



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 365

Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech : Vers l'élaboration d'outils pédagogiques

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/11/2023

PAR

Mlle. Fatima Zahra HANINE

Née Le 06 Avril 1997 à Ouled Ayad

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Empathie clinique - Déterminants de l'empathie - Echelle de Jefferson - Médecins

JURY

M.	S. ZOUHAIR Professeur de Microbiologie-Virologie	PRÉSIDENT
M.	Y. EL KAMOUNI Professeur de Microbiologie-Virologie	RAPPORTEUR
M.	E. EL MEZOUARI Professeur de Parasitologie-Mycologie	} JUGES
M.	A. BELHADJ Professeur de Réanimation-Anesthésie	
M.	M. A. LAFFINTI Professeur de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا
عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

صدق الله العظيم
سورة البقرة آية (32)



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne

14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT Ridouan	BENOMAR P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl rabou	mrabih P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL Najat	GANOUNI P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie

46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie

81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation

116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie

150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie

182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie

217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHAOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUIA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire

252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

الله

*Louange à Dieu tout
puissant, qui m'a permis de
voir ce jour tant attendu.*



*To The ALLAH the almighty,
I can be nothing but grateful, for the life that I had so far and
for what, I hope, is coming.*

*Thank you for giving me this life, and for surrounding me by
the most beautiful and good souls I could only have dreamt of.*

*Thank you today, thank you tomorrow and all the days to
come.*

To the prophet

محمد صلى الله عليه وسلم

Our beloved idol and saviour.

To my parents, to whom I owe it all,

*All I am, is all you gave me. I could probably spend the rest of
my life trying*

to give you back, but I don't believe I'll ever would.

Some debts can never be paid.



إلى أمي الحبيبة الزهرة الشرفاوي

أمي، شمعة كوني أقف هنا وقد خانتني الكلمات لأعبر لك عن مشاعر الحب والامتنان التي تخالجني. لا أدري أ أشكرك، أم أعتذر أم أشكرك وأعتذر على كل الحب الذي نضحت به، والجهد الذي بذلته لم تتركي بابا إلا طرفته، ولