10.



Graphiques 7 : Détail des principaux loisirs des 151 internes interrogés

Parmi les trois loisirs les plus pratiqués par les internes, on retrouvait : le sport (112 réponses), aller au cinéma (108 réponses) et la lecture de livres (105 réponses). Venaient ensuite le fait de regarder la télévision (81 réponses), puis d'aller à des concerts (73 réponses) et jouer à des jeux de société (72 réponses).

D. Habitudes littéraires de loisir

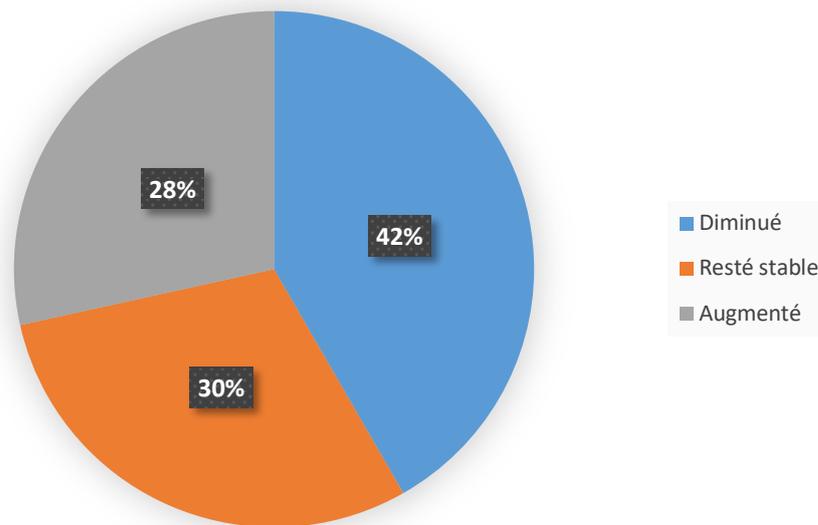
1. Données générales

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Temps hebdomadaire moyen consacré à la lecture	De 0 à 2h/semaine	81 (53,64)	
	De 2 à 4 h/semaine	41 (27,15)	
	De 4 à 6h/semaine	22 (14,57)	
	De 6 à 8h/semaine	4 (2,65)	
	De 8 à 10 h/semaine	0 (0)	
	Plus de 10 h/semaine	3 (1,99)	
Temps hebdomadaire moyen consacré à la lecture (total h/semaine)			2,50 (2,13)
Nombre de livres lus sur l'année écoulée	0	11 (7,28)	
	Entre 1 et 5	59 (39,07)	
	Entre 5 et 10	41 (27,15)	
	Entre 10 et 15	15 (9,93)	
	Plus de 15	25 (16,55)	
Livres lus le plus = livres préférés ?	Oui	134 (88,74)	
	Non	17 (11,26)	

Tableau 6 : Caractéristiques des habitudes littéraires des 151 internes ayants répondu

En moyenne, les internes passaient 2,5 heures par semaine à lire des livres. Très peu (7,28%) déclaraient ne pas avoir lu du tout sur l'année écoulée. Environ deux tiers (66,22%) avaient lu entre 1 et 10 livres sur l'année précédente.

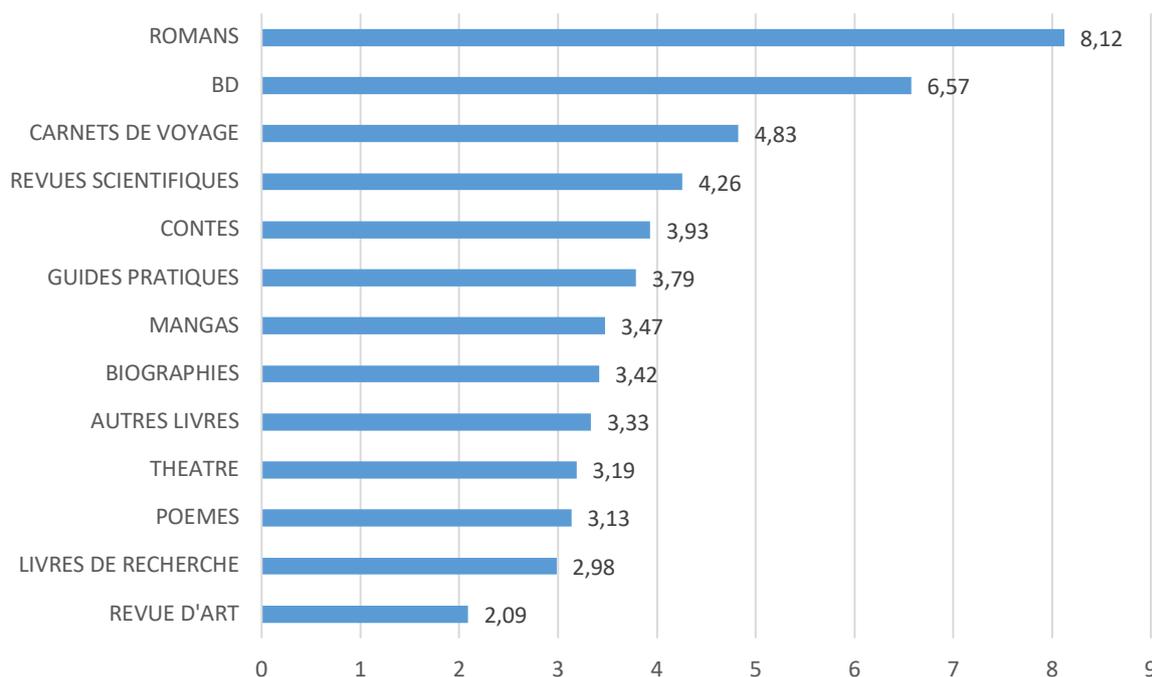
Pour une grande majorité (88,74%), les livres qu'ils lisaient le plus étaient les livres qu'ils préféraient.



Graphique 8 : Évolution du nombre des lectures depuis le début de l'internet

Pour 42% des internautes, l'internet coïncide avec une diminution du nombre de lectures annuelles, quand 28% estimaient lire plus depuis le début de leur internet.

2. Genres littéraires

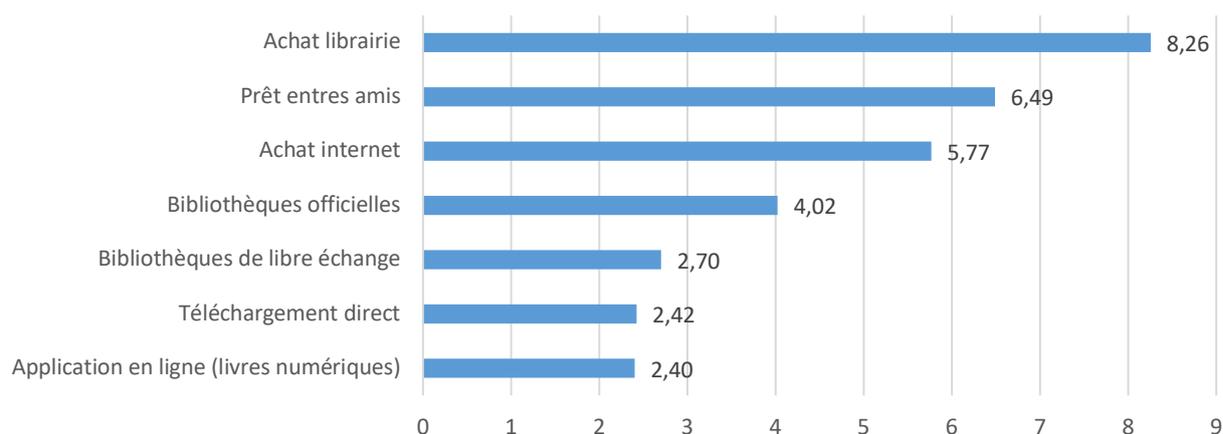


Graphique 6 : Genres littéraires préférés des internes (moyenne /10)

Les principaux genres littéraires ont été soumis au vote de préférence des internes. Il en ressort que les styles les plus plébiscités étaient les romans, les bandes dessinées et les carnets de voyage.

On retrouvait également, en consultant les verbatims une affinité de certains internes pour des ouvrages parlant de politique, des ouvrages de théorie musicale et des livres de sociologie qu'ils ne considéraient pas comme entrants dans les choix précédemment énoncés.

3. Comment se procurer les livres ?

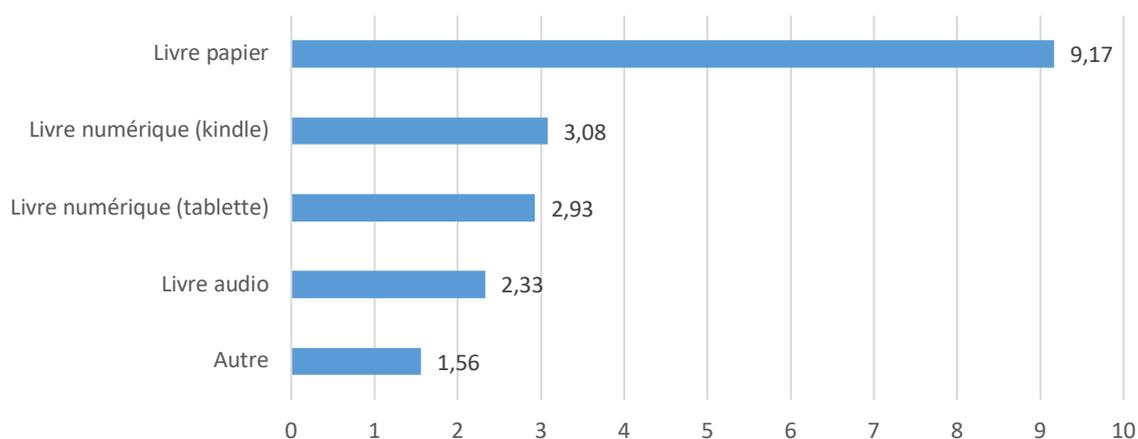


Graphique 9 : Méthode préférentielle selon laquelle les internes se procuraient les livres (note moyenne /10)

L'achat en librairie était le mode de procuration préféré des livres par les internes, suivi par le prêt entre amis et l'achat sur internet.

On retrouvait également cités dans les verbatims les grandes surfaces, les livres d'occasion achetés chez les bouquinistes, le prêt entre apparentés et le téléchargement illégal.

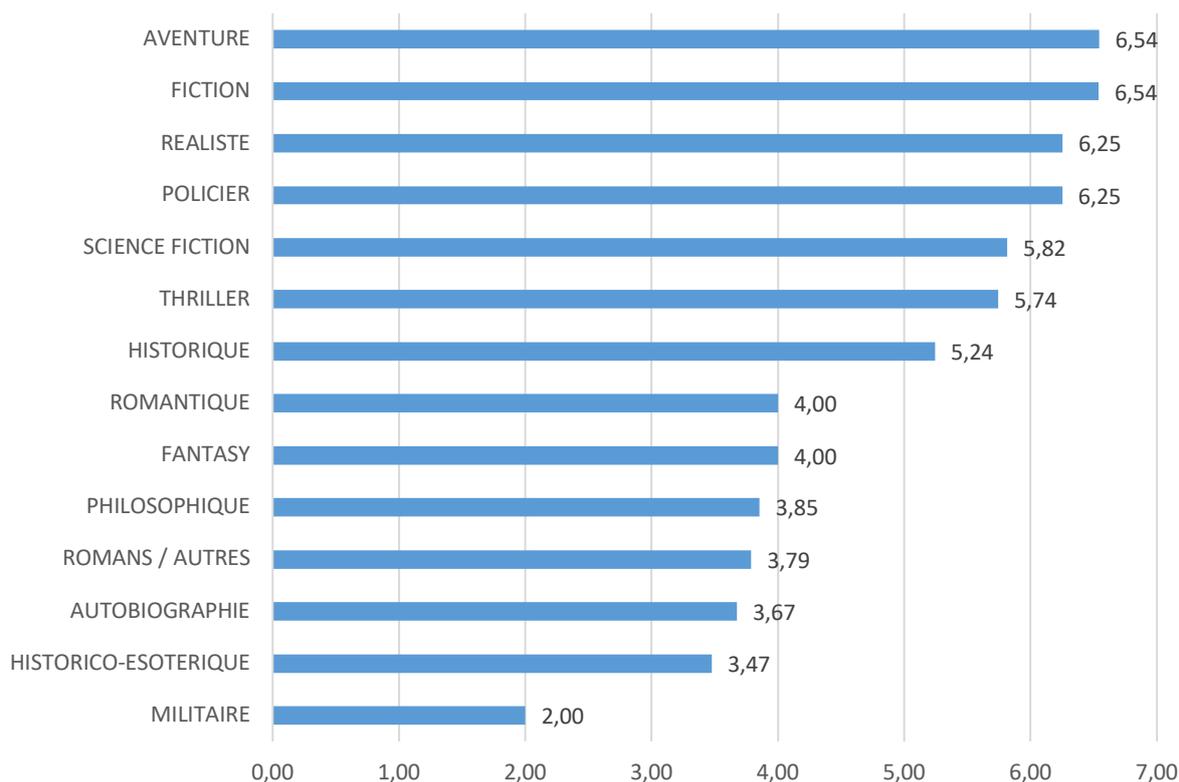
4. Les médias de lecture



Graphique 10 : Préférence pour les différents médias de lecture (Note moyenne /10)

Malgré l'essor du numérique, y compris dans le domaine de la littérature, les livres papier restaient le moyen de privilégié des internes pour avoir accès à la littérature de loisir (9,17/10).

5. Les romans



Graphique 11 : Types de romans préférés des internes (Note moyenne /10)

Les internes interrogés ont répondu que leurs romans préférés étaient plutôt des ouvrages d'aventure, des ouvrages de fiction ou des ouvrages réalistes. Les romans policiers ainsi que les romans de science-fiction et les thrillers n'étaient pas en reste.

6. Derniers romans lus

Sur les 151 répondants, 106 (70,20%) ont donné le nom d'au moins l'un des trois derniers romans ou essais qu'ils avaient lus. L'intégralité des verbatims est disponible en annexe II.

Parmi les romans et essais qui revenaient à plus de deux reprises citons par ordre chronologique de parution :

- « Ne tirez pas sur l'oiseau moqueur » (H. Lee) – 1960
- « Cent ans de solitude » (G. Garcia Marquez) – 1967
- « Au bonheur des ogres » (D. Pennac) – 1985
- « La servante écarlate » (M. Atwood) – 1985
- Les ouvrages de la saga « L'assassin royal » (R. Hobb) – 1995-2017
- Les ouvrages de la saga « Harry Potter » (J.K. Rowling) – 1997-2016
- « L'ombre du vent » (C. Ruiz Zafon) - 2001
- « Le chœur des femmes » (M. Winckler) - 2009
- Les ouvrages de la saga « L'amie Prodigueuse » (E. Ferrante) – 2011-2018
- « La vérité sur l'affaire Harry Quebert » (J. Dicker) – 2012
- « Ta deuxième vie commence quand tu comprends que tu n'en as qu'une » (R. Giordanno) – 2015
- Les ouvrages de la saga « Vernon Subutex » (V. Despentès) – 2015-2016
- « Congo Requiem » (J.-C. Grangé) – 2016
- « Petit pays » (G. Faye) – 2016
- « La tresse » (L. Colombani) – 2017
- « Minute Papillon » (A. Valognes) – 2018

En analysant les différents titres de romans cités, plusieurs auteurs revenaient à au moins deux reprises, pour différents ouvrages : L. Aragon, B. Beaulieu, D. Brown, M. Bussi, A. Camus, A. Christie, H. Coben, A. Damasio, J. Dicker, J.R. Dos Santos, A. Dumas, D. Foenkinos, K. Follett, R. Gary, J.-C. Grangé, V. Grimaldi, M. Higgins Clark, Y. Khadra, S. King, G. Legardinier, M. Levy, H. Murakami, G. Musso, F. Thilliez, F. Vargas, B. Werber, M. Winckler, E. Zola et S. Zweig.

7. Auteurs préférés des internes

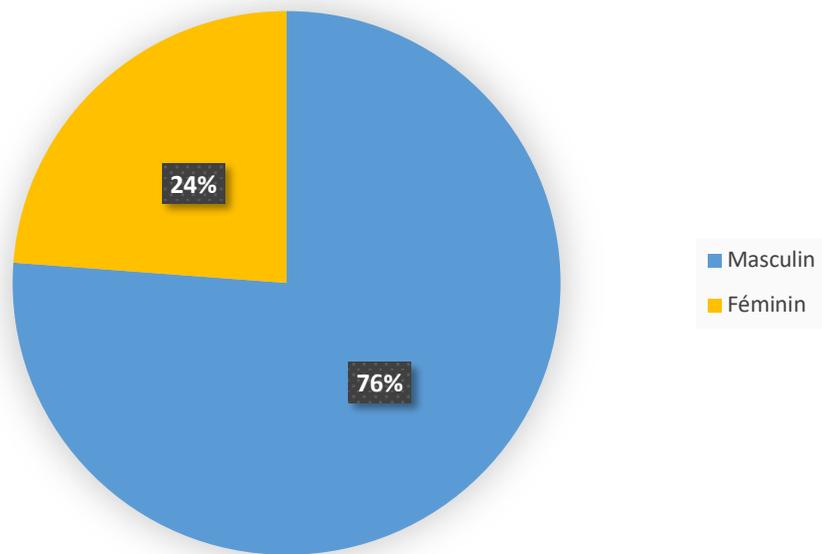
Quatre-vingt-dix des 151 internes (59,6%) ont nommé au moins l'un de leurs trois auteurs favoris. Ci-après un tableau récapitulatif des 42 auteurs qui revenaient à au moins 2 reprises, ainsi que leurs thèmes principaux, leurs années d'activité, leur nationalité et leur sexe. L'intégralité des réponses est reproduite en annexe III.

Nom de l'auteur	Occurrences	Principaux thèmes	Années d'activité	Nationalité	Sexe
J.K. Rowling	24	Fantasy Policier	1997-...	Anglaise	Féminin
G. Musso	12	Romance Fantastique Policier	2001-...	Français	Masculin
M. Lévy	8	Romance	2000-...	Français	Masculin
E. Zola	8	Naturaliste	1864-1902	Français	Masculin
K. Follett	7	Espionnage Historique	1974-...	Galois	Masculin
A. Christie	7	Policier Aventure Autobiographique	1920-1976	Anglaise	Féminin
S. King	6	Horreur Fantastique Science-fiction Thriller	1974-...	Américain	Masculin
H. Murakami	5	Science-fiction Réalisme Fantasy	1979-...	Japonais	Masculin
D. Pennac	5	Policier Autobiographique Fiction	1985-...	Franco-marocain	Masculin
F. Vargas	5	Policier	1991-...	Française	Féminin
D. Brown	4	Historique Ésotérique Policier	1998-...	Américain	Masculin
S. Zweig	4	Réaliste	1900-1942	Autrichien	Masculin

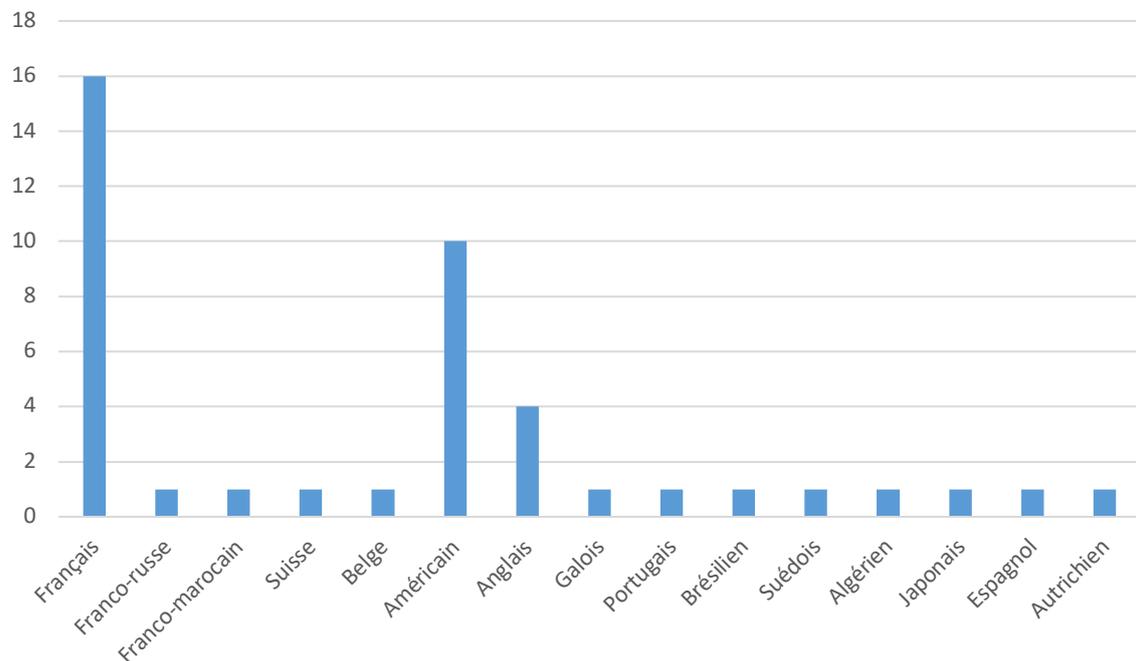
		Autobiographique			
F. Thilliez	4	Thriller Policier	2002-...	Français	Masculin
J.R.R Tolkien	4	Fantasy	1910-1973	Anglais	Masculin
T. Goodking	4	Fantasy	1994-...	Américain	Masculin
P. Bottero	4	Fantasy	2003-2009	Français	Masculin
J. Austen	4	Réaliste	1800-1817	Anglaise	Féminin
V. Hugo	4	Réaliste Romantique	1800-1817	Français	Masculin
M.H. Clark	3	Policier Thriller	1975-...	Américaine	Féminin
Y. Khadra	3	Policier Politique Réaliste	1984-...	Algérien	Masculin
C.R. Zafon	3	Thriller Fiction	1993-...	Espagnol	Masculin
A. Camus	3	Philosophique Réaliste	1936-1960	Français	Masculin
R. Hobb	3	Fantasy Science-fiction	2003-...	Américaine	Féminin
B. Werber	3	Science-fiction Philosophique	1991-...	Français	Masculin
J.C. Grangé	3	Thriller Policier	1994-...	Français	Masculin
A. Nothomb	2	Fiction Autobiographique	1992-...	Belge	Féminin
V. Grimaldi	2	Réaliste Biographique	2015-...	Française	Féminin
C. Lackberg	2	Policier	2008-...	Suédoise	Féminin
J. Carrey	2	Fantasy	1997-...	Américaine	Féminin
P. Coelho	2	Ésotérique Philosophique	1987-...	Brésilien	Masculin
G.R.R. Martin	2	Fantasy Science-fiction	1980-...	Américain	Masculin
J. London	2	Aventure	1902-1916	Américain	Masculin

M. Winckler	2	Réaliste Policier Médical	1989-...	Français	Masculin
B. Beaulieu	2	Réaliste Médical	2013-...	Français	Masculin
R. Barjavel	2	Science-fiction Fantastique Policier	1942-1985	Français	Masculin
A. Damasio	2	Scientifique Philosophique	1995-...	Portugais	Masculin
J. Dicker	2	Policier	2015-...	Suisse	Masculin
M. Houellebecq	2	Réaliste Fiction Philosophique	1994-...	Français	Masculin
R. Jordan	2	Fantasy	1981-2007	Américain	Masculin
R. Gary	2	Réaliste Biographique Politique	1935-1980	Franco-russe	Masculin
B. Vian	2	Philosophique Policier Fiction	1946-1959	Français	Masculin
J. Steinbeck	2	Politique Fiction Réaliste	1929-1968	Américain	Masculin

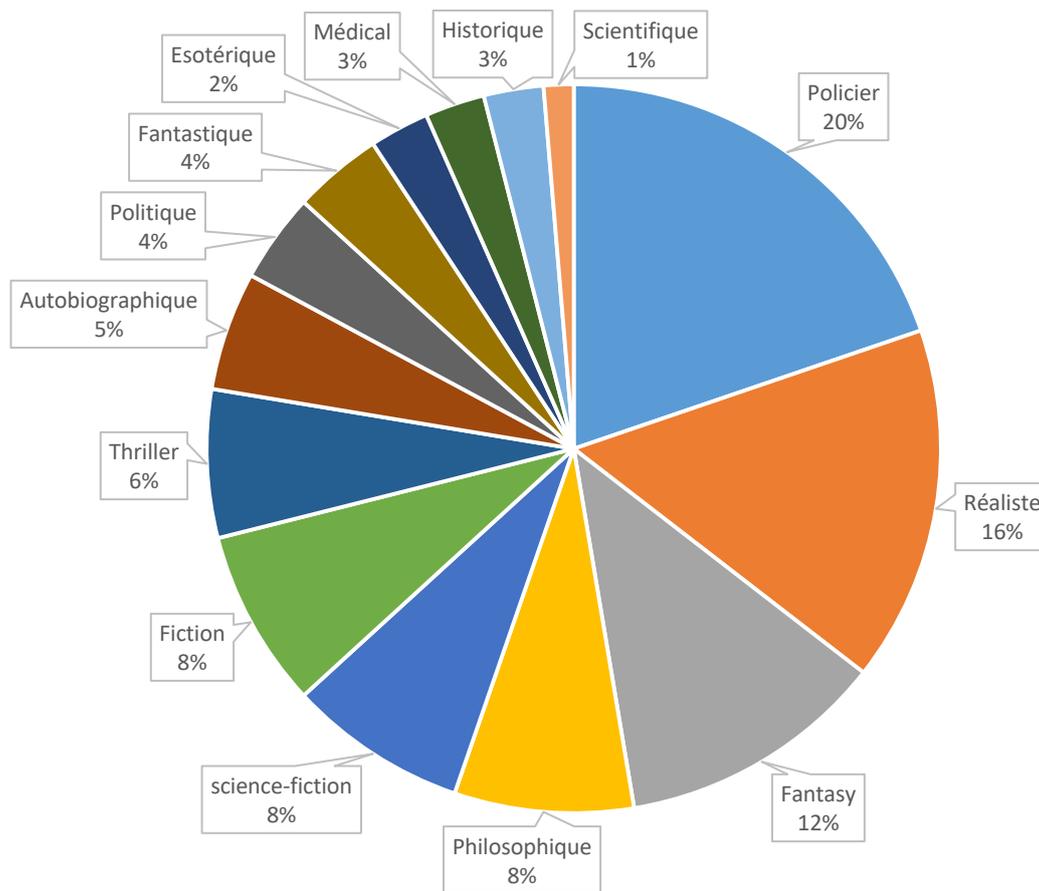
Tableau 7 : Principaux auteurs cités comme faisant partis des préférés des 90 internes ayants répondu



Graphique 12 : Répartition selon le sexe des auteurs de romans et d'essais préférés des internes



Graphique 13 : Répartition selon la nationalité des auteurs de romans et essais préférés des internes

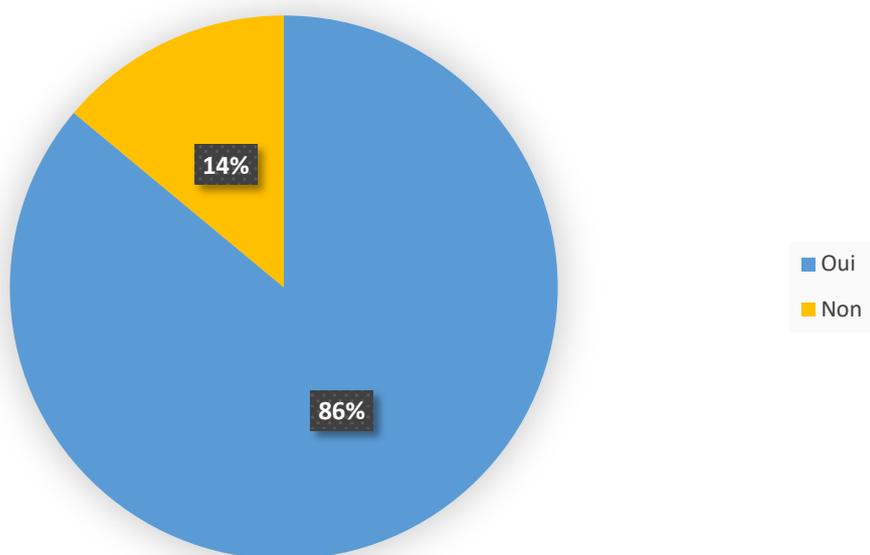


Graphique 14 : Répartition des principaux thèmes des auteurs de romans et essais préférés des internes

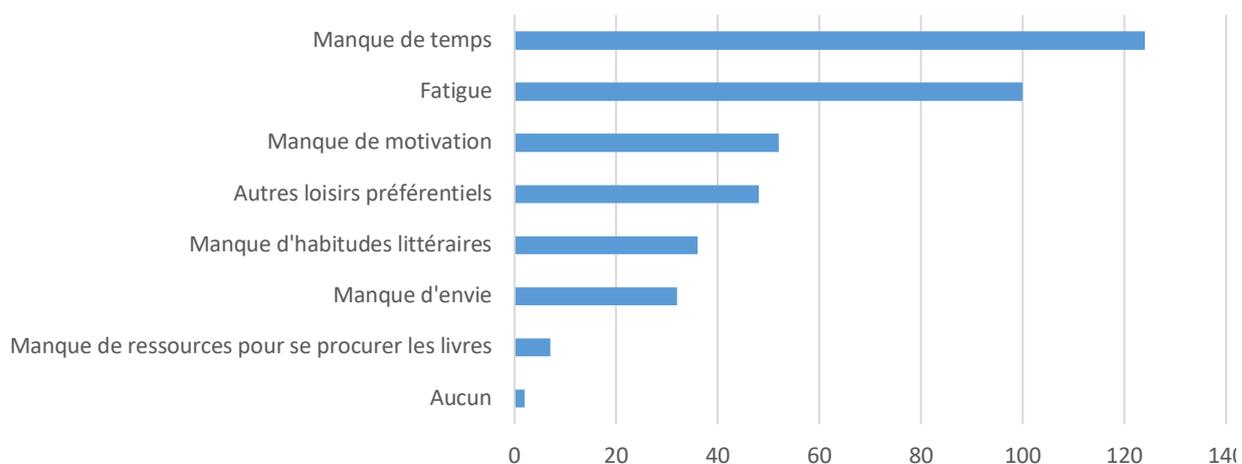
D'après l'analyse des auteurs cités par au moins deux personnes, les internes avaient plus d'affinités avec des auteurs masculins. Les années d'éditions étaient disparates, allant du XIX^{ème} au XXI^{ème}. Ils préféraient des auteurs Francophones, écrivant sur des thèmes variés, avec une préférence pour les auteurs de romans policiers, réalistes et de fantasy.

Il n'était pas dit si les auteurs étrangers étaient lus dans leur langue d'origine ou traduits.

8. Facteurs limitants la lecture



Graphique 15 : Réponses à la question « aimerais-tu lire davantage ? »



Graphique 16 : Principaux facteurs limitants la lecture de loisir rapportés chez les 151 internes

Sur les 151 internes interrogés, 86% déclaraient qu'ils aimeraient lire davantage. Le manque de temps (124 réponses) et la fatigue (100 réponses) étaient selon eux les principaux freins à la lecture, devant le manque de motivation (52 réponses) ou la présence d'un autre loisir préféré (48 réponses). Le manque d'habitudes littéraires ne semblait pas être une

problématique majeure, de même que le manque d'envie ou les problématiques économiques d'accès aux livres.

E. Empathie

	Moyenne (écart-type)	Médiane	Maximum	Minimum
JSPE Fr (/140)	108,78 (12,05)	110	134	64
Compréhension émotionnelle (/49)	41,06 (5,48)	42	49	25
Prise de perspective (/70)	53,30 (8,38)	54	70	24
Se mettre à la place de (/21)	14,42 (3,06)	15	21	6

Tableau 8 : Caractéristiques des réponses à l'échelle JSPE-Fr des 151 internes ayant répondu

On retrouvait une moyenne de score JSPE Fr de 108,78/140. La moyenne pour la partie prise de perspective était de 53,30/70, pour la compréhension émotionnelle de 41,06/49 et pour « se mettre à la place de » de 14,42/21.

F. Burn Out

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Épuisement émotionnel	Faible	69 (45,70)	
	Modéré	61 (40,40)	
	Élevé	21 (13,91)	
Moyenne des scores d'épuisement émotionnel			18,69 (9,47)
Dépersonnalisation	Faible	32 (21,19)	
	Modérée	49 (32,45)	
	Élevée	70 (46,36)	
Moyenne des scores de dépersonnalisation			10,93 (6,27)
Accomplissement personnel	Élevé	21 (13,91)	
	Modéré	33 (21,85)	
	Faible	97 (64,24)	
Moyenne des scores d'accomplissement personnel			31,31 (7,15)

Tableau 9 : Caractéristiques des résultats à la MBI des 151 internes ayant répondu

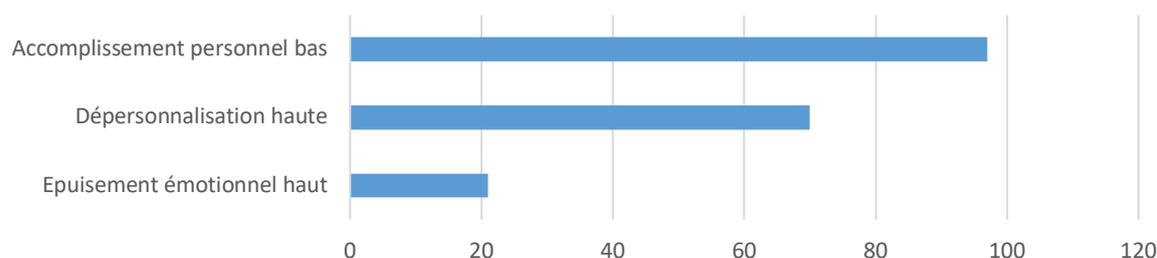
En moyenne, les 151 internes avaient tendance à avoir un épuisement émotionnel modéré, un taux de dépersonnalisation élevé et un accomplissement personnel bas.

	Nombre (%)
Internes présentant un Burn Out complet	12 (7,94)
Internes présentant au moins 2 symptômes de Burn Out	63 (41,72)
Internes ne présentant aucun symptôme de Burn Out	38 (25,17)

Tableau 10 : Interprétation des symptômes de Burn Out présentés par les 151 internes ayant répondu

Huit pour cent des internes présentaient une symptomatologie compatible avec un Burn Out complet à savoir un accomplissement personnel bas, une dépersonnalisation haute et un fort épuisement émotionnel, et 41,72 % présentaient au moins 2 symptômes de Burn Out.

Seul un quart (25,17 %) de la population étudiée ne présentait aucun signe de Burn Out.



Graphique 17 : Répartition des symptômes de Burn Out chez les 151 internes ayant répondu

Le symptôme le plus fréquemment retrouvé était le manque d'accomplissement personnel chez 97 des 151 internes (64,24%).

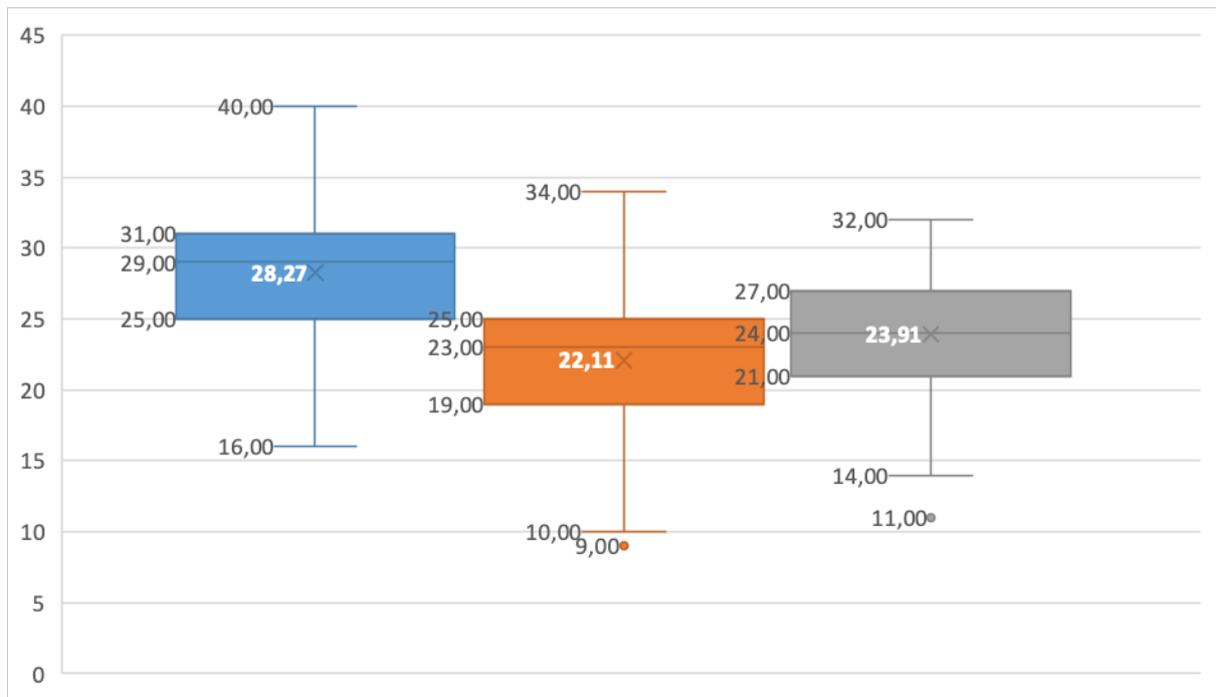
G. Anxiété et dépression

		Nombre de sujets (%)	Moyenne (écart-type)
Anxiété	Pas de symptômes	73 (48,34)	
	Douteux	43 (28,48)	
	Anxiété avérée	35 (23,18)	
Moyenne score d'anxiété			7,80 (3,67)
Dépression	Pas de symptômes	129 (85,43)	
	Douteux	22 (14,57)	
	Dépression avérée	0 (0)	
Moyenne score de dépression			3,78 (2,77)

Tableau 11 : Caractéristiques des réponses à l'échelle HAD des 151 internes ayant répondu.

En moyenne, les internes présentaient un score d'anxiété douteux et un score de dépression ne révélant pas de symptômes. L'anxiété était une réalité pour 23,18 % des internes de notre population.

H. Coping



Graphique 18 : Représentation des scores de coping par plot box

Le score de coping problème était en moyenne de 28,27, le score de coping émotion était en moyenne de 22,1 et celui de coping soutien de 23,91.

I. Verbatims

Dix-huit internes (11,92%) ont laissé un commentaire à la fin du questionnaire, voici les idées qui revenaient le plus souvent :

- Le questionnaire était trop long et l'objectif de la thèse n'apparaissait pas de manière distincte, ce qui était un choix pour essayer d'être le plus exhaustif et le moins biaisé possible.
- Certaines questions étaient jugées trop orientées, notamment celles faisant partie des échelles validées.
- Un grand nombre d'encouragement et d'intérêt pour le sujet de ce travail de thèse.

Trois réponses méritent, selon nous, d'être citées :

- Celle où l'interne expliquait que ses angoisses étaient plus liées à sa vie personnelle, et que son travail était salvateur pour lui.
- Celle où l'interne expliquait que le manque d'intérêt culturel lui était reproché par son entourage, mais qu'en rentrant de stage il préférerait avoir une activité passive lui permettant de « se vider la tête ».
- Celle où l'interne expliquait que son mal-être provenait d'un temps long passé à l'hôpital, associé à l'incertitude quant aux prochains stages, à un changement potentiel de ville tous les 6 mois et à la thèse à réaliser en parallèle du stage. L'interne concluait en disant qu'il se sentirait mieux s'il était plus encadré en stage et mieux formé à la communication avec les patients et avec ses collègues.

Analyses bivariées

Nous commencerons par détailler certaines normes retenues en vue des analyses statistiques puis nous analyserons les habitudes littéraires, les scores d'empathie et de Burn Out et enfin les interactions entre Empathie et Burn Out.

A. Normes retenues

1. Pour les livres

Selon le Centre national du livre et le ministère de la culture (64,89), les types de lecteur sont définis comme suit :

- Non lecteur : 0 livre par an
- Petit lecteur : de 1 à 4 livres par an
- Moyen lecteur : de 5 à 19 livres par an
- Grand lecteur : plus de 20 livres par an

Nous avons réalisé deux groupes en termes d'habitudes littéraires, tant pour les livres médicaux que pour les livres lus « pour le loisir » à savoir :

- « Petits lecteurs » : de 0 à 5 livres sur l'année écoulée
- « Moyens et grands lecteurs » : plus de 5 livres sur l'année écoulée

	Nombre de sujets (%)
Nombre de petits lecteurs (de 0 à 5 livres lus/an)	70 (46,36)
Nombre de moyens et grands lecteurs (plus de 5 livres lus/an)	81 (53,64)

Tableau 12 : Répartition des internes en « Petits lecteurs » et « Moyens et grands lecteurs »

2. Pour les horaires de travail

Depuis 2017, le code de la santé publique énonce le temps de travail des internes comme suit : « *les obligations de service de l'interne, au titre de sa formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, qui comprennent :*

- *En stage, huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre ; et,*
- *Hors stage, deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée hebdomadaire que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences.*

La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois. » (90).

Différentes thèses, antérieures à la loi de 2017, retrouvaient un temps de travail hebdomadaire des internes aux alentours de 55 heures par semaine, toutes spécialités confondues (19,91,92).

Ce temps de travail, pourtant défini par la loi, n'est pas toujours respecté. On retrouve des articles récents de revues médicales dénonçant que plus de 50% des internes de médecine générale travaillent plus de 48 heures par semaines (93). A l'heure de la rédaction de ces lignes, l'ISNI réalise une étude sur le temps de travail moyen des internes, permettant de juger de l'application ou non de cette loi (94).

Au moment du recueil des données, nous avons donné comme choix aux internes des créneaux de 5h, allant de moins de 35 heures travaillées par semaine à plus de 60 heures travaillées par semaine. Nous avons choisi de constituer deux groupes : l'un composé des internes travaillant moins de 45 heures par semaine, l'autre de ceux travaillant plus de 45 heures par semaine, ce qui permettait de rattraper le temps de travail « universitaire » et « personnel » que la loi prévoit, et qui n'a pas été recueilli par une question directe.

3. Pour le nombre de gardes mensuelles

Nous avons retenu la limite de 3 gardes par mois pour composer deux groupes à analyser. Cette répartition a été faite en arrondissant le nombre moyen de garde (2,32/mois), afin de rattraper les astreintes qui ont pu ne pas être comptabilisées dans les gardes déclarées.

B. En termes de littérature de loisir

1. Profil sociodémographique

		Moyens et grands lecteurs (n = 81)	Petits lecteurs (n = 70)	n	p
Sexe	Féminin	66 (81%)	46 (66%)	112	0.043
	Masculin	15 (19%)	24 (34%)	39	-
Année de naissance		1992 (± 2.24)	1992 (± 1.72)	151	0.82
Mode de vie	Concubinage	35 (43%)	28 (40%)	33	0.41
	Colocation	23 (28%)	28 (40%)	51	-
	Seul	20 (25%)	13 (19%)	33	-
	Chez les parents	3 (3.7%)	1 (1.4%)	4	-
Statut marital	En couple	49 (60%)	38 (54%)	87	0.73
	Célibataire	28 (35%)	28 (40%)	56	-
	Marié	4 (4.9%)	4 (5.7%)	8	-
Enfant	Non	76 (93.8%)	68 (97.1%)	144	0.45
	Oui	5 (6.2%)	2 (2.9%)	7	-
Animal de compagnie	Non	60 (74%)	54 (77%)	114	0.8
	Oui	21 (26%)	16 (23%)	37	-
Psychothérapie	Non	60 (74%)	53 (76%)	113	0.97
	Oui	21 (26%)	17 (24%)	38	-
Tabagisme	Jamais	68 (84%)	44 (63%)	112	0.012
	Occasionnellement	9 (11%)	17 (24%)	26	-
	Quotidiennement	4 (4.9%)	9 (13%)	13	-
Consommation d'alcool	Jamais	2 (2.5%)	3 (4.3%)	5	-
	De façon mensuelle	19 (23%)	18 (26%)	37	-
	De façon quotidienne ou hebdomadaire	60 (74%)	49 (70%)	109	0.77
Consommation de stupéfiants	Jamais	73 (90.1%)	50 (71%)	123	<0.01
	De façon mensuelle	8 (9.9%)	14 (20%)	22	-
	De façon quotidienne ou hebdomadaire	0 (0%)	6 (8.6%)	6	-
CSP mère	CSP +	47 (58%)	35 (50%)	82	0.49
	CSP -	26 (32%)	29 (41%)	55	-
	Autre	8 (9.9%)	6 (8.6%)	14	-
CSP père	CSP +	48 (59%)	41 (59%)		0.96
	CSP -	17 (21%)	14 (20%)		-
	Autre	16 (20%)	15 (21%)		-
CSP parents	CSP +	35 (43%)	28 (40%)	63	0.82
	CSP -	9 (11%)	10 (14%)	19	-
	Autre	37 (46%)	32 (46%)	69	-
Lieu d'enfance	Zone urbaine	36 (44%)	26 (37%)	62	0.58
	Zone semi-rurale	29 (36%)	26 (37%)	55	-

Lieu d'enfance	Zone rurale	16 (20%)	18 (26%)	34	-
Parler couramment une langue étrangère	Non	42 (52%)	39 (56%)	81	0.76
	Oui	39 (48%)	31 (44%)	70	-

Tableau 13 : Habitudes littéraires et données sociodémographiques

Les femmes avaient tendance à être plus grandes lectrices que les hommes. Il existait une relation entre le tabagisme et le fait de ne pas lire beaucoup ainsi qu'entre la consommation régulière de stupéfiants et le fait de ne pas lire beaucoup.

	Moyens et grands lecteurs (n = 81)	Petits lecteurs (n = 70)	n	p
Plaisir (Loisirs)	9.10 (±0.930)	8.69 (±1.04)	151	0.012

Tableau 14 : Habitudes littéraires et plaisir pris pendant les loisirs

Les internes « moyens et grands lecteurs » avaient un plaisir ressenti durant leurs loisirs significativement plus élevé que les petits lecteurs.

		Moyens et grands lecteurs (n = 81)	Petits lecteurs (n = 70)	n	p
Spécialité	Médecine générale	51 (63%)	42 (60%)	93	0.53
	Spécialité médicale	25 (31%)	26 (37%)	51	-
	Spécialité chirurgicale	5 (6.2%)	2 (2.9%)	7	-
Nombre de gardes	< 3 gardes/mois	53 (65%)	38 (54%)	91	0.22
	> 3 gardes/mois	28 (35%)	32 (46%)	60	-
Horaires de stage	> 45 h/semaine	36 (44%)	44 (63%)	80	0.036
	< 45 h/semaine	45 (56%)	26 (37%)	71	-
Type de stage	Hospitalier	58 (72%)	56 (80%)	114	0.31
	Ambulatoire	23 (28%)	14 (20%)	37	-
Semestre		4.01 (±1.96)	3.87 (±2.01)	151	0.66

Tableau 15 : Habitudes littéraires et caractéristiques de stage

Les internes travaillant moins de 45 heures par semaines avaient tendance à être statistiquement plus nombreux dans le groupe « moyens et grands lecteurs ».

	Moyens et grands lecteurs (n = 81)	Petits lecteurs (n = 70)	n	p
Temps hebdomadaire lecture (heures)	3.44 (±2.24)	1.37 (±0.981)	151	<0.001

Tableau 16 : Habitudes littéraire et temps hebdomadaire passé à lire

Les internes « moyens et grands lecteurs » passaient significativement plus temps à lire chaque semaine.

2. Empathie

	Moyens et grands lecteurs (n = 81)	Petits lecteurs (n = 70)	p
JSPE Fr	112 (±11.3)	105 (±12.1)	<0.01
Compréhension émotionnelle	42.5 (±4.66)	39.4 (±5.90)	<0.001
Prise de perspective	54.7 (±8.39)	51.7 (±8.14)	0.028
Se mettre à la place de	14.5 (±3.00)	14.3 (±3.13)	0.7

Tableau 17 : Habitudes littéraires et empathie

De manière statistiquement significative, les internes « moyens et grands lecteurs » avaient un score total JSPE Fr plus élevé que les « petits lecteurs ». Nous retrouvons également de meilleurs scores en termes de compréhension émotionnelle et de prise de perspective chez les « moyens et grands lecteurs » par rapport aux « petits lecteurs ».

Type de lecteur	Nombre de sujets (%)
Grands lecteurs (> 15 livres par an)	25 (69%)
Non lecteurs (0 livre par an)	11 (31%)

Tableau 18 : Grands lecteurs et petits lecteurs

	Grands lecteurs (n=25)	Non-lecteurs (n=11)	n	p
JSPE Fr	112 (±11.0)	98.7 (±14.1)	36	<0.01
Compréhension émotionnelle	42.5 (±5.75)	37.0 (±6.68)	36	0.021
Prise de perspective	55.2 (±7.01)	47.2 (±12.1)	36	0.068
Se mettre à la place de	14.8 (±3.16)	14.5 (±2.70)	36	0.65

Tableau 19 : Empathie en fonction d'être grand lecteur ou non lecteur

En analysant les « grands lecteurs » de notre étude par rapport aux « non-lecteurs », nous retrouvons un score JSPE Fr significativement plus élevé chez les « grands lecteurs » (112 vs 98,7 ; $p < 0,01$). Par ailleurs, la compréhension émotionnelle était statistiquement plus élevée chez les « grands lecteurs » que chez les « non-lecteurs » (42,5 vs 37 ; $p = 0,021$).

Notons que la définition de « grands lecteurs » de notre étude ne correspond pas à la définition institutionnelle car nous ne pensions pas avoir un nombre suffisant d'internes qui liraient plus de 20 livres par an. De plus, nous avons prévu *a priori* de fixer notre cut-off pour notre critère de jugement principal à 5 livres lus par an.

3. Burn Out

		Moyens et grands lecteur (n=81)	Petits lecteurs (n=70)	n	p
Nombre de symptômes de Burn Out	Deux ou plus	31 (38%)	32 (46%)	63	0.45
	Un ou moins	50 (62%)	38 (54%)	88	-
Burn Out complet	Non	77 (95.1%)	62 (89%)	139	0.24
	Oui	4 (4.9%)	8 (11%)	12	-
Accomplissement personnel	Faible	51 (63%)	46 (66%)	97	0.31
	Modéré	21 (26%)	12 (17%)	33	-
	Élevé	9 (11%)	12 (17%)	21	-
Dépersonnalisation	Élevé	31 (38%)	39 (56%)	70	0.1
	Modéré	30 (37%)	19 (27%)	49	-
	Faible	20 (25%)	12 (17%)	32	-
Épuisement émotionnel	Élevé	12 (15%)	9 (13%)	21	0.92
	Modéré	33 (41%)	28 (40%)	61	-
	Faible	36 (44%)	33 (47%)	69	-

Tableau 20 : Habitudes littéraires et Burn Out

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les « moyens et grands lecteurs » et les « petits lecteurs » en ce qui concerne le Burn Out, tant dans son approche globale que dans les catégories permettant de poser le diagnostic. Le Burn Out semble ne pas être lié aux habitudes littéraires.

4. Anxiété et dépression

		Moyens et grands lecteur (n=81)	Petits lecteurs (n=70)	n	p
HAD Anxiété	Pas de symptômes	38 (47%)	35 (50%)	73	0.92
	Douteux	24 (30%)	19 (27%)	43	-
	Anxiété avérée	19 (23%)	16 (23%)	35	-
HAD Dépression	Pas de symptômes	72 (89%)	57 (81%)	129	0.29
	Douteux	9 (11%)	13 (19%)	22	-

Tableau 21 : Habitudes littéraires et anxiété et dépression

Il n'a pas été mis en évidence de différences significatives entre le groupe des « moyens et grands lecteurs » avec celui des « petits lecteurs » en ce qui concerne l'anxiété et la dépression. La lecture ne semble pas avoir d'impact sur l'anxiété et la dépression.

5. Coping

	Moyens et grands lecteur (n=81)	Petits lecteurs (n=70)	p
Coping émotion	22.3 (±5.61)	21.9 (±4.81)	0.65
Coping problème	28.2 (±5.01)	28.4 (±4.89)	0.79
Coping soutien	24.1 (±3.90)	23.7 (±4.44)	0.52

Tableau 22 : Habitudes littéraires et coping

En ce qui concerne le coping, aucune différence significative entre les deux groupes d'intérêt n'a été mise en évidence.

6. Satisfaction professionnelle

		Moyens et grands lecteur (n=81)	Petits lecteurs (n=70)	n	p
Apprentissage pratique	Oui	49 (60%)	50 (71%)	99	0.22
	Non	32 (40%)	20 (29%)	52	-
Apprentissage théorique	Oui	25 (31%)	19 (27%)	44	0.75
	Non	56 (69%)	51 (73%)	107	-
Recherche de nouvelles choses	Oui	22 (27%)	13 (19%)	35	0.29
	Non	59 (73%)	57 (81%)	116	-
Réflexion	Oui	60 (74%)	48 (69%)	108	0.57
	Non	21 (26%)	22 (31%)	43	-
Relation avec les collègues	Oui	42 (52%)	39 (56%)	81	0.76
	Non	39 (48%)	31 (44%)	70	-
Relation avec les patients	Oui	67 (83%)	45 (64%)	112	0.017
	Non	14 (17%)	25 (36%)	39	-
Technique	Oui	13 (16%)	29 (41%)	42	<0.01
	Non	68 (84%)	41 (59%)	109	-
Transmission de savoir	Oui	50 (62%)	45 (64%)	95	0.88
	Non	31 (38%)	25 (36%)	56	-
		Moyenne (écart type)	Moyenne (écart-type)	n	p
Plaisir (Travail)		6.93 (±1.41)	7.30 (±1.32)	151	0.095

Tableau 23 : Habitudes littéraires et objet de satisfaction professionnelle

Dans le groupe « moyens et grands lecteurs », la relation avec le patient semblait être un objet de satisfaction professionnel plus important que dans le groupe « petits lecteurs ». Par ailleurs, les internes du groupe « petits lecteurs » trouvaient une satisfaction de manière statistiquement plus élevée dans la réalisation de gestes techniques que ceux du groupe « moyens et grands lecteurs ».

C. En termes d'empathie

Nous avons décidé de ne montrer dans les données sociodémographiques que les facteurs retrouvés dans la littérature associés à une empathie plus importante. Les autres données ont tout de même été analysées mais ne montraient aucun lien statistiquement significatif entre leur présence et un taux d'empathie plus élevé.

1. Caractéristiques sociodémographiques

		Moyenne (écart-type)	n	p
Sexe	Féminin	110 (±11.1)	112	<0.01
	Masculin	104 (±13.4)	39	-
CSP père	CSP +	110 (±11.6)	89	0.27
	CSP -	106 (±14.0)	31	-
	Autre	109 (±11.0)	31	-
CSP mère	CSP +	109 (±12.7)	82	0.74
	CSP -	108 (±11.5)	55	-
	Autre	110 (±10.5)	14	-
CSP parents	CSP +	109 (±12.6)	63	0.22
	CSP -	104 (±14.4)	19	-
	Autre	110 (±10.6)	69	-
Psychothérapie	Oui	110 (±12.0)	38	0.56
	Non	108 (±12.1)	113	-

Tableau 24 : Score JSPE Fr et caractéristiques sociodémographiques

Seul le sexe féminin était retrouvé comme significativement lié à des scores d'empathie plus élevés dans notre échantillon.

		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Sexe	Féminin	42.2 (±4.87)	<0.001	53.6 (±8.57)	0.42	14.6 (±3.11)	0.11	112
	Masculin	37.8 (±5.91)	-	52.4 (±7.85)	-	13.8 (±2.82)	-	39
CSP père	CSP +	41.4 (±4.81)	0.091	53.4 (±8.54)	0.93	15.0 (±2.97)	0.033	89
	CSP -	39.2 (±7.28)	-	52.8 (±9.63)	-	13.7 (±3.15)	-	31
	Autre	42.0 (±4.94)	-	53.5 (±6.68)	-	13.6 (±2.96)	-	31
CSP mère	CSP +	41.4 (±5.12)	0.88	53.1 (±8.91)	0.79	14.8 (±3.02)	0.18	82
	CSP -	40.7 (±6.14)	-	53.2 (±8.23)	-	14.0 (±3.03)	-	55
	Autre	40.9 (±4.99)	-	54.9 (±5.59)	-	13.7 (±3.22)	-	14
CSP parents	CSP +	41.5 (±4.92)	0.63	52.8 (±9.21)	0.47	15.2 (±3.07)	0.037	63
	CSP -	38.9 (±7.87)	-	51.2 (±10.7)	-	13.5 (±3.44)	-	19
	Autre	41.3 (±5.12)	-	54.3 (±6.68)	-	14.0 (±2.82)	-	69
Psycho- thérapie	Oui	41.6 (±4.76)	0.46	54.1 (±7.41)	0.49	14.1 (±3.48)	0.55	38
	Non	40.9 (±5.71)	-	53.1 (±8.70)	-	14.5 (±2.91)	-	113

Tableau 25 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Les scores de compréhension émotionnelle étaient plus élevés dans la population féminine de manière significative. Aucune association significative n'a été mise en évidence quant à la prise de perspective et les caractéristiques sociodémographiques. La catégorie socioprofessionnelle élevée du père ou des deux parents étaient liées avec une capacité à se mettre à la place de plus élevée.

2. Caractéristiques du stage

		Moyenne (écart-type)	n	p
Spécialité	Médecine générale	110 (±9.77)	93	0.037
	Spécialité médicale	107 (±14.6)	51	-
	Spécialité chirurgicale	96.9 (±12.8)	7	-
Nombre de gardes	< 3 gardes/mois	111 (±10.9)	91	0.014
	> 3 gardes/mois	106 (±13.1)	60	-
Horaires de stage	> 45 h/semaine	107 (±13.5)	80	0.026
	< 45 h/semaine	111 (±9.83)	71	-
Type de stage	Hospitalier	107 (±12.4)	114	<0.01
	Ambulatoire	114 (±9.54)	37	-
	Coefficient de corrélation (IC95)			p
Semestre	-0.122 (-0.276 ; 0.0384)			0.14

Tableau 26 : Score JSPE Fr et caractéristiques de stage

Les internes de médecine générale avaient des scores JSPE Fr significativement plus élevés que les internes de spécialités médicales ou chirurgicales.

Un nombre de gardes mensuel inférieur à trois et des horaires de stages inférieures à quarante-cinq heures hebdomadaires étaient également corrélés avec des scores JSPE Fr plus élevés. Le type de stage, ambulatoire, était également lié à des scores JSPE Fr plus élevés que ceux des stages hospitaliers.

Enfin, notre étude n'a pas mis en évidence de corrélation entre le semestre en cours et le score JSPE Fr.

		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Spé	Médecine générale	41.7 (±4.76)	0.13	53.9 (±7.79)	0.13	14.8 (±2.83)	0.057	93
	Spécialité médicale	40.4 (±6.35)	-	52.9 (±9.48)	-	14.2 (±3.14)	-	51
	Spécialité chirurgicale	37.1 (±6.18)	-	48.3 (±6.47)	-	11.4 (±4.04)	-	7
Nombre de gardes	< 3 gardes/mois	42.1 (±4.55)	<0.01	54.1 (±8.02)	0.14	14.5 (±2.88)	0.6	91
	> 3 gardes/mois	39.4 (±6.35)	-	52.0 (±8.82)	-	14.2 (±3.32)	-	60
Horaires de stage	> 45 h/semaine	39.9 (±6.19)	<0.01	52.6 (±9.34)	0.25	14.2 (±3.19)	0.47	80
	< 45 h/semaine	42.3 (±4.24)	-	54.1 (±7.13)	-	14.6 (±2.91)	-	71
Type de stage	Hospitalier	40.3 (±5.75)	<0.001	52.5 (±8.57)	0.027	14.4 (±3.03)	0.65	114
	Ambulatoire	43.3 (±3.76)	-	55.8 (±7.35)	-	14.6 (±3.17)	-	37
		Coefficient de corrélation (IC95)	p	Coefficient de corrélation (IC95)	p	Coefficient de corrélation (IC95)	p	
Semestre		-0.189 (-0.339 ; -0.0303)	0.02	-0.00947 (-0.169 ; 0.150)	0.91	-0.116 (-0.271 ; 0.0441)	0.15	

Tableau 27 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction des caractéristiques de stage et du semestre

Nous avons retrouvé comme facteurs associés à une compréhension émotionnelle accrue un nombre de garde inférieur à trois par mois, des horaires hebdomadaires de moins de quarante-cinq heures et le stage ambulatoire. La spécialité ne semblait pas avoir d'impact sur ce point. On trouvait une corrélation négative entre le semestre et le score de compréhension émotionnelle.

Les internes en stage ambulatoire avaient des scores pour la prise de perspective statistiquement plus élevés que leurs collègues en stage à l'hôpital.

La capacité de se mettre à la place de ne semblait pas associée avec le type de stage en cours.

3. Objet de satisfaction professionnelle

		Moyenne (écart-type)	n	p
Apprentissage pratique	Oui	108 (±11.6)	99	0.12
	Non	111 (±12.8)	52	-
Apprentissage théorique	Oui	105 (±14.6)	44	0.044
	Non	110 (±10.6)	107	-
Recherche de nouvelles choses	Oui	109 (±13.6)	35	0.97
	Non	109 (±11.6)	116	-
Réflexion	Oui	110 (±11.9)	108	0.016
	Non	105 (±11.7)	43	-
Relation avec les collègues	Oui	111 (±11.0)	81	0.014
	Non	106 (±12.8)	70	-
Relation avec les patients	Oui	112 (±9.71)	112	<0.001
	Non	99.5 (±13.3)	39	-
Technique	Oui	103 (±12.0)	42	<0.001
	Non	111 (±11.4)	109	-
Transmission de savoir	Oui	109 (±12.7)	56	0.68
	Non	108 (±11.7)	95	-

Tableau 28 : Score JSPE Fr et objet de satisfaction professionnelle

Des scores d'empathies étaient retrouvés de manière significativement plus élevés chez les internes qui retrouvaient une satisfaction professionnelle dans la réflexion, la relation entre collègues et la relation avec les patients. Notons également que les internes ne privilégiant pas la réalisation de gestes techniques ni l'apprentissage théorique avaient des scores d'empathie plus élevés que leurs collègues qui les privilégiaient.

		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Apprentissage pratique	Oui	40.7 (±5.30)	0.29	52.6 (±7.85)	0.19	14.3 (±3.11)	0.56	99
	Non	41.7 (±5.79)	-	54.6 (±9.26)	-	14.6 (±2.97)	-	52
Apprentissage théorique	Oui	40.1 (±6.37)	0.22	51.2 (±8.95)	0.064	13.9 (±3.38)	0.22	44
	Non	41.4 (±5.05)	-	54.2 (±8.03)	-	14.6 (±2.90)	-	107
Recherche de nouvelles choses	Oui	41.7 (±6.30)	0.51	52.4 (±11.2)	0.55	14.8 (±3.38)	0.4	35
	Non	40.9 (±5.22)	-	53.6 (±7.35)	-	14.3 (±2.95)	-	116
Réflexion	Oui	41.6 (±5.29)	0.048	54.0 (±8.41)	0.11	14.6 (±3.08)	0.14	108
	Non	39.6 (±5.72)	-	51.6 (±8.17)	-	13.8 (±2.94)	-	43
Relation avec les collègues	Oui	41.5 (±5.02)	0.25	54.5 (±9.02)	0.062	15.0 (±2.68)	<0.01	81
	Non	40.5 (±5.95)	-	52.0 (±7.41)	-	13.7 (±3.32)	-	70
Relation avec les patients	Oui	42.3 (±4.50)	<0.001	54.8 (±7.85)	<0.001	14.8 (±2.89)	<0.01	112
	Non	37.4 (±6.41)	-	48.9 (±8.39)	-	13.2 (±3.23)	-	39
Technique	Oui	38.0 (±5.79)	<0.001	51.0 (±8.04)	0.032	14.2 (±3.36)	0.64	42
	Non	42.2 (±4.91)	-	54.2 (±8.38)	-	14.5 (±2.94)	-	109
Transmission de savoir	Oui	40.5 (±5.93)	0.32	54.4 (±7.85)	0.21	14.5 (±3.00)	0.88	56
	Non	41.4 (±5.19)	-	52.7 (±8.66)	-	14.4 (±3.11)	-	95

Tableau 29 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction des objets de satisfaction professionnelle

Une compréhension émotionnelle plus élevée était retrouvée chez les internes satisfaits par la relation avec les patients et la réflexion. C'était l'inverse pour les internes favorisant la technique.

Les internes ayants de plus hauts scores sur la prise de perspective étaient ceux satisfaits professionnellement par la relation avec les patients. En ce qui concerne la réalisation de gestes techniques, c'était l'inverse.

La relation avec les collègues et la relation avec les patients étaient des facteurs de satisfaction professionnelle associés significativement à des scores plus élevés pour la capacité à se mettre à la place de.

4. Empathie et loisirs

Afin d'avoir des effectifs suffisants, nous avons choisis d'analyser uniquement les six loisirs qui reviennent comme loisirs préférés, à savoir : faire du sport (74,17%), aller au cinéma (71,52%), lire des livres (69,53%), regarder la télévision (53,64%), aller à des concerts (48,34%) et jouer à des jeux de société (42,68%). Nous avons également analysé les scores d'empathie en fonction du nombre de loisirs déclarés.

		Moyenne (écart-type)	n	p
Aller à des concerts	OUI	108 (±13.1)	73	0.46
	NON	109 (±11.0)	78	-
Aller au cinéma	OUI	109 (±12.6)	108	0.26
	NON	107 (±10.5)	43	-
Faire du sport	OUI	109 (±10.9)	112	0.61
	NON	108 (±14.9)	39	-
Jouer à des jeux de société	OUI	109 (±11.7)	72	0.72
	NON	108 (±12.4)	79	-
Lire des livres	OUI	110 (±11.6)	105	0.014
	NON	105 (±12.3)	46	-
Regarder la télévision	OUI	109 (±11.9)	81	0.96
	NON	109 (±12.4)	70	-

Tableau 30 : Score JSPE Fr et principaux loisirs des internes

	Coefficient de corrélation (IC95)	n	p
Nombre de loisirs	0.0689 (-0.0918 ; 0.226)	151	0.4

Tableau 31 : Score JSPE Fr et nombre de loisirs

Les internes déclarants avoir pour loisir le fait de lire des livres avaient des scores JSPE Fr significativement plus élevés que ceux pour qui la lecture n'était pas un loisir.

Le nombre de loisirs déclaré ne semblait pas lié avec le score JSPE Fr.

		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Aller à des concerts	OUI	40.7 (±5.96)	0.39	53.0 (±8.33)	0.7	14.3 (±3.01)	0.77	73
	NON	41.4 (±4.99)	-	53.6 (±8.48)	-	14.5 (±3.12)	-	78
Aller au cinéma	OUI	41.0 (±5.70)	0.82	54.2 (±8.54)	0.027	14.2 (±3.18)	0.19	108
	NON	41.2 (±4.95)	-	51.0 (±7.60)	-	14.9 (±2.71)	-	43
Faire du sport	OUI	41.2 (±5.48)	0.68	53.5 (±7.99)	0.69	14.5 (±3.01)	0.71	112
	NON	40.7 (±5.53)	-	52.8 (±9.51)	-	14.3 (±3.21)	-	39
Jouer à des jeux de société	OUI	41.2 (±5.08)	0.75	53.5 (±7.67)	0.83	14.5 (±2.96)	0.79	72
	NON	40.9 (±5.84)	-	53.2 (±9.03)	-	14.4 (±3.16)	-	79
Lire des livres	OUI	42.1 (±4.91)	<0.01	54.0 (±8.15)	0.16	14.4 (±3.02)	0.83	105
	NON	38.8 (±6.04)	-	51.8 (±8.80)	-	14.5 (±3.17)	-	46
Regarder la télévision	OUI	41.0 (±5.07)	0.8	53.4 (±7.21)	0.84	14.4 (±2.93)	0.8	81
	NON	41.2 (±5.94)	-	53.2 (±9.62)	-	14.5 (±3.22)	-	70

Tableau 32 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction des principaux loisirs des internes

	CE		PDP		SMP		n
	Coefficient de corrélation (IC95)	p	Coefficient de corrélation (IC95)	p	Coefficient de corrélation (IC95)	p	
Nombre de loisirs	0.0239 (-0.136 ; 0.183)	0.77	0.0915 (-0.0692 ; 0.248)	0.26	-0.0222 (-0.181 ; 0.138)	0.79	151

Tableau 33 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction du nombre de loisirs

Les scores de compréhension émotionnelle étaient significativement plus élevés chez les internes déclarant que la lecture était l'un de leur loisir.

Les internes pour qui aller au cinéma était un loisir avaient des scores de prise de perspective significativement plus élevés que ceux pour qui ce n'était pas le cas.

La capacité à se mettre à la place de ne semblait pas modifiée selon les différents loisirs.

Aucun lien significatif n'a pu être établi entre le nombre de loisirs et les différentes sous parties de la JSPE Fr.

5. Empathie et profil littéraire

Nous avons analysé les scores d'empathie des internes déclarant que lire était l'un de leurs loisirs préférés, ceux déclarant lire des livres médicaux (classés comme « moyens et grands lecteurs » vs « petits lecteurs ») et repris les données de de l'analyse en fonction des littératures de loisirs.

		Moyenne (écart-type)	n	p
Livres médicaux	Moyens et grands lecteurs	113 (±9.62)	30	0.024
	Petits lecteurs	108 (±12.4)	121	-
Livres non médicaux quel que soit le type	Moyens et grands lecteurs	112 (±11.3)	81	<0.01
	Petits lecteur	105 (±12.1)	70	-
Romans	Moyens et grands lecteurs	112 (±11.4)	63	<0.01
	Petits lecteurs	106 (±11.9)	88	-

Tableau 34 : Score JSPE Fr et type de lecteur

Les internes classés comme « moyens et grands lecteurs » avaient des scores JSPE Fr plus élevés que les « petits lecteurs », quel que soit le type d'ouvrage considéré.

		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Livres médicaux	Moyens et grands lecteurs	42.3 (±5.01)	0.13	55.6 (±6.53)	0.1	15.1 (±3.28)	0.14	30
	Petits lecteurs	40.8 (±5.56)	-	52.7 (±8.71)	-	14.3 (±2.99)	-	121
Livres non médicaux quel que soit le type	Moyens et grands lecteurs	42.5 (±4.66)	<0.001	54.7 (±8.39)	0.028	14.5 (±3.00)	0.7	81
	Petits lecteur	39.4 (±5.90)	-	51.7 (±8.14)	-	14.3 (±3.13)	-	70
Romans	Moyens et grands lecteurs	42.4 (±4.96)	<0.01	55.3 (±7.25)	0.011	14.6 (±3.21)	0.47	63
	Petits lecteurs	40.1 (±5.65)	-	51.9 (±8.88)	-	14.3 (±2.95)	-	88

Tableau 35 : Compréhension émotionnelle (CE), prise de perspective (PDP) et se mettre à la place de (SMP) en fonction du type de lecteur

Le score de compréhension émotionnelle était significativement plus élevé chez les « moyens et grands lecteurs » de livres non médicaux quel qu'en soit le type et de romans.

Les « moyens et grands lecteurs » de livres non médicaux et de romans avaient des scores de prise de perspective significativement plus élevés que les « petits lecteurs ».

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre la capacité à se mettre à la place de et les différents types de lecteurs.

D. Facteurs liés au Burn Out

		Deux symptômes ou plus (n=63)	Un symptôme ou moins (n=88)	n	p
Sexe	Féminin	43 (68%)	69 (78%)	112	0.22
	Masculin	20 (32%)	19 (22%)	39	-
Psychothérapie	Oui	20 (53%)	18 (47%)	38	0.17
	Non	43 (38%)	70 (62%)	113	-

Tableau 36 : Nombre de symptômes de Burn Out et données sociodémographiques

Aucun facteur sociodémographique n'était corrélé au Burn Out dans notre étude. Le facteur de risque principal identifié dans la littérature étant d'être de sexe masculin.

		Deux symptômes ou plus (n = 63)	Un symptôme ou moins (n = 88)	n	p
Spécialité	Médecine générale	36 (57%)	57 (65%)	93	0.5
	Spécialité médicale	23 (37%)	28 (32%)	51	-
	Spécialité chirurgicale	4 (6.3%)	3 (3.4%)	7	-
Nombre de gardes	< 3 gardes/mois	35 (56%)	56 (64%)	91	0.41
	> 3 gardes/mois	28 (44%)	32 (36%)	60	-
Horaires de stage	> 45 h/semaine	42 (67%)	38 (43%)	80	<0.01
	< 45 h/semaine	21 (33%)	50 (57%)	71	-
Type de stage	Hospitalier	52 (83%)	62 (70%)	114	0.13
	Ambulatoire	11 (17%)	26 (30%)	37	-
Semestre		3.95 (±1.95)	3.94 (±2.01)	151	0.98

Tableau 37 : Nombre de symptômes de Burn Out et caractéristiques de stage

La caractéristique principale associée à la présence de Burn Out était le fait de travailler plus de quarante-cinq heures hebdomadaires.

		Deux symptômes ou plus (n = 63)	Un symptôme ou moins (n = 88)	n	p
L'apprentissage pratique	Oui	39 (62%)	60 (68%)	99	0.53
	Non	24 (38%)	28 (32%)	52	-
L'apprentissage théorique	Oui	23 (37%)	21 (24%)	44	0.13
	Non	40 (63%)	67 (76%)	107	-
La recherche de nouvelles choses	Oui	16 (25%)	19 (22%)	35	0.73
	Non	47 (75%)	69 (78%)	116	-
La réflexion	Oui	47 (75%)	61 (69%)	108	0.6
	Non	16 (25%)	27 (31%)	43	-
La relation avec les collègues	Oui	28 (44%)	53 (60%)	81	0.08
	Non	35 (56%)	35 (40%)	70	-
La relation avec les patients	Oui	35 (56%)	77 (88%)	112	<0.001
	Non	28 (44%)	11 (12%)	39	-
La technique	Oui	18 (29%)	24 (27%)	42	1
	Non	45 (71%)	64 (73%)	109	-
La transmission de savoir	Oui	21 (33%)	35 (40%)	56	0.52
	Non	42 (67%)	53 (60%)	95	-

Tableau 38 : Nombre de symptômes de Burn Out et objet de satisfaction professionnelle

Les internes qui favorisaient la relation avec les patients étaient également ceux qui présentaient de manière significative moins de symptômes de Burn Out.

Nous avons choisi de ne pas faire apparaître l'analyse détaillée des différentes composantes de la MBI pour ne pas alourdir ce travail. Il serait cependant intéressant de s'intéresser aux déterminants de satisfaction professionnels liés à des symptômes de Burn Out moins importants.

E. Empathie et Burn out

		JSPE Fr		CE		PDP		SMP		n
		Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	Moyenne (ET)	p	
Burn Out Complet	Oui	100 (±14.4)	0.025	37.8 (±5.05)	0.015	50.8 (±10.1)	0.21	11.7 (±2.87)	<0.01	12
	Non	110 (±11.6)	-	41.3 (±5.44)	-	53.5 (±8.23)	-	14.7 (±2.96)	-	139
Symptômes burn Out	Un ou moins	112 (±9.90)	<0.001	41.9 (±4.83)	0.043	55.5 (±7.12)	<0.001	14.9 (±2.78)	0.02	88
	Deux ou plus	104 (±13.1)	-	40.0 (±6.14)	-	50.3 (±9.09)	-	13.7 (±3.30)	-	63

Tableau 39 : Interactions entre empathie et Burn Out

Il existait un lien statistique entre le fait d'être en Burn Out complet et d'avoir un score JSPE Fr moins élevé, retrouvé sur les items portant sur la compréhension émotionnelle et la capacité à se mettre à la place de.

Les internes n'étant pas en Burn Out, (i.e. ayant un symptôme ou moins) avaient des scores d'empathie statistiquement plus élevés que leurs collègues en Burn Out, pour tous les composants de la JSPE Fr.

Analyses multivariées

Nous avons décidé de réaliser une analyse multivariée afin de déterminer si le fait d'être dans le groupe « moyens et grands lecteurs » était un facteur indépendant d'empathie cognitive dans notre étude.

Pour cela, nous avons retenus les facteurs liés à des capacités empathiques accrues identifiées dans la littérature à savoir le sexe, le semestre, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, la spécialité et le fait de présenter un Burn Out complet (76,95). Nous avons retenu de notre étude les différents facteurs ressortant en analyse bivariée que sont le nombre de gardes effectuées, les horaires de stages, le type de stage, les habitudes littéraires médicales, la satisfaction dans l'apprentissage théorique, la réflexion, la relation avec les collègues et la technique.

Nous avons pris le parti de ne pas analyser les facteurs liés uniquement à l'une des sous-catégories de la JSPE Fr (comme par exemple le fait d'aller au cinéma dans la prise de perspective ou encore la catégorie socioprofessionnelle des parents dans la capacité à se mettre à la place de) car notre objectif principal était la démonstration d'une différence sur le score total de la JSPE Fr.

Nous avons exclu de l'analyse la variable qualitative « relation avec les patients », fortement associée à chacun des paramètres analysés, nous reviendrons sur ce choix dans notre discussion.

A. JSPE Fr

		Coefficients	p	p global
Type de lecteur	Petits lecteurs vs Moyens et grands lecteurs	-4.48 [-8.16 ; -0.805]	0.017	0.017
Sexe	Masculin vs Féminin	-3.02 [-7.12 ; 1.09]	0.15	0.15
Psychothérapie	OUI vs NON	-0.0105 [-4.08 ; 4.06]	1	1
Spécialité	Spécialité médicale vs Médecine générale	0.318 [-3.87 ; 4.51]	0.88	0.3
	Spécialité chirurgicale vs Médecine générale	-6.68 [-15.7 ; 2.38]	0.15	-
Type de stage	Ambulatoire vs Hospitalier	4.40 [-0.667 ; 9.47]	0.088	0.088
Horaires de stage	< 45 h/semaine vs > 45 h/semaine	-1.69 [-5.87 ; 2.48]	0.42	0.42
Nombre de gardes	> 3 gardes/mois vs < 3 gardes/mois	-3.43 [-8.02 ; 1.16]	0.14	0.14
Semestre (+0.1)		0.0159 [-0.0811 ; 0.113]	0.75	0.75
Apprentissage théorique	OUI vs NON	-3.57 [-7.44 ; 0.297]	0.07	0.07
Réflexion	NON vs OUI	-5.10 [-8.95 ; -1.26]	<0.01	<0.01
Relation avec les collègues	NON vs OUI	-5.56 [-9.13 ; -1.98]	<0.01	<0.01
Technique	OUI vs NON	-1.72 [-6.24 ; 2.80]	0.45	0.45
Livres médicaux	Moyens et grand lecteurs vs Petits lecteurs	4.85 [-0.0157 ; 9.72]	0.0507	0.0507
Burn Out	OUI vs NON	-7.42 [-13.9 ; -0.944]	0.025	0.025

Tableau 40 : Analyse multivariée des différents facteurs influençant le score de la JSPE Fr

Au risque de 5%, en ajustant sur le sexe, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, la spécialité, le type de stage en cours, les horaires de stage, le nombre de gardes, le semestre en cours, la satisfaction professionnelle dans : l'apprentissage théorique, la réflexion, la relation avec les collègues et la technique, le fait de lire des livres médicaux et le fait d'être en Burn Out complet, il existe une relation statistiquement significative entre le score JSPE Fr et le type de lecteur. Le score JSPE Fr est également lié significativement avec la satisfaction professionnelle dans la réflexion et la relation avec les collègues, ainsi qu'avec le fait d'être en Burn Out complet.

Le score JSPE Fr du groupe « Petits lecteurs » est en moyenne inférieur de -4.48 au score du groupe « Moyens et grands lecteurs » (p = **0.017**).

Le score JSPE Fr du groupe ne tirant pas de satisfaction professionnelle de la réflexion est en moyenne inférieur de -5.10 au score du groupe qui est professionnellement satisfait par la réflexion ($p < 0.01$).

Le score JSPE Fr du groupe ne tirant pas de satisfaction professionnelle dans la relation avec les collègues est en moyenne inférieur de -5.56 au score du groupe professionnellement satisfait par la relation avec les collègues ($p < 0.01$).

Le score JSPE Fr du groupe présentant un Burn Out complet est en moyenne inférieur de -7.42 au score du groupe de présentant pas de Burn Out complet ($p = 0.025$).

B. Compréhension émotionnelle

		Coefficients	p	p global
Type de lecteur	Petits lecteurs vs Moyens et grands lecteurs	-1.79 [-3.50 ; -0.0898]	0.039	0.039
Sexe	Masculin vs Féminin	-2.78 [-4.68 ; -0.874]	<0.01	<0.01
Psychothérapie	OUI vs NON	0.314 [-1.57 ; 2.20]	0.74	0.74
Spécialité	Spécialité médicale vs Médecine générale	0.381 [-1.56 ; 2.32]	0.7	0.74
	Spécialité chirurgicale vs Médecine générale	-1.16 [-5.36 ; 3.03]	0.58	-
Type de stage	Ambulatoire vs Hospitalier	1.05 [-1.30 ; 3.40]	0.38	0.38
Horaires de stage	< 45 h/semaine vs > 45 h/semaine	0.338 [-1.59 ; 2.27]	0.73	0.73
Nombre de gardes	> 3 gardes/mois vs < 3 gardes/mois	-1.02 [-3.15 ; 1.10]	0.34	0.34
Semestre (+0.1)		-0.0256 [-0.0705 ; 0.0194]	0.26	0.26
Apprentissage théorique	OUI vs NON	-0.659 [-2.45 ; 1.13]	0.47	0.47
Réflexion	NON vs OUI	-1.77 [-3.55 ; 0.0121]	0.052	0.052
Relation avec les collègues	NON vs OUI	-1.11 [-2.76 ; 0.550]	0.19	0.19
Technique	OUI vs NON	-1.73 [-3.83 ; 0.358]	0.1	0.1
Livres médicaux	Moyens et grand lecteurs vs Petits lecteurs	0.845 [-1.41 ; 3.10]	0.46	0.46
Burn Out	OUI vs NON	-2.76 [-5.76 ; 0.240]	0.071	0.071

Tableau 41 : Analyse multivariée des différents facteurs influençant la compréhension émotionnelle

Au risque de 5%, en ajustant sur le sexe, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, la spécialité, le type de stage en cours, les horaires de stage, le nombre de gardes, le semestre en cours, la satisfaction professionnelle dans : l'apprentissage théorique, la réflexion, la relation avec les collègues et la technique, le fait de lire des livres médicaux et le fait d'être en Burn Out complet, il existe une relation statistiquement significative entre le score de « compréhension émotionnelle » et le type de lecteur. Le score de « compréhension émotionnelle » est également lié significativement avec le sexe.

Le score de « compréhension émotionnelle » du groupe « Petits lecteurs » est en moyenne inférieur de -1.79 au score du groupe « Moyens et grands lecteurs » ($p = 0.039$).

Le score de « compréhension émotionnelle » du groupe masculin est en moyenne inférieur de -2.78 au score du groupe féminin ($p < 0.01$).

C. Prise de perspective

		Coefficients	p	p global
Type de lecteur	Petits lecteurs vs Moyens et grands lecteurs	-2.59 [-5.46 ; 0.287]	0.077	0.077
Sexe	Masculin vs Féminin	0.483 [-2.73 ; 3.69]	0.77	0.77
Psychothérapie	OUI vs NON	-0.0590 [-3.24 ; 3.12]	0.97	0.97
Spécialité	Spécialité médicale vs Médecine générale	0.546 [-2.73 ; 3.82]	0.74	0.65
	Spécialité chirurgicale vs Médecine générale	-2.68 [-9.76 ; 4.40]	0.46	-
Type de stage	Ambulatoire vs Hospitalier	3.44 [-0.517 ; 7.41]	0.088	0.088
Horaires de stage	< 45 h/semaine vs > 45 h/semaine	-1.66 [-4.92 ; 1.60]	0.31	0.31
Nombre de gardes	> 3 gardes/mois vs < 3 gardes/mois	-1.90 [-5.48 ; 1.69]	0.3	0.3
Semestre (+0.1)		0.0424 [-0.0334 ; 0.118]	0.27	0.27
Apprentissage théorique	OUI vs NON	-2.64 [-5.66 ; 0.385]	0.087	0.087
Réflexion	NON vs OUI	-2.50 [-5.51 ; 0.500]	0.1	0.1
Relation avec les collègues	NON vs OUI	-3.21 [-6.01 ; -0.420]	0.024	0.024
Technique	OUI vs NON	-0.648 [-4.18 ; 2.88]	0.72	0.72
Livres médicaux	Moyens et grand lecteurs vs Petits lecteurs	3.17 [-0.630 ; 6.98]	0.1	0.1
Burn Out	OUI vs NON	-1.70 [-6.76 ; 3.37]	0.51	0.51

Tableau 42 : Analyse multivariée des différents facteurs influençant le score de prise de perspective

Au risque de 5%, en ajustant sur le sexe, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, la spécialité, le type de stage en cours, les horaires de stage, le nombre de gardes, le semestre en cours, la satisfaction professionnelle dans : l'apprentissage théorique, la réflexion, la relation avec les collègues et la technique, le fait de lire des livres médicaux et le fait d'être en Burn Out complet, nous n'avons pas pu montrer de relation statistiquement significative entre le score de « prise de perspective » et le type de lecteur. Le score de « prise de perspective » est en revanche lié significativement avec la satisfaction professionnelle dans la relation avec les collègues.

Le score de « prise de perspective » du groupe ne tirant pas de satisfaction professionnelle dans la relation avec les collègues est en moyenne inférieur de -3.21 au score du groupe tirant satisfaction professionnelle de la relation avec les collègues (p = **0.024**).

D. Se mettre à la place de

		Coefficients	p	p global
Type de lecteur	Petits lecteurs vs Moyens et grands lecteurs	-0.104 [-1.13 ; 0.922]	0.84	0.84
Sexe	Masculin vs Féminin	-0.725 [-1.87 ; 0.420]	0.21	0.21
Psychothérapie	OUI vs NON	-0.266 [-1.40 ; 0.868]	0.64	0.64
Spécialité	Spécialité médicale vs Médecine générale	-0.609 [-1.78 ; 0.559]	0.3	0.08
	Spécialité chirurgicale vs Médecine générale	-2.83 [-5.36 ; -0.307]	0.028	-
Type de stage	Ambulatoire vs Hospitalier	-0.0894 [-1.50 ; 1.32]	0.9	0.9
Horaires de stage	< 45 h/semaine vs > 45 h/semaine	-0.369 [-1.53 ; 0.794]	0.53	0.53
Nombre de gardes	> 3 gardes/mois vs < 3 gardes/mois	-0.508 [-1.79 ; 0.771]	0.43	0.43
Semestre (+0.1)		-0.000946 [-0.0280 ; 0.0261]	0.94	0.94
Apprentissage théorique	OUI vs NON	-0.275 [-1.35 ; 0.804]	0.61	0.61
Réflexion	NON vs OUI	-0.827 [-1.90 ; 0.245]	0.13	0.13
Relation avec les collègues	NON vs OUI	-1.24 [-2.24 ; -0.244]	0.015	0.015
Technique	OUI vs NON	0.662 [-0.597 ; 1.92]	0.3	0.3
Livres médicaux	Moyens et grand lecteurs vs Petits lecteurs	0.833 [-0.524 ; 2.19]	0.23	0.23
Burn Out	OUI vs NON	-2.97 [-4.77 ; -1.16]	<0.01	<0.01

Tableau 43 : Analyse multivariée des différents facteurs influençant le score de se mettre à la place de

Au risque de 5%, en ajustant sur le sexe, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, la spécialité, le type de stage en cours, les horaires de stage, le nombre de gardes, le semestre en cours, la satisfaction professionnelle dans : l'apprentissage théorique, la réflexion, la relation avec les collègues et la technique, le fait de lire des livres médicaux et le fait d'être en Burn Out complet, nous n'avons pas pu montrer de relation statistiquement significative entre le score de « se mettre à la place de » et le type de lecteur. Le score de « se mettre à la place de » est lié significativement avec la relation avec les collègues et le fait de présenter un Burn Out complet.

Le score de « se mettre à la place de » du groupe ne tirant pas de satisfaction professionnelle de la relation avec les collègues est en moyenne inférieur de -1.24 au score du groupe tirant une satisfaction professionnelle de la relation avec les collègues (p = **0.015**).

Le score de « se mettre à la place de » du groupe « Spécialité chirurgicale » est en moyenne inférieur de -2.83 au score du groupe « Médecine générale » ($p = \mathbf{0.028}$). Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative du score de se mettre à la place de selon la spécialité toutes classes confondues ($p = 0.08$).

Le score de « se mettre à la place de » du groupe présentant un Burn Out complet est en moyenne inférieur de -2.97 au score du groupe ne présentant pas de Burn Out complet ($p = \mathbf{0.015}$).

Discussion

A. Sur les résultats

1. Sur l'objectif principal : la lecture de loisir influence-t-elle l'empathie chez les internes ?

En analyse bivariée, le fait de faire partie du groupe « moyens et grands lecteurs » semble associé de manière significative à un score d'empathie plus élevé (112 vs 105 ; $p < 0.01$). En détaillant les sous-parties de la JSPE Fr, il s'avère que ces internes ont des scores de compréhension émotionnelle et de prise de perspective plus élevés que leurs collègues « petits lecteurs » (respectivement 42,5 vs 39,4 ; $p < 0.001$ et 54,7 vs 51,7 ; $p = 0.028$).

L'analyse des groupes extrêmes « grands lecteurs » et « non-lecteurs » retrouve également des scores d'empathie significativement plus élevés chez les internes du groupe « grands lecteur » que chez les « non-lecteurs » (112 vs 98,7 ; $p < 0.01$). Cependant, seule la compréhension émotionnelle est statistiquement plus élevée chez les internes « grands lecteurs » par rapports aux « non-lecteurs » (42,5 vs 37,0 ; $p < 0.021$).

L'analyse des groupes « moyens et grands lecteurs » tantôt de livres médicaux, tantôt de romans permet de démontrer des scores de JSPE Fr plus importants dans ces groupes que chez les « petits lecteurs » (respectivement 113 vs 108 $p = 0.024$ et 112 vs 106 $p < 0.01$). Les « moyens et grands lecteurs » de romans ont par ailleurs des scores de réponses en termes de compréhension émotionnelle et de prise de perspective plus élevés que leur collègues « petits lecteurs » de romans (respectivement 42,4 vs 40,1 ; $p < 0.01$ et 55,3 vs 51,9 ; $p = 0.011$).

Nous avons donc réalisé une analyse multivariée par régression linéaire visant à déterminer si une corrélation pouvait être mise en évidence entre le fait d'être dans le groupe « moyens et grands lecteurs » et le fait d'avoir un score d'empathie plus élevé.

Il apparaît que le fait d'être « moyen ou grand lecteur » semble fortement associé à des taux d'empathie plus importants que chez les « petits lecteurs » (Coefficient = 4.48 [0.805 ; 8.16] ; $p = 0.017$), notamment en termes de compréhension émotionnelle (Coefficient = 1.79 [0.0898 ; 3.50] ; $p = 0.039$).

Notre étude semble donc démontrer que la lecture régulière pratiquée à visée de divertissement serait liée à des capacités empathiques plus importantes chez les internes. Cependant, l'empathie est une aptitude complexe, liée au genre, mais aussi aux sources de satisfactions retrouvées dans l'exercice médical et probablement à d'autres facteurs intrinsèques et environnementaux qui restent à explorer.

Nous ne pouvons pas conclure à un lien de causalité du fait du design de notre étude, mais en reprenant les données de Rita Charon ainsi que diverses études de psychologies faites sur l'augmentation de l'empathie par la lecture, utilisant d'autres échelles, il nous paraît raisonnable de penser qu'une hygiène littéraire régulière, permet de développer une approche du patient plus humaine et plus compréhensive (96–98).

2. Sur les objectifs secondaires

a. Sur l'empathie

1. JSPE Fr

Sur le plan sociodémographique, le sexe féminin est lié à des scores de JSPE Fr plus important (110 vs 104 ; $p < 0.01$).

Les internes de médecine générale présentent des scores JSPE Fr significativement plus élevés que leurs collègues de spécialités médicales ou chirurgicales (110 vs 107 vs 96,9 ; $p = 0.037$). Le fait de réaliser moins de 3 gardes par mois, de travailler moins de 45 heures par semaine et d'être dans un stage ambulatoire semblent trois facteurs liés à des scores d'empathie plus élevés (respectivement 111 vs 106 ; $p = 0.014$, 111 vs 107 $p = 0.028$ et 114 vs 107 ; $p < 0.01$).

L'unique loisir lié à un score JSPE Fr plus élevé est la lecture de livres (110 vs 105 ; $p = 0.014$).

En termes de satisfaction professionnelle, les internes privilégiant la relation tant avec les patients qu'avec leurs collègues ont des scores d'empathies plus élevés (respectivement 111 vs 106 ; $p = 0.014$ et 112 vs 99,5 ; $p < 0.001$), de même que les internes qui sont satisfaits professionnellement par la réflexion (110 vs 105 ; $p = 0.016$). En revanche, les internes privilégiant la technique et l'apprentissage théorique ont des scores d'empathie moins élevés (respectivement 105 vs 110 ; $p = 0.044$ et 103 vs 111 ; $p < 0.001$).

L'analyse multivariée retrouve comme facteurs liés à des scores d'empathie plus élevés : le fait d'être satisfait par la réflexion (Coefficient = 5.10 [1.26 ; 8.85] ; $p < 0.01$) ainsi que par la relation avec les collègues (Coefficient = 5.56 [1.98 ; 9.13] ; $p < 0.01$). Nous retrouvons également que le fait de présenter un Burn Out complet est fortement associé à des taux d'empathie moins élevés (Coefficient = -7.42 [-13.9 ; -0.944] ; $p < 0.025$).

Les résultats des différentes composantes de la JSPE Fr doivent être rappelés avant la critique de ces résultats.

II. Compréhension émotionnelle

Sur le plan sociodémographique, seul le sexe féminin est associé à des scores de compréhension émotionnelle plus importants (42,2 vs 37,8 ; $p < 0.01$).

Nous retrouvons également que les internes faisant moins de 3 gardes par mois, travaillant moins de 45 heures par semaine et réalisant leur stage en ambulatoire ont des scores de compréhension émotionnelle significativement plus élevés (42,1 vs 39,4 ; $p < 0.01$, 42,3 vs 39,9 ; $p < 0.01$ et 43,3 vs 40,3 ; $p < 0.001$). Il existe une corrélation négative entre le semestre et le score de compréhension émotionnelle (CC = -0,189 (-0,339 ; -0,0303) ; $p = 0.02$).

La compréhension émotionnelle est significativement plus élevée uniquement chez les internes ayant pour loisir la lecture (42,1 vs 38,8 ; $p < 0.01$).

Les internes satisfaits professionnellement par la réflexion et par la relation avec les patients ont des scores de compréhension émotionnelle plus élevés (respectivement 41,6 vs 39,6 ; $p = 0.048$ et 42,3 vs 37,4 ; $p < 0.001$). Les internes plus satisfaits professionnellement par la technique ont, quant à eux, des scores de compréhension émotionnelle plus faibles (38 vs 42,2 ; $p < 0.001$).

L'analyse multivariée retrouve comme facteurs liés à une compréhension émotionnelle plus élevée le sexe féminin (Coefficient = 2.78 [0.874 ; 4.68] ; $p < 0.01$).

III. Prise de perspective

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence d'association entre les données sociodémographiques et un score de prise de perspective plus élevé.

Les internes en stage ambulatoire ont des scores de prise de perspective plus importants que leurs collègues hospitaliers (55,8 vs 52,5 ; $p=0.027$).

Le fait d'avoir pour loisir d'aller au cinéma est lié à un score de prise de perspective plus élevé (54,2 vs 51 ; $p=0.027$).

Le score de prise de perspective est significativement plus élevé chez les internes satisfaits dans l'exercice de leurs fonctions par la relation avec les patients (54,8 vs 48,9 ; $p<0.001$) et est en revanche moins élevé chez ceux privilégiant la technique (51 vs 54,2 ; $p=0.032$).

L'analyse multivariée retrouve comme facteurs liés à une prise de perspective plus importante le fait d'être professionnellement satisfait par la relation avec les collègues (Coefficient = 3.21 [0.420 ; 6.01] ; $p=0.024$).

IV. Se mettre à la place de

La catégorie socioprofessionnelle des parents, et notamment du père, classée comme « supérieure » est liée à un score « se mettre à la place de » plus élevé (respectivement 15,2 vs 13,5 vs 14 ; $p=0.033$ et 15 vs 13,7 vs 13,6 ; $p=0.037$).

Aucun lien n'a été mis en évidence entre les caractéristiques du stage et le score de « se mettre à la place de ».

Les loisirs étudiés ne semblent pas être liés avec le score « se mettre à la place de ».

Le score de « se mettre à la place de » est lié à une satisfaction professionnelle dans la relation avec les collègues ainsi que dans la relation avec les patients (respectivement 15 vs 13,7 ; $p<0.01$ et 14,8 vs 13,2 $p<0.01$).

L'analyse multivariée retrouve comme facteurs liés à une capacité à « se mettre à la place de » plus élevée le fait d'être professionnellement satisfait par la relation avec les collègues

(Coefficient = 1.24 [0.244 ; 2.24] ; p=0.015) et le fait de ne pas présenter de Burn Out complet (Coefficient = 2.97 [1.16 ; 4.77] ; p<0.01).

V. Synthèse à propos de l'empathie

Notre étude retrouve donc des déterminants d'empathie cognitive déjà connus tels que le sexe féminin, le fait d'être interne en médecine générale mais aussi sur le temps de travail hebdomadaire et global. Nous retrouvons également, dans une moindre mesure, la diminution de certaines capacités empathiques, principalement la compréhension émotionnelle, au cours de l'internat. La catégorie socioprofessionnelle des parents, élevée, semble jouer un rôle dans le fait d'avoir la capacité à « se mettre à la place de », ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature (20,76,99).

Le sexe féminin est lié à une compréhension émotionnelle plus importante, ce qui rejoint l'idée que les femmes ont un naturel plus empathique que les hommes. Sans doute la féminisation de la profession permet-elle d'avantage d'humanisation dans le soin, mais qu'en pensent les patients ?

Les internes avec des scores d'empathie plus élevés sont ceux qui privilégient la relation au sens large (avec les collègues ou avec les patients). Ces objets de satisfactions sont notamment retrouvés en termes de capacités de prise de perspective et de « se mettre à la place de » plus élevé. L'empathie étant un état relationnel vivant de l'humain, ces constatations semblent logiques : de meilleures relations découle une plus grande considération, et réciproquement.

Bien qu'aucun bénéfice professionnel ne soit attendu directement par le médecin dans une attitude empathique, ceux qui sont professionnellement satisfait par la relation avec les patients auront davantage tendance à faire preuve d'un comportement empathique. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas analysé en multivarié la satisfaction professionnelle dans la relation avec les patients dans les déterminants de l'empathie, puisque ce sont les deux faces d'une même médaille.

La relation avec les collègues semble être un objet de satisfaction professionnel important pour les internes, liée avec des capacités empathiques plus importantes. Ce constat renforce

l'importance du développement de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), et permet peut-être, en plus d'une collégialité et d'un suivi à plusieurs facettes du patient, un meilleur développement professionnel des praticiens y exerçant. Une étude comparant l'empathie des praticiens de MSP et des praticiens exerçant seuls pourrait confirmer cette hypothèse.

Par ailleurs, la réflexion recherchée dans le travail incite peut-être à une attitude réflexive à propos des pratiques, et permet d'avantage d'empathie par une remise en question dirigée de sa propre pratique.

Les internes qui présentent une symptomatologie compatible avec un Burn Out complet ont tendance à être globalement moins empathique, notamment en ce qui concerne la capacité à « se mettre la place de ». Cela peut s'expliquer notamment par le manque d'accomplissement personnel et la dépersonnalisation, rendant difficile la limite entre soi et l'autre et de ce fait l'identification des problèmes de l'autre par rapport aux siens.

Nous discuterons plus loin de l'interaction entre empathie et Burn Out.

Retenons quelques réflexions sur les autres critères analysés de manière multivariée.

La réalisation d'un stage en ambulatoire semble avoir un rôle sur les capacités empathiques des internes, principalement en termes de prise de perspective. La sortie de l'hôpital des internes aurait-elle des vertus humanistes, en plus de la découverte d'un mode de fonctionnement propre ? Serait-ce le moment de la réalisation que le patient qui consulte est un Homme, tout comme le médecin derrière son bureau ? C'est en tout cas la conviction que nous avons. Cette idée mériterait sans doute d'être explorée, peut-être par une comparaison avant/après le stage ambulatoire des scores d'empathie des internes... Une comparaison des scores d'empathie entre les professionnels libéraux et hospitaliers pourrait également être intéressante. Notons cependant que le type de stage hospitalier aurait mérité d'être précisé (par exemple : en hospitalisation complète, aux urgences, en laboratoire etc.), de même qu'un ajustement sur la spécialité aurait été pertinent.

En ce qui concerne les horaires de stage et le nombre de garde, il apparaît que le fait d'avoir moins de temps de présence requis en stage permet d'être d'avantage présent lors des contacts avec les patients. Cependant, notons que nous n'avons pas répertorié le nombre de jours « off » laissés par semaine, ni le nombre de semaines de vacances permises dans le semestre, ceux-ci

pouvant être liés avec des horaires hebdomadaires en stage plus importantes et un nombre de gardes mensuelles plus élevés, notamment dans le cadre des stages de médecine d'urgence.

Le fait de lire de manière régulière des ouvrages médicaux semble lié également à plus de capacités empathiques, peut-être par une satisfaction professionnelle globale plus forte de la part des internes développant leurs connaissances médicales. Peut-être aussi l'envie de faire au mieux pour les patients dont ils ont la charge fait que ces internes considèrent que se former est un devoir pour le bien des patients.

Cela semble paradoxal : la satisfaction professionnelle dans l'apprentissage théorique est plutôt liée à des taux d'empathie moins élevés. Il faudrait probablement étudier les ouvrages médicaux lus, et si ces lectures sont faites spontanément ou sur « demande » d'un supérieur hiérarchique. Enfin, l'apprentissage théorique se faisant également par différents séminaires, peut-être faudrait-il s'intéresser à la satisfaction qu'ils apportent aux internes.

b. Sur la lecture

Environ 54 % des internes rapportent lire plus de cinq livres par an, ce qui fait d'eux des lecteurs qualifiables de moyens à grands. Le temps hebdomadaire moyen passé à lire est d'environ 2,5 heures.

Le style littéraire le plus lu est le roman, suivi de la BD, quasi-exclusivement sous forme papier. Les styles de romans que les internes rapportent préférer sont l'aventure, la fiction et le réalisme, mais aussi les polars et la science-fiction.

Des auteurs apparaissent de manière récurrente tant dans les derniers livres lus que dans les auteurs préférés, la première étant l'autrice anglaise J.K Rowling, pour sa saga « Harry Potter », livres parmi les plus lus dans le monde.

Soixante-seize pourcents des auteurs cités par les internes sont des hommes, principalement Francophones ou Anglophones. On retrouve de nombreux auteurs contemporains, comme Musso ou Houellebecq, mais aussi des auteurs plus classiques tels Zola ou Hugo.

Il ne semble pas y avoir une volonté de lire des ouvrages en lien avec le monde médical : Winckler et Beaulieu étant les seules cités. On retrouve parmi les styles principaux des auteurs

fétiches le polar, le réalisme et la fantasy, mais également la philosophie, suivie de la science-fiction.

Les ouvrages cités comme derniers lus sont principalement des bestsellers, et nombre d'entre eux ont été adaptés sur petit ou sur grand-écran.

Il est rapporté une diminution du nombre de livres lus par 42% des internes interrogés, depuis le début de leur internat. Pourtant, 86% des internes aimeraient lire davantage. Les principaux facteurs limitants la lecture selon les internes sont le manque de temps et la fatigue.

Pour se procurer des ouvrages, les internes plébiscitent encore les librairies officielles, avant les grandes surfaces ou l'achat sur internet. Le prêt entre amis est également un moyen apprécié pour se procurer des ouvrages, en lien avec le partage que permet la littérature, et la reconnaissance mutuelle dans des œuvres, comme dans la vie. Le recours au téléchargement de livres sur livres numériques ou aux livres audio semble être plutôt marginal.

Les bibliothèques « officielles », temples de la littérature, n'apparaissent pas comme moyen privilégié d'accéder aux œuvres littéraires. Quelques hypothèses nous viennent pour expliquer ce phénomène :

- Des horaires d'ouverture non adaptées au rythme de vie et aux horaires des internes.
- Une distance au lieu de résidence ou de travail élevée.
- Certaines bibliothèques universitaires ne proposent pas de collections « de loisir », c'est le cas notamment des bibliothèques de médecine et pharmacie de la faculté de Montpellier.
- La volonté de vouloir non pas juste lire un livre, mais pouvoir y revenir à l'envie.

Le développement de bibliothèques de libre échange dans les internats, lieux de vie et de partage entre internes, pourrait permettre de favoriser ces échanges culturels.

Notre étude ne portait pas sur la manière de se procurer des ouvrages ayant pour but la formation médicale. Il pourrait être pertinent d'étudier le mode de procuration d'ouvrages et d'articles médicaux par les internes.

En ce qui concerne les « moyens et grands lecteurs », on retrouve une population principalement féminine (81%), travaillant moins de 45 heures par semaine. Le temps moyen de lecture des « moyens et grands lecteurs » est estimé à 3,44 heures par semaine.

Nous voulions étudier si la lecture de loisir avait également un impact quelconque sur le Burn Out, l'anxiété et la dépression ainsi que sur le coping : notre étude ne retrouve pas de lien significatif entre ces différentes caractéristiques, mesurées par leurs échelles propres, et le fait d'être lecteur régulier ou non.

L'absence de relation avec le coping nous paraît à la fois intéressant et surprenant. Nous supposons que la littérature de loisir permettait aux internes de faire plus facilement face à des situations stressantes ou inconnues. Probablement la manière d'explorer ce point n'était pas adéquat.

Les « moyens et grands lecteurs » sont significativement plus satisfaits professionnellement par la relation avec les patients (83% vs 64% ; $p=0.017$) et ne cherchent pas à être satisfaits par la réalisation de gestes techniques (16% vs 41% ; $p<0.01$).

Peut-être que les internes lisant régulièrement ont tendance à être plus « humanistes » que leurs collègues lisant de manière moins régulière. Peut-être est-ce la lecture de différents ouvrages qui donne un attrait aux internes pour la relation avec leurs patients...

Une étude qualitative sur les déterminants des préférences littéraires des internes pourrait être intéressante, afin de déterminer plus finement leurs attentes quant à la lecture. Le ressenti des internes par rapport à leurs capacités empathiques en fonction de leurs lectures pourrait également faire l'objet d'un travail de recherche.

Dans un cadre universitaire, la littérature de loisir semble pouvoir apporter un plus. En effet, si les qualités formatives des GEPT et des RSCA ne sont plus à démontrer, l'enrichissement de ces exercices par la lecture d'œuvres littéraires choisies pourrait bien accroître leur pertinence. Par quels biais ? Par l'augmentation des ressources cognitives apportées par la lecture, mais aussi par l'enrichissement potentiel du vocabulaire d'expression des émotions (100).

Il pourrait sans doute être intéressant d'étudier le contenu des RSCA en fonction du profil littéraire de l'interne de qui émane ce texte pour renforcer cette présomption.

c. Sur les loisirs

Le sport est le loisir préféré des internes, suivi par le fait d'aller au cinéma puis le fait de lire des livres. Ils consacrent en moyenne 5,53 heures par semaine à ces loisirs, en moyenne 5,65 par personne, et éprouvent un grand plaisir à réaliser ces loisirs (8,91/10).

Rappelons que la lecture est le seul loisir pour lequel le score JSPE Fr est significativement plus élevé, de même que pour la compréhension émotionnelle. Le fait d'aller au cinéma est quant à lui lié avec un score de prise de perspective significativement plus élevé.

Des analyses sur les différents loisirs et le lien avec le bien-être des internes pourraient être intéressants. Une étude sur les loisirs « artistiques » (musique, cinéma, peinture ...) pourrait également être intéressante en ce sens que ces loisirs semblent avoir pour vertu d'augmenter les capacités empathiques (101).

d. Sur le Burn Out

Huit pourcents des internes interrogés présentent un Burn Out complet, et 42% présentent au moins deux symptômes de Burn Out. A peine un quart des internes interrogés n'en présentent aucun symptôme. Le symptôme le plus présent dans notre population est un accomplissement personnel bas, présent chez 64% des répondants.

Les internes présentant un ou aucun symptôme de Burn Out sont principalement des internes qui travaillent moins de 45 heures par semaine (57% vs 33% ; $p < 0,01$). Ce sont également des internes pour qui la relation au patient est un facteur de satisfaction professionnelle (88% vs 56% ; $p < 0,001$).

Notre étude retrouve des corrélations entre empathie et Burn Out, conformes à ce qui se retrouve dans la littérature. En effet, le score JSPE Fr est significativement plus bas chez les

internes en Burn Out complet que chez ceux n'y étant pas (110 vs 100 ; $p=0,025$), de même que chez ceux présentant au moins 2 symptômes de Burn Out (112 vs 104 ; $p<0,001$).

De manière similaire, il est retrouvé une compréhension émotionnelle moins élevée chez les internes en Burn Out complet que chez ceux ne l'étant pas (37,8 vs 41,3 ; $p=0,015$), ainsi que chez ceux présentant deux symptômes ou plus de Burn Out que chez les autres (40 vs 41,9 ; $p=0,043$).

En ce qui concerne la prise de perspective, elle ne semble pas liée avec le Burn Out complet, mais elle est plus importante chez les internes présentant moins de symptômes de Burn Out (55,5 vs 50,3 ; $p<0,001$).

Enfin, la capacité à « se mettre à la place de » est plus faible chez les internes en Burn Out complet (14,7 vs 11,7 ; $p<0,01$), dans le même temps qu'elle est plus faible chez les internes présentant au moins deux symptômes de Burn Out (14,9 vs 13,7 ; $p=0,02$).

L'interaction entre Burn Out et capacités empathiques se confirme donc un peu plus par notre étude. Il apparaît qu'augmenter les capacités relationnelles et empathiques pourrait permettre de jouer en faveur d'une diminution des taux de Burn Out. En effet, l'ouverture aux autres semble liée à des taux de Burn Out plus faibles, et la lecture permet cette ouverture aux autres.

L'étude conduite par Marchalik et al., publiée en 2019, montre que le fait de lire régulièrement des ouvrages non médicaux est lié à des taux de Burn Out moins importants dans les équipes de soins palliatifs. Les lecteurs réguliers ayant des taux de dépersonnalisation moins importants que ceux ne lisant pas de manière régulière (102).

L'attachement à l'humain, et à l'humanisme, semblent jouer un rôle protecteur contre le Burn Out, en redonnant un sens aux actions personnelles des soignants. Une étude prospective aidée par un psychologue clinicien ou un psychiatre permettrait peut-être la confirmation de cette hypothèse.

L'étude détaillée de la MBI n'est pas présentée dans ce travail, mais il pourrait être intéressant de voir si différents loisirs ou objets de satisfaction professionnelle sont liés ou non aux différentes composantes de la MBI.

B. Forces de l'étude

Notre étude est à notre connaissance la première à s'intéresser à la relation qu'il peut exister entre la lecture de loisir et l'empathie cognitive dans la population des internes, par une échelle validée spécifiquement dans la population médicale. Les études suggérant une augmentation de l'empathie par le biais de la lecture sont peu nombreuses, et utilisent des échelles différentes, pas toujours standardisées. Il s'agit par ailleurs de la première étude à analyser les loisirs des internes dans leur globalité et les habitudes littéraires de ces derniers de manière spécifique.

Notre étude comportait également une partie permettant de recueillir les sources de satisfaction professionnelle des internes, de manière non exhaustive, mais qui mériterai sans doute d'être améliorée afin de permettre aux internes en souffrance du fait de leur pratique professionnelle de retrouver goût à leur vocation initiale.

Cette thèse soulève beaucoup d'interrogations et pourrait servir de point de départ à de nombreux autres travaux de recherche, tant sur le plan pratique que sur le plan expérimental.

Le questionnaire utilisé était long à remplir et explorait beaucoup de facettes du quotidien des internes tant sur le plan privé que sur le plan professionnel. Avoir recueilli 151 réponses dans un laps de temps d'un mois et demi avec un questionnaire prenant trente minutes à remplir est selon nous une force de cette étude.

Nous montrons, enfin, les interactions multiples qu'il existe entre le milieu privé et le milieu professionnel chez les soignants, rappelant que les internes, comme les patients, sont une entité bio-psycho-sociale complexe.

C. Limites de l'étude

Pondérons notre propos par le fait que le questionnaire de recueil des données ait été diffusé de manière largement sous-optimale, uniquement aux internes du Languedoc Roussillon, avec un taux de réponse de l'ordre de 12 % (151 réponses sur 1 259 étudiants inscrits au troisième cycle des études médicales à l'université de Montpellier-Nîmes). Des investigations ultérieures seront nécessaires pour évaluer à plus grande échelle les résultats observés.

Par ailleurs, bien qu'utilisant des échelles validées, il faut se demander si, en pratique, ces scores correspondent à une réalité, tant sur le plan de l'empathie perçue par les patients que sur la réelle présence ou non d'un Burn Out. D'autre part, le fait que le questionnaire ait été une auto-évaluation soumet au biais de déclaration, ainsi qu'à celui de « désirabilité sociale », bien que nous ayons masqué les noms desdits tests utilisés.

L'analyse des données n'a pas été faite de manière optimale. Elle a été faite par l'intermédiaire d'un logiciel en ligne, qui expose à de nombreux biais qu'aurait permis d'éviter le recours à l'aide d'un statisticien expérimenté.

Enfin, et c'est à notre avis la limite principale de cette thèse, il s'agit d'une étude transversale observationnelle, ne permettant pas de conclure sur la causalité des événements observés. Des études ultérieures, prospectives, pourraient nous renseigner davantage sur le développement de l'empathie par un comportement spontané à but plaisant, tel que la lecture.

D. Ouverture

Ce travail protéiforme n'est qu'une petite pierre poreuse, nous avons déjà cité plusieurs idées d'études pouvant être réalisées en complément de ce travail. Rajoutons qu'il serait possible de :

- Étendre ces recherches sur la population des internes, voire des externes, de France et d'autres pays ;
- Réaliser de manière prospective une étude qui s'interrogerait sur l'augmentation objective et subjective des capacités empathiques par les lectures de loisirs ;
- Se demander si l'étude de textes littéraires en second cycle ne permettrait pas une sensibilisation aux questions d'éthique et d'empathie, en plus d'apporter un bagage de culture générale, comme le font de grandes écoles ;
- Développer la formation en médecine narrative, peut-être en complément de ce qui existe déjà dans la formation des internes de médecine générale, et pourquoi pas dans d'autres spécialités... ;
- Étudier par IRM fonctionnelle les neurones miroirs chez des professionnels de santé lisant et ne lisant pas, comparé avec leurs résultats à la JSPE Fr.

Enfin, il nous semble important de favoriser les travaux qui s'interrogent sur le bien-être de tous les acteurs du système de santé : médecins séniors, internes, externes mais aussi personnels paramédicaux... afin d'améliorer la prise en charge des patients dans leur ensemble.

Conclusion

La médecine est une conjugaison de l'humain et de la science : elle est un art, tendant comme le dirait Aristote vers le « Souverain Bien », le bonheur (103). Il semble paradoxal que les acteurs du système de santé soient les premiers à souffrir d'épuisement professionnel.

Cette souffrance, dont le manque d'empathie est l'un des symptômes nous paraît tragique. Elle est sans doute le reflet d'une perte de l'individualité, de l'humanité, dans la société de la performance et de la productivité.

Ces dernières décennies, les progrès scientifiques ont été spectaculaires : *homo sapiens* a gagné de nombreuses années à vivre en bonne santé. Mais une médecine purement scientifique ne saurait être suffisante.

Le soin est avant tout la rencontre d'un humain avec un humain, de deux êtres aussi différents que semblables. C'est la rencontre de deux expériences, de deux vécus, de deux histoires.

Le malade est d'abord une personne, il en est de même pour le médecin. Cette prise de conscience, pourtant fondamentale, est difficile à bien des égards. Le jeune médecin doit se forger une identité propre après s'être pendant longtemps oublié. L'internat est l'interrogation sur l'éthique personnelle, en plus de l'apprentissage pratique. Mais où trouver ces réponses ?

La lecture semble permettre de se retrouver, de reconquérir, son individualité perdue. Sans doute aide-t-elle à répondre à la question du soignant « qui suis-je ? ».

En effet, en plus d'être un instant de coupure avec le monde environnant, un moment d'oubli et de découverte, la lecture est une introspection. C'est nous-même que nous lisons dans les ouvrages, et ce « nous » grandi par ces histoires lues.

Il s'agit d'une ouverture sur le monde, une manière d'explorer des terres et des coutumes inconnues, parfois inaccessibles, voire inexistantes. C'est voir que nous ne sommes pas seuls à ressentir ces choses qui nous questionnent, nous hantent... Lire, c'est se sentir humain.

Nos résultats tendent à montrer que le fait de lire régulièrement est corrélé avec des capacités empathiques plus importantes, notamment en termes de compréhension émotionnelle. Ces résultats ne nous surprennent pas, nous pensons que la lecture est l'ouverture à l'intersubjectivité, une modalité qui permet, par un enrichissement du milieu intérieur, d'être plus sensible aux expériences que le milieu extérieur nous offre.

Nous pensons que le fait de lire, bien qu'étant un acte personnel, est également un acte éminemment relationnel, humanisant, soignant.

Épilogue

Peut-être aurions-nous envie de penser, dans notre société déshumanisée et deshumanisante, que c'est l'essor de la médecine de devenir comme tel. D'aucuns pensent que le robot remplacera un jour le médecin.

Je ne le pense pas.

Comment une machine écouterait, réconforterait cette personne qui vient vous parler de l'agression sexuelle qu'elle a subie quelques heures auparavant ?

Comment un robot rassurerait ce jeune patient qui consulte pour une douleur thoracique quelques semaines après que son père soit décédé d'un infarctus du myocarde ?

Comment un ordinateur trouverait les mots justes pour expliquer à une famille que les organes de l'être cher qu'ils viennent de perdre pourrait permettre à plusieurs personnes de survivre ?

Comment une *data base* comprendrait, accepterait et accompagnerait ce patient qui souhaite arrêter les soins curatifs et désire mourir dans la dignité et la paix ?

La machine n'a pas d'histoire, ne raconte pas d'histoire, n'entend ni ne lit les histoires. Que sont les humains, sinon une succession de petites histoires dans une histoire plus grande ? On pourrait vouloir une médecine affranchie de l'empirisme, une médecine absolument objective.

Il faut pourtant œuvrer à trouver l'équilibre : c'est par l'empirisme et l'intersubjectivité, par les histoires auxquelles nous sommes confrontés au quotidien, que nous acquérons un peu plus de sagesse... Et de savoir être.

Bibliographie

1. Stendhal, Meininger A-M. Le rouge et le noir. Paris: Gallimard; 2009. 825 p. (Collection Folio Classique).
2. Les Français et la lecture - Études et rapports du CNL - Ressources - Site internet du Centre national du livre [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: http://www.centrenationaldulivre.fr/fr/ressources/etudes_rapports_et_chiffres/les_francais_et_la_lecture
3. Petit M. Éloge de la lecture: la construction de soi. 2016.
4. Mourgues J-M, Le breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Paris; 2016 p. 99.
5. Rita Charon [Internet]. Columbia University School of Professional Studies. 2009 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <http://sps.columbia.edu/narrative-medicine/faculty/rita-charon>
6. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 17 oct 2001;286(15):1897.
7. PACES : le classement 2017 des facs de médecine [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/examen/concours-sante/paces-le-classement-des-facs-de-medecine.html>
8. ESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
9. Statistiques générales sur les ECN 2016 [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2016/>
10. Statistiques ECN 2017 par spécialités [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/specialites/>
11. Code de la santé publique | Article R6153-1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196816&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
12. Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique.
13. Bardou-Roux J, Paultre U. Étude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine.
14. OMS | La santé mentale au travail [Internet]. WHO. [cité 15 mai 2019]. Disponible

sur: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/

15. Schweitzer M. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - Guide d'aide à la prévention [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social; 2015 mai [cité 15 mai 2019] p. 34. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
16. Le burn-out chez les médecins généralistes [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/burn-out/>
17. Villot R. PREVALENCE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. :59.
18. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* mars 2013;63(608):e217-24.
19. THEVENET M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile de France et le Languedoc Roussillon. [Internet] [Médecine Humaine et Pathologie]. [France]: Paris 6; 2011 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/thevenet_these.pdf
20. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate: *Acad Med.* oct 2010;85:S33-6.
21. Bazin-Toubeau L. Évolution et lien entre burnout et empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale. [Paris]: Paris Descartes; 2015.
22. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. 2011.
23. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med.* 5 mars 2002;136(5):358.
24. Boisard C. Évolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Île-de-France durant leurs trois années d'internat. :211.
25. LEMPEREUR - GUYONNET S. Étude Noburnout : corrélation entre empathie et syndrome d'épuisement professionnel [Médecine Humaine et Pathologie]. [Poitiers]: Poitiers; 2004.
26. empathie — Wiktionnaire [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/empathie>

27. BRUNEL M-L, MARTINY C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. *Carriérologie*. 2004;9:473;500.
28. Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 2 mars 2005;293(9):1100-6.
29. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale [Médecine Humaine et Pathologie]. [France]: Paris Descartes; 2014.
30. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy. *J Patient Exp*. juin 2017;4(2):78-83.
31. Mathon B. [Mirror neurons: from anatomy to pathophysiological and therapeutic implications]. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2013;169(4):285-90.
32. Acharya S, Shukla S. Mirror neurons: Enigma of the metaphysical modular brain. *J Nat Sci Biol Med*. 2012;3(2):118-24.
33. de Waal FBM, Preston SD. Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nat Rev Neurosci*. août 2017;18(8):498-509.
34. Fauchon C. Effet du comportement empathique des expérimentateurs sur la perception douloureuse: Approche des mécanismes neuronaux avec l'imagerie fonctionnelle cérébrale (IRMf). [Lyon]; 2017.
35. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3e et de 6e année en stage hospitalier en médecine interne. *Rev Médecine Interne*. févr 2005;26(2):128-36.
36. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. sept 2004;38(9):934-41.
37. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011;86(8):996-1009.
38. Belaube C. Étude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux [Médecine Humaine et Pathologie]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2016.
39. Scannell K. Writing for Our Lives: Physician Narratives and Medical Practice. *Ann Intern Med*. 5 nov 2002;137(9):779.

40. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*. déc 2000;356(9247):2086-9.
41. Samuel O. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. *Fam Pract*. août 1999;16(4):448-448.
42. Charon R. Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Médicale*. janv 2013;42(1):3-5.
43. Charon R, Banks JT, Connelly JE, Hawkins AH, Hunter KM, Jones AH, et al. *Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice*. :8.
44. Charon R, Hermann N. A Sense of Story, or Why Teach Reflective Writing? *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. janv 2012;87(1):5-7.
45. Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. *Lancet Lond Engl*. 1 juin 2013;381(9881):1886-7.
46. Muneeb A, Jawaid H, Khalid N, Mian A. The Art of Healing through Narrative Medicine in Clinical Practice: A Reflection. *Perm J [Internet]*. 5 oct 2017 [cité 15 oct 2018];21. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638639/>
47. Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. *J Int Med Res*. août 2018;46(8):3306-17.
48. Small LC, Feldman LS, Oldfield BJ. Using Narrative Medicine to Build Community Across the Health Professions and Foster Self-Care. *J Radiol Nurs*. déc 2017;36(4):224-7.
49. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *Presse Médicale*. 1 janv 2013;42(1):e1-8.
50. Galam E. Produire des traces d'un apprentissage : le RSCA. *Presse Médicale*. janv 2008;22(794):92-3.
51. Récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/RSCA/
52. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
53. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the

Professional Satisfaction of General Internists Associated with Patient Satisfaction? J Gen Intern Med. févr 2000;15(2):122-8.

54. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 15 avr 2003;114(6):513-9.

55. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. J Gen Intern Med. juill 2005;20(7):559-64.

56. Raj KS. Well-Being in Residency: A Systematic Review. J Grad Med Educ. déc 2016;8(5):674-84.

57. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Med Educ. 30 août 2007;7:29.

58. Larousse É. Définitions : loisirs - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/loisirs/47709>

59. Habitudes de lecture : quel pays lit le plus de livres? [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.actualitte.com/article/monde-edition/habitudes-de-lecture-quel-pays-lit-le-plus-de-livres/82777>

60. Aloysius E. L'intérêt de la lecture de la littérature classique dans la pratique de la médecine générale et dans la relation médecin-malade [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.

61. Influence des personnages de medecins dans la litterature [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sftg.net/documents%20PDF/Influence%20des%20personnages%20de%20medecins%20dans%20la%20litterature.pdf>

62. Watson EM. The importance of leisure reading to health sciences students: results of a survey. Health Inf Libr J. mars 2016;33(1):33-48.

63. Google Forms : générateur de formulaires en ligne pour votre entreprise | G Suite [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://gsuite.google.com/intl/fr/products/forms/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=emea-fr-all-fr-dr-bkws-all-all-trial-e-t1-1003964&utm_content=text-ad-crnturectrl-none-DEV_c-CRE_146195261901-ADGP_Hybrid%20%7C%20AW%20SEM%20%7C%20BKWS%20~%20EXA_M:1_FR_FR_Forms_misc-KWID_43700044043912143-aud-611990388929:kwd-10647024857-

userloc_9055318&utm_term=KW_google%20forms-
g&ds_rl=1259922&gclid=CjwKCAjw8e7mBRBsEiwAPVxxiGbQhptgfVOs2Pxc8XXUNQACa
dp8CN1YkwKttR_mMbvclJVWdy8VNhoCU-QQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds

64. Donnat O. Les pratiques culturelles des Français à l'ère numérique: Éléments de synthèse 1997-2008. *Cult Etudes*. 2009;5(5):1.
65. CNIL | [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/>
66. pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
67. LiSSa : Littérature Scientifique en Santé [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lissa.fr/dc/#env=lissa>
68. Catalogue SUDOC [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/?COOKIE=U10178,Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLECTEUR+WEBOPC,D2.1,E747097dd-1,A,H,R81.64.27.4,FY#>
69. Zotero | Your personal research assistant [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.zotero.org/>
70. Google Sheets vous permet de créer et de modifier des feuilles de calcul en ligne gratuitement [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.google.fr/intl/fr/sheets/about/>
71. Microsoft Excel - Tableur de feuille de calcul XLS [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://products.office.com/fr-fr/excel>
72. Medistica. pvalue.io, a GUI of R statistical software for scientific medical publications. [Internet]. pvalue.io. 2019 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.pvalue.io>
73. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. nov 2005;27(7):625-8.
74. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ* [Internet]. 2 juill 2018 [cité 10 nov 2018]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10459-018-9839-9>
75. Hojat M, Louis DZ, Bs KM, Gonnella JS. The Jefferson Scale of Empathy (JSE):

An Update. :1.

76. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. sept 2002;159(9):1563-9.

77. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. févr 2007;48(1):81-6.

78. Zenasni F, Boujut E, Rigal L, Jaury P, Magnier AM, Falcoff H, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. 2012;9.

79. Lancelot A. L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique. :325.

80. Morice-Ramat A. Approche Psychométrique de l'Empathie, de la Résilience et de la Maîtrise Emotionnelle chez les Internes de Médecine Générale de Nantes. :101.

81. Haute autorité de santé. Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale. oct 2014;

82. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.

83. Maslach, C et col. Questionnaire Burn Out de Maslach. 2006.

84. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Ways of Coping Checklist (WCC). *Réf EN SANTÉ AU Trav*. 2013;135:4.

85. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. janv 1985;48(1):150-70.

86. Cousson-Gélie F, Cosnefroy O, Christophe V, Segrestan-Crouzet C, Merckaert I, Fournier E, et al. The Ways of Coping Checklist (WCC): Validation in French-speaking Cancer Patients. *J Health Psychol*. nov 2010;15(8):1246-56.

87. Delelis G, Christophe V, Berjot S, Desombre C. Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bull Psychol*. 2011;Numéro 515(5):471.

88. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>

89. Les Français et la lecture en 2017 [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur:

http://www.centrenationaldulivre.fr/fichier/p_ressource/13913/ressource_fichier_fr_les.frana.ais.et.la.lecture.2017.03.20.ok.pdf

90. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.
91. Contau G. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale.
92. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? [Internet]. [Amiens]: Amiens; 2015 [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>
93. 48 heures par semaine maximum ? 50 % des internes de médecine générale dépassent le temps de travail réglementaire [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/02/15/48-heures-par-semaine-maximum-50-des-internes-de-medecine-generale-depassent-le-temps-de-travail-reglementaire_866020
94. https://sondage-isni.fr/?fbclid=IwAR35caq17pWyvqz3_Olw7CSpSB6N4ShY0htx_to8NWxvOfXR-uEG-Xvz9Tc.
95. Buffel Du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://balint-smb-fr.e-monsite.com/medias/files/10manuscript-these-celine-buffel-du-vaure.pdf>
96. Pino MC, Mazza M. The Use of "Literary Fiction" to Promote Mentalizing Ability. PLoS ONE [Internet]. 4 août 2016 [cité 9 déc 2018];11(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973931/>
97. McLellan MF, Jones AH. Why literature and medicine? THE LANCET. 1996;348:3.
98. Kidd DC, Castano E. Reading Literary Fiction Improves Theory of Mind. Science. 18 oct 2013;342(6156):377-80.
99. Beckman TJ, Reed DA, Shanafelt TD, West CP. Impact of Resident Well-Being and Empathy on Assessments of Faculty Physicians. J Gen Intern Med. janv 2010;25(1):52-6.
100. Osowiecka M, Kolańczyk A. Let's Read a Poem! What Type of Poetry Boosts Creativity? Front Psychol [Internet]. 21 sept 2018 [cité 26 août 2019];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6160586/>

101. Zazulak J, Sanaee M, Frolic A, Knibb N, Tesluk E, Hughes E, et al. The art of medicine: arts-based training in observation and mindfulness for fostering the empathic response in medical residents. *Med Humanit.* sept 2017;43(3):192-8.
102. Marchalik D, Rodriguez A, Namath A, Krasnow R, Obara S, Padmore J, et al. The impact of non-medical reading on clinician burnout: a national survey of palliative care providers. *Ann Palliat Med* [Internet]. 8 juill 2019 [cité 26 août 2019];0(0). Disponible sur: <http://apm.amegroups.com/article/view/26974>
103. Aristoteles. *Ethique à Nicomaque*. Paris: J. Vrin; 2007.

Annexes

A. Annexe I : Questionnaire Google Forms

04/06/2019 Thèse d'exercice

Thèse d'exercice

Bonjour, je suis interne de médecine générale et je réalise ma thèse sur les loisirs et le bien être des internes du Languedoc Roussillon. Ce questionnaire prend environ 20 minutes à être rempli et me permettra d'avancer sur une question de recherche qui me paraît importante. L'intégralité des réponses est anonyme et le traitement des données utilisées se fait dans le respect de cet anonymat. Merci d'avance du temps pris pour ces réponses.

*Obligatoire

Données socio-démographiques

1. **Quel est ton sexe ? ***
Une seule réponse possible.

Féminin
 Masculin

2. **Quelle est ton année de naissance ? ***
Une seule réponse possible.

Avant 1980
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 Après 2000

3. **Quel est ton statut marital ? ***
Une seule réponse possible.

Célibataire
 En Couple
 Marié

4. **As-tu des enfants ? ***
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

5. **As-tu un animal de compagnie ? ***
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

6. **Quel est ton mode de vie ? ***
Une seule réponse possible.

Seul
 Colocation
 Concubinage
 Chez les parents

7. **Consommes-tu du tabac ? ***
Une seule réponse possible.

Quotidiennement
 Occasionnellement
 Jamais

8. **Consommes-tu de l'alcool ? ***
Une seule réponse possible.

Quotidiennement
 De façon hebdomadaire
 De façon mensuelle
 Jamais

9. **Consommes-tu des produits stupéfiants ? ***
Une seule réponse possible.

Quotidiennement
 De façon hebdomadaire
 De façon mensuelle
 Jamais

https://docs.google.com/forms/d/1uLbyc5wBhEMSS6Wu79QT3kxYU7PEdFFEVK_Npoidt 1/21

04/06/2019 Thèse d'exercice

10. **As-tu déjà suivi une psychothérapie ? ***
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

11. **Parles-tu couramment des langues étrangères ? ***
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

12. **Si oui, la (les) quelle(s) ?**

13. **Quelle est la catégorie socio-professionnelle de ta mère ? ***
Une seule réponse possible.

Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant et chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire
 Employé
 Ouvrier
 Retraité
 Autre sans activité professionnelle
 Décédée
 Ne sais pas

14. **Quelle est la catégorie socio-professionnelle de ton père ? ***
Une seule réponse possible.

Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant et chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire
 Employé
 Ouvrier
 Retraité
 Autre sans activité professionnelle
 Décédé
 Ne sais pas

A propos de l'internat

15. **Semestre en cours : ***
Une seule réponse possible.

1er semestre
 2nd semestre
 3ème semestre
 4ème semestre
 5ème semestre
 6ème semestre
 7ème semestre
 8ème semestre
 9ème semestre
 10ème semestre

https://docs.google.com/forms/d/1uLbyc5wBhEMSS6Wu79QT3kxYU7PEdFFEVK_Npoidt 3/21

16. Spécialité d'internat choisie actuellement : *

- Une seule réponse possible.
- Allergologie
 - Anatomie et Cytologie pathologique
 - Anesthésie-Réanimation
 - Biologie Médicale
 - Chirurgie Maxillo-faciale
 - Chirurgie Orale
 - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
 - Chirurgie Pédiatrique
 - Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
 - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
 - Chirurgie Vasculaire
 - Chirurgie Viscérale et Digestive
 - Dermatologie et Vénérologie
 - Endocrinologie Diabétologie et Nutrition
 - Génétique Médicale
 - Gériatrie
 - Gynécologie Médicale
 - Gynécologie Obstétrique
 - Hématologie
 - Hépato-Gastro-Entérologie
 - Maladies Infectieuses et Tropicales
 - Médecine Cardiovasculaire
 - Médecine d'Urgence
 - Médecine et Santé au Travail
 - Médecine Générale
 - Médecine Intensive - Réanimation
 - Médecine Interne et Immunologie Clinique
 - Médecine Légale et Expertises Médicales
 - Médecine Nucléaire
 - Médecine Physique et Réadaptation
 - Médecine Vasculaire
 - Néphrologie
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Oncologie
 - Ophtalmologie
 - ORL et Chirurgie Cervico-faciale
 - Pédiatrie
 - Pneumologie
 - Psychiatrie
 - Radiologie et Imagerie Médicale

- Rhumatologie
- Santé Publique
- Urologie

17. Dans quel type de stage te trouves-tu actuellement ? *

- Une seule réponse possible.
- Hospitalier
 - Ambulatoire
 - Recherche

18. Quel est ton nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées ? *

- Une seule réponse possible.
- < 35 h/semaine
 - 35-40 h/semaine
 - 40-45 h/semaine
 - 45-50 h/semaine
 - 50-55h/semaine
 - 55-60 h/semaine
 - > 60 h/semaine

19. Combien de gardes effectues-tu chaque mois ? *

- Une seule réponse possible.
- 0/mois
 - 1/mois
 - 2/mois
 - 3/mois
 - 4/mois
 - 5/mois
 - 6/mois
 - > 6/mois

20. Dans ton exercice professionnel qu'est-ce qui te donne le plus de satisfaction ? (plusieurs réponses possibles) *

- Plusieurs réponses possibles.
- La technique
 - La réflexion
 - La transmission de savoir
 - La recherche de nouvelles choses
 - La relation avec les patients
 - La relation avec les collègues
 - L'apprentissage théorique
 - L'apprentissage pratique
 - Autre : _____

21. De 0 (aucun) à 10 (énormément), combien prends-tu de plaisir à travailler ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun Enormément

Origines

22. Où as-tu passé ton enfance ? *

- Une seule réponse possible.
- Zone urbaine
 - Zone rurale
 - Zone semi-rurale

23. Dans quelle faculté as-tu réalisé ton externat ? *

- Une seule réponse possible.
- Université d'Amiens - Amiens
 - Université d'Angers Angers
 - Université de Franche-Compte - Besançon
 - Université Victor Segalen - Bordeaux 2
 - Université de Bretagne Occidentale - Brest
 - Université de Caen Basse-Normandie - Caen
 - Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand
 - Université de Bourgogne - Dijon
 - Université Joseph Fourier - Grenoble
 - Université des Antilles et de la Guyane - Guadeloupe
 - Université de La Réunion - La Réunion
 - Université de Lille 2 Droit et Santé - Lille
 - Université Catholique de Lille - Catholique
 - Université de Limoges - Limoges
 - Université Claude Bernard Lyon 1 Est - Lyon
 - Université Claude Bernard Lyon 1 Sud - Lyon
 - Université Aix-Marseille - Marseille
 - Université de Montpellier - Montpellier
 - Université de Lorraine - Nancy
 - Université de Nantes - Nantes
 - Université Nice Sophia-Antipolis - Nice
 - Université Paris V Descartes - Paris
 - Université Paris VI Pierre et Marie Curie - Paris
 - Université Paris VII Diderot - Paris
 - Université Paris XI Kremlin Bicêtre - Paris
 - Université Paris XII Est Créteil Val de Marne - Paris
 - Université Paris XIII Bobigny - Paris
 - Université de Versailles Saint Quentin en Yveline - Paris
 - Université de Poitiers - Poitiers
 - Université de Reims Champagne-Ardenne - Reims
 - Université de Rennes 1 - Rennes
 - Université de Rouen - Rouen
 - Université Jean Monnet - Saint-Etienne
 - Université Louis Pasteur - Strasbourg
 - Université Paul Sabatier Toulouse III Purpan - Toulouse
 - Université Paul Sabatier Toulouse III Rangueil - Toulouse
 - Université François Rabelais - Tours

24. **As-tu séjourné à l'étranger au cours de tes études (participation à un programme type Erasmus) ? ***
Une seule réponse possible.
- Oui
 Non
25. **Ta faculté d'origine proposait-elle des cours de Littérature "classique" (i.e. pas de la LCA) ? ***
Une seule réponse possible.
- Oui
 Non
 Ne sais pas
26. **Si oui :**
Une seule réponse possible.
- Obligatoires
 Optionnels
27. **Ta faculté d'origine proposait-elle un enseignement de médecine narrative ? ***
Une seule réponse possible.
- Oui
 Non
 Ne sais pas

A propos de tes loisirs

28. **Parmi la liste suivante quels sont tes loisirs ? ***
Plusieurs réponses possibles.
- Faire du sport
 Regarder la télévision
 Lire des livres
 Peindre
 Dessiner
 Jouer de la musique
 Faire du théâtre
 Jouer à des jeux vidéos
 Jouer à des jeux de société
 Aller au musée
 Aller à l'opéra
 Aller au théâtre
 Aller au cinéma
 Aller à des concerts
 Chanter
 Danser
 Sculpter
 Coudre
 Milieu associatif
 Engagement politique
 Aucun
 Autre(s)
29. **Si autre(s) : le(s)quel(s) ?**
- _____

30. **Quel temps hebdomadaire moyen consacres-tu à tes loisirs ? ***
Une seule réponse possible.
- 0 à 2 h/semaine
 2 à 4 h/semaine
 4 à 6 h/semaine
 6 à 8 h/semaine
 8 à 10 h/semaine
 > 10 h/semaine

31. **De 0 (aucun) à 10 (énormément) : combien prends-tu de plaisir lorsque tu fais l'un de tes loisirs ? ***
Une seule réponse possible.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Aucun Enormément

Passer à la question 32.

- Habitudes littéraires médicales**
Cette section s'intéresse aux lectures de livres médicaux, non d'articles issus des revues médicales.
32. **Sur l'année passée, combien de livres médicaux as-tu lu ? ***
Une seule réponse possible.
- 0
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Plus de 15

33. **Combien de temps hebdomadaire en moyenne passes-tu à lire des ouvrages médicaux ? ***
Une seule réponse possible.
- Entre 0 et 2 h/semaine
 Entre 2 et 4 h/semaine
 Entre 4 et 6 h/semaine
 Entre 6 et 8 h/semaine
 Plus de 10 h/semaine

34. **De 0 (aucun) à 10 (énormément) : combien prends-tu de plaisir à lire de la littérature médicale ? ***
Une seule réponse possible.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Aucun Enormément

- Habitudes littéraires "de loisir"**
Cette partie s'intéresse à tes habitudes de lectures non médicale, c'est la clef de voûte de ce travail de thèse.
35. **Sur l'année passée, combien de livres non médicaux as-tu lu ? ***
Une seule réponse possible.
- 0
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Plus de 15

36. **Combien de temps hebdomadaire en moyenne passes-tu à lire ? ***
Une seule réponse possible.
- Entre 0 et 2 h/semaine
 Entre 2 et 4 h/semaine
 Entre 4 et 6 h/semaine
 Entre 6 et 8 h/semaine
 Plus de 10 h/semaine

37. **De 0 (aucun) à 10 (énormément) : combien prends-tu de plaisir à lire ? ***
Une seule réponse possible.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Aucun Enormément

38. **Parmi ces types de livre, notes ceux que tu préfères lire de 1 (le moins) à 10 (le plus) :**
Une seule réponse possible par ligne.
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Romans | <input type="radio"/> |
| BD | <input type="radio"/> |
| Mangas | <input type="radio"/> |
| Plèces de théâtre | <input type="radio"/> |
| Poèmes | <input type="radio"/> |
| Revues d'art | <input type="radio"/> |
| Revues scientifiques (hors médecine) | <input type="radio"/> |
| Camets de voyage | <input type="radio"/> |
| Biographies | <input type="radio"/> |
| Livres de recherche (hors médecine) | <input type="radio"/> |
| Guides pratiques | <input type="radio"/> |
| Contes | <input type="radio"/> |
| Autres | <input type="radio"/> |

39. **Si autre, précises**
- _____

40. **Les livres que tu lis le plus sont-ils ceux que tu préfères lire ? ***
Une seule réponse possible.
- Oui
 Non

41. **Sur l'année passée, combien de romans as-tu lu ? ***
Une seule réponse possible.
- 0
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Plus de 15

42. Concernant les romans, notes les genres que tu préfères lire de 1 (le moins) à 10 (le plus) :
Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autobiographie										
Policier										
Science-fiction										
Aventure										
Réaliste										
Philosophique										
Fiction										
Thriller										
Historique										
Historico-ésotérique										
Autre										

43. Si autre, précises

44. Quels sont les 3 derniers romans que tu as lu ?

45. Quels sont tes 3 auteurs de romans préférés ?

46. Notes ces supports de celui sur lequel tu préfères lire des romans de 1 (le moins) à 10 (le plus)
Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Livre papier										
Livre numérique (tablette)										
Livre numérique (kindle)										
Livre audio										
Autre										

47. Si autre, précises

48. Notes ces manières de te procurer des livres de 1 (le moins) à 10 (le plus) :
Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Achat librairie										
Achat internet										
Prêt entre amis										
Bibliothèques officielles										
Bibliothèques de libre échange										
Téléchargement direct										
Application en ligne (livres numériques)										
Autre										

49. Si autre, précises

50. Depuis le début de l'internat, tu dirais que le nombre de tes lectures non scientifiques : *

- A augmenté
- Est resté stable
- A diminué

51. Aimerais-tu lire d'avantage ? *

- Oui
- Non

52. Quels facteurs font que tu ne lis pas plus ?

- Plusieurs réponses possibles.
- Manque de temps
 - Manque de motivation
 - Manque d'envie
 - Manque de ressources pour se procurer les livres
 - Manque d'habitudes littéraires
 - Fatigue
 - Autres loisirs préférés
 - Autre :

Les 3 prochaines parties sont des échelles standardisées qui permettent de mesurer différents paramètres

Dans le souci de conserver une part "d'aveugle" dans le recueil des questions, leurs noms et leur utilités n'est pas donnée.

53. Coche la case qui correspond le plus à ton ressenti de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (totalement d'accord) *

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical							
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients							
Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale							
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à avoir de meilleurs résultats cliniques							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente							
Quand j'interroge mes patients, sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions							
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements							
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place							
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi							
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical; ainsi les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux							
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) m'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique							
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant attention aux signes non verbaux et au langage corporel							
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique							
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité							

Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs famille est une composante importante de la relation

J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins

Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles

Je n'ai pas de plaisir à lire de littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts

Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical

Passiez à la question 54.

54. Je me sens tendue(e) ou énerve(e) *

Une seule réponse possible.

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

55. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois *

Une seule réponse possible.

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

56. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver *

Une seule réponse possible.

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais ça ne m'inquiète pas
- Pas du tout

57. Je ris facilement et vois le bon côté des choses *

Une seule réponse possible.

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

58. Je me fais du souci *

Une seule réponse possible.

- Très souvent
 Assez souvent
 Occasionnellement
 Très occasionnellement

59. Je suis de bonne humeur *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Rarement
 Assez souvent
 La plupart du temps

60. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) *

Une seule réponse possible.

- Oui, quoi qu'il arrive
 Oui, en général
 Rarement
 Jamais

61. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti *

Une seule réponse possible.

- Presque toujours
 Très souvent
 Parfois
 Jamais

62. J'éprouve une sensation d'estomac noué *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois
 Assez souvent
 Très souvent

63. Je ne m'intéresse plus à mon apparence *

Une seule réponse possible.

- Plus du tout
 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 J'y prête autant d'attention que par le passé

https://docs.google.com/forms/d/1Lzby5wB4EMSS6w79QT5k-VY7P6DFEYK_Npvidt

17/21

64. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place *

Une seule réponse possible.

- Oui, c'est tout à fait le cas
 Un peu
 Pas tellement
 Pas du tout

65. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses *

Une seule réponse possible.

- Autant qu'avant
 Un peu moins qu'avant
 Bien moins qu'avant
 Presque jamais

66. J'éprouve des sensations soudaines de panique *

Une seule réponse possible.

- Vraiment très souvent
 Assez souvent
 Pas très souvent
 Jamais

67. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à suivre une bonne émission de radio ou de télévision *

Une seule réponse possible.

- Souvent
 Parfois
 Rarement
 Très rarement

https://docs.google.com/forms/d/1Lzby5wB4EMSS6w79QT5k-VY7P6DFEYK_Npvidt

18/21

68. Réponds à ce questionnaire sur ce que tu ressens au quotidien de 1 (jamais) à 6 (chaque jour) :

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>						
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input type="radio"/>						
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="radio"/>						
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	<input type="radio"/>						
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	<input type="radio"/>						
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	<input type="radio"/>						
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	<input type="radio"/>						
Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="radio"/>						
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="radio"/>						
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je suis interne	<input type="radio"/>						
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="radio"/>						
Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="radio"/>						
Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="radio"/>						
Je sens que je travail "trop dur" dans mon travail	<input type="radio"/>						
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certain de mes patients	<input type="radio"/>						
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="radio"/>						
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	<input type="radio"/>						
Je me sens ragillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	<input type="radio"/>						
J'ai accompli beaucoup de choses qui valent la peine dans ce travail	<input type="radio"/>						
Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>						
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="radio"/>						
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsables de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>						

https://docs.google.com/forms/d/1Lzby5wB4EMSS6w79QT5k-VY7P6DFEYK_Npvidt

19/21

69. Repenses à une situation stressante que tu as vécu et qui t'a particulièrement bouleversé ou troublé, et indique pour chacune des stratégies proposées si tu les as utilisées pour faire face à cet événement *

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai changé positivement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir évaluer le problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai pris les choses une par une	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai espéré qu'un miracle se produirait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis culpabilisé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis sorti plus fort(e) de la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai essayé de tout oublier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai essayé de ne pas m'écouter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis critiqué(e) ou semoncé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts de tout mon possible pour y arriver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fin

https://docs.google.com/forms/d/1Lzby5wB4EMSS6w79QT5k-VY7P6DFEYK_Npvidt

20/21

04/06/2019

Thèse d'exercice

Merci pour ta participation à ce travail de thèse.
En cas de souffrance au travail, de détresse ou de sentiment de mal être, tu peux contacter l'association SOS SILR à l'adresse suivante : sosilr@gmail.com qui te permettra d'être mis en relation avec un professionnel apte à t'écouter.
Par ailleurs, si tu souhaites recevoir les résultats généraux de cette étude tu peux m'envoyer un e-mail à fabien.vicary@gmail.com, je te ferai suivre le manuscrit une fois rédigé.

70. Si tu as des remarques, des réflexions ou autre sur ce questionnaire, tu peux t'exprimer ici :

Fourni par
 Google Forms

https://docs.google.com/forms/d/1E1hyc7w0B6MSSaWu7QZ35A-VY7PE40FFVK_Np0zdt

21/21

B. Annexe II : Verbatim 3 derniers romans lus

Elena Ferrante: L'amie prodigieuse 3 et 4, Dan Brown: Origine,
Vernon Subutex, La possibilité d'un île, Le rouge et le noir
L'ombre du vent, la ligne verte, insomnie
L'amie prodigieuse ; Petit Pays ; Minute papillon
Par accident (h. Coben), de si belles fiançailles (m Higgins Clark), charme discret de l'intestin (g. Enders)
Vingt quatre heures dans la vie d'une femme (Stephan Zweig), Le meilleur des mondes (Aldous Huxley), L'étranger (Albert Camus)
La disparition de Stephanie Mailer, l'enfant perdue, bakhita
Boussole de Mathias Enard, Les désorientés d'Amin Maalouf, Héretiques de Leonardo Padura
Le meurtre du commandeur (haruki murakami) liberez les ours (john irving) le ramahayana (conte indien suis plus sure de l orthographe)
Harry Potter, Toutes les histoires d'amour du monde, les délices de Tokyo
La tresse, l'œuvre, 1984
La vacation Martin Winckler / Le maître du haut chateau Philip K Dick / les racines du ciel romain gary
J ai toujours cette musique dans la tete. Les gens heureux boivent du café. Ta deuxieme vie commence quand tu te rends contre que tu n en as qu une.
Le Roman de la Cité Interdite, Crazy rich Asians, the writing on my forehead
Les infirmières de la mort, les harry potter
Harry Potter, au bonheur des ogres, la zone du dehors
Le Troisième Jumeaux, L'empire des loups, Congo Requiem
L'epee de verite tome 13 14 et 15
Demain, La fille de Brooklyn, 7 ans après
L'épée de vérité de Terry Goodking, l'Appel du Néant de Maxime Chattam, Le Syndrome E de Frank Thilliez
Petit pays de gael faye
harry potter à l'école des sorciers et la chambre des secrets, et le prisonnier d'Azkaban
Viconte de Bragelonne, 20 ans après, La marque des quatre
Carnets noirs, du feu de l'enfer, Bourbon Kid
Minute papillon, les yeux du crocodiles,
Winter's heart , crossroads of twilight , knife of dreams
la promesse de l'aube - demain - l'étrange voyage de monsieur daldry
Dôme
Harry Potter 5 6 et 7
La tresse, le commencement de l'incendie (Pierre lemaître) , n'oublie pas de m'aimer.
La fille de train, Un livre de la suite Millénium, L'enfant du lac
leopard sur le garrot, le grand meaulnes, le manuscrit inachevé.
Mangeclous- le gardien des choses perdues - american psycho
Assassin's creed, le rituel de l'ombre, sépulture
L'homme du verger, Villa Amalia, Beatus Ille
Bel ami (maupassant), la demi pensionnaire (didier van cauwelart), comment masser mon enfant
Espionne paul coehlo/le mystere d henry pick/ce que le jour doit a la nuit
Des hommes sans femmes, 100 ans de solitude, Meurtre sur le Nil
La sombra del viento, Les enfants de la liberté, Les fourmis
La chimiste ; la verite sur l'affaire harry quebert et un musso
L'ami prodigieuse 1 et 2/ linavouable vérité
La 25 eme heure, le clan des otories, anna gavalda
Ou es tu? Et si c'etait vrai? Elle et lui
Le piège de la belle au bois dormant, la servante écarlate et les yeux couleur de pluie
La coupe d'or d'henry james / anicet d'aragon / Casanova dans la pléiade
Ne lâche pas ma main (Bussi), l'empire des anges (werber), le temps est assassin (Bussi)
Le saut de l'ange, l'enfant allemand, la quiche fatale

L'idée de ne plus jamais te revoir/ Le Bon coeur / Escape from Camp 14
 Petit pays, risque zéro, un peu beaucoup à la folie
 un palais de colère et de brume (trilogie) de sarah j maas
 Le premier jour du reste de ma vie, de V.Grimaldi. Inca, princesse du soleil, de Antoine B. Daniel. L'homme qui voulait être sage,
 K. Bajaj,
 L'amie prodigieuse, demain il fera beau, le parfum du bonheur est plus fort sous la pluie
 Le point zéro de Matsumoto, mes mots sont les fleurs de ton silence d'Antoine Paje et le parfum du bonheur est plus fort sous la
 pluie de Virginie Grimaldi
 policiers/
 saga "et puis soudain", "hacker", "After"
 Au coeur du Yamato (Aki Shimazaki) - Limbo (Bernard Wolfe) - Le pouvoir (Naomi Alderman
 Kafka sur le Rivage - Haruka MIRAKAMI ; Le chœur des Femmes - Martin WINCKLER ; La fée carabine - Daniel PENNAC
 La servante écarlate, Le sans Dieu, Ce pays que tu ne connais pas
 Le bal du comte d'Orgel, La chambre des Officiers, Place des Angoisses
 Les disparues du marais
 Le Chœur des femmes de Martin Winckler, Sang famille et On la trouvait plutôt jolie de Michel Bussi,
 Les misérables, simetierre, marche ou crève
 demain de musso
 Rosa Candida, Playdoyer pour l'Altruisme, Hellraiser
 le joueur d'echec (Zweig)
 Elena ferrante l'amie prodigieuse, mille femmes blanches jim ferguson,
 en attendant bojangles, une vie de simone veil, les mots sont des fenêtres
 le royaume, le gang de la clef à mollette, le misanthrope
 Les frères Karamazov, L'empereur de toutes les maladies, Nostromo J Conrad
 2ème sexe, le chant des gitans
 Le manuscrit inachevé (F.THILLIEZ) La formule de Dieu (DI ROSA) Au revoir là haut (P.LEMAITRE)
 Charlotte, le vieux qui voulait sauver le monde, l'espionne
 Sauvage par nature, Ne tirez pas sur l'oiseau moqueur, The House of God
 la tresse , sapiens , chopin
 Le jour où je me suis aimé pour de vrai / La forêt / Le dernier verre
 La ligne verte (S. king), Games of thrones(Martin), L'armée Furieuse (Vargas)
 Du rifii chez les fils de la veuve rafael confiant - l'accro du shopping à la rescousse sophie kinsella - petit pays gael faye
 Shinning, temps glaciaires, la balade de l'enfant gris
 La contrebasse Roméo et Juliette la 7eme fonction du langage
 Geisha d'Arthur Golden, La Chef, roman d'une cuisinière de Marie NDiaye, les fantômes du vieux pays de Nathan Hill
 Adultère, Le songe, Et après
 Vernon Subutex, Ravage, Voyage au centre de la terre
 " Les Hirondelles de Kaboul " Yasmina Khadra, " Le premier siècle après Béatrice " Amin Maalouf, " Le Zèbre " Alexandre Jardin
 La vérité sur l'affaire Harry Quebert /Le livre des Baltimore / Congo Requiem
 La liste de mes envies, l'amie prodigieuse, le livre des baltimore
 percy jackson, oscar pill
 Les rivières pourpres, Le passager, Charlotte
 Gilles legardinier
 Harry Potter x3
 "La course au mouton sauvage" de Murakami, "Cent ans de solitude" de Gabriel Garcia Marquez, "L'assassin royal" de Robin
 Hobb
 50 nuances de grey 1 et 2, histoire sans titre
 2 hercules poirot et la couleur des sentiments
 Da Vinci Code, le Codex 632, au bonheur des ogres
 Le cavalier vert kristen britain/ le conclave de l'ombre raymond feist/ serie de l'assassin royal robbin hobb
 La tresse, Raphaëlle Giordano, le livre à l'usage des incapables

L'amie prodigieuse, l'élégance du herisson, the blade itself
Fondation, le médecin d'ispahan, la route
Frere d'âme, ne tirez pas sur l'oiseau moqueur, l'adieu aux armes
La Chute de Géants de Ken Follett, La Tresse de L. Colombani, et Antechrista de A. Nothomb
Madame Bovary/ la femme parfaite est une connasse/ Mr Brown/
Les cerfs volants de Kaboul /Fleur de tonnerre/ Dans le jardin de l'ogre
Desorientale, celle qui fuit et celle qui reste, mes mots sont les fleurs de ton silence
Les salauds gentilshommes, silo, la voie des rois
les' milles et une vie de billy Milligan , le chœur des femmes , l'amie prodigieuse
Ne t'éloigne pas et Sans un mot de H. Coben - La jeune fille et la nuit de G. Musso
Ta deuxième vie commence quand tu comprends que tu n'en as qu'une; La dernière des Stanfield

C. Annexe III : Verbatim 3 auteurs de roman préférés

eric emmanuel schmit, boris cyrulnik, daniel pennac
JK Rowling / Christophe André / Oscar Wilde
George Martin, Pierre Bordage, Fred Vargas
stephen king - agatha christie - maryse condé
Fred Vargas, Stéphen king.
Martin, Rowling
Franck tilliez kafka Boris vian
Boris Vian, Eric Reinhardt, Haruki Murakami
Isaïe Biton coulibaly, Guillaume Musso, Mariame Ba
Romain GARY Martin WINCKLER Victor Hugo
Jean Christophe Grangé / Joel Dicker
Victor Hugo, Baptiste Beaulieu, Carlos Ruiz zafon
Jean Christophe GRANGE +++ Pas d'autre "préféré"
Weber , legardinier, levy
Rowling, Steinbeck, dan brown
Guillaume Musso, Maxime Chattam
Pennac, jk rolling, goodking
Pierre bottero, robin hobb, fred vargas
Maupassant, JK Rowling
Marc levy, Guillaume Musso
Jk Rowling, Patrick rothfuss, Kent follet
Asimov
Steinbeck, Stendal, jane austen
Henri Troyat, Ken Follett et D. Van Cauwelaert
Agatha Christie
Khaled Hosseini/ Yasmina khadra/ Yaa Gyasi
Émile Zola, mankell
Jacqueline Carrey, Brandon Sanderson, Robert Jordan
Zola , ana gavalda ,
Harlan coben - douglas kennedy - guillaume musso
Virginie Grimaldi, Fred Vargas et Agatha Christie
fred vargas/ indridasson
Meredith Wild, Anna Todd, Laura Swild
Paul AUSTER , Emile ZOLA, Stefan ZWEIG
Alain Damasio, Jean claude Izzo, Jack London
Haruki Murakami, Sylvain Tesson, Michel Houellebecq
Victor Hugo, Albert Camus, Emile Zola
Tolkien, Eddings, Hobbs
pennac, ruffin, nothomb
Orwell, London, Giono
J Conrad, Shakespeare, James Joyce
JK Rowling, Claude Bernard, Freud
Franck THILIEZ Agatha Christie JK ROWling
Ken Follett, Jonas jonhasson, Camilla lackberg
jacqueline carey ,terry goodkind,patrici briggs
Paulo Coelho,

Dan Brown, JR Dos Santos, Harlan Coben
Camus, Houellbecq, Zola
Diana gabaldon, ken follet, Stéphen king
H. Coben, G. Musso, M. Higgins Clark
Stephan Zweig, Alain Damasio, Milan Kundera
Amélie Nothomb, J-Christophe Granger, Yuval Noah Harari
Joël Dicker, Elena Ferrante, Stéphan Zweig
Yasmina Khadra, Erik Orsenna, Leonardo Padura
Emile zola, jane austen, haruki murakami
Barjavel, Ken Follett, Franck Thilliez
Alain Damasio / Albert Camus / John Irving
Agnes martin lugand. Levy. Musso
Pennac, jk Rowling, Winkler
Ken Folett, Raymond Feist, Guillaume Musso
camilla lackberg , larsson , rené lachaud
Robin hobb, tolkien, victor hugo
Guillaume Musso, JK Rowling, Pierre Bottero
Maxime Chattam, Frank Thilliez, Terry Goodking
Terry goodkind / pierre bottero / jk rowling
JK Rowling, Guillaume Musso, Marc Levy
Saint-Exupery, Dumas, Choderlos de Laclos
Sire Cédric, Stephen king, Anne giebel
Tolkien, robert ludlum, robert jordan
romain gary - musso - zola
Stephen king
J K Rowling - Coben Harlan - Beaulieu Baptiste
Joseph Kessel, Pierre Lemaitre
Albert Cohen- stefan Zweig-zola
Kate Mosse, Giacometti, dan Brown
Murakami, Jessie Burton, Gabriel Tallent
Stephen King, Agatha Christie, Tolkien
Anna gavalda, daniel pennac, rene barjavel
Yasmina kadra/paul coehlo
JK rollings camilla larson
Murakami, Higgins Clarck
Carlos Ruiz Zafon, Bernard Werber, Marc Levy
Musso levy et dan brown
Jane austen jk rowling
Agatha Christie, ken folett, levy
Pierre Bottero, Guillaume Musso, Marc Levy
Mary Higgins Clark, Jane Austen, Helen Fielding
Aragon virgini woolf henry james
Michel Bussi, Bernard Werber, philip pullman
Laurent Gaudé, Agatha Christie, Carlos ruiz zafon
Virginie grimaldi, Aurelie valogne

E. Annexe IV : Poème en prose

Lecture. Lire pour que l'écrit vive. Pour que vivent les cris.

Quand l'écrit vint à la lecture, les hommes lurent et se lièrent.

Lisière des mots où autre chose commence. Un autre cycle. Un autre temps.

Être avec quelqu'un, c'est être avec son texte et sa texture, ses écrits et ses cris, ses tissus de paroles ainsi parle le corps doucement.

Présence tissulaire.

Je t'ai eu cris, quand je t'ai lu. Les mots se distordent se perdent en orthographe comme notes d'écrivains.

Comme vents soufflant sur les pages.

Insaisissables autant qu'ils se créent et se déploient, se fondent et se refondent en nous et nous guérissent, nous élargissent.

Dr Franck SALZMANN

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Objectif : L'empathie joue un rôle thérapeutique dans la prise en charge des malades. Cependant, les comportements empathiques s'émoussent au fil des années d'études médicales. Une approche américaine consiste en l'étude d'œuvres littéraires afin de développer l'empathie chez les étudiants. La littérature en tant que loisir est-elle un déterminant de l'empathie des internes ?

Matériel et méthode : Étude observationnelle transversale réalisée auprès des internes du Languedoc-Roussillon de Février à Avril 2019. Recueil des habitudes littéraires des internes et comparaison des scores JSPE-Fr des internes « moyens à grands lecteurs » (lisant plus de 5 livres par an) à ceux des internes « non et petits lecteurs ».

Résultats : 151 internes ont répondu au questionnaire. La moyenne du score JSPE Fr était de 108,78 (12,05). Les moyens et grands lecteurs représentaient 53,64% de l'échantillon. Il existait une différence significative entre les « moyens et grands lecteurs » et « petits lecteurs » pour la JSPE Fr (112 vs 105 ; $p < 0.01$), la compréhension émotionnelle (42,5 vs 39,4 ; $p < 0.001$) et la prise de perspective (54,7 vs 51,7 ; $p = 0.028$). Aucune différence n'a été mise en évidence pour la capacité à se mettre à la place de (14,5 vs 14,3 $p = 0,7$). L'analyse multivariée met en évidence que la lecture régulière semble être un facteur lié à l'empathie cognitive (Coefficient = 4.48 [0.805 ; 8.16] ; $p = 0.017$).

Conclusion : La littérature de loisir permet sans doute au médecin de se recentrer sur lui-même dans le même temps qu'elle le rend plus réceptif au monde qui l'entoure et par conséquent aux patients.

Mots-clefs : Empathie, Lecture de loisir, Relation de soin, Bien-être, Approche centrée patient, Internat

Contact : fabien.coisy@gmail.com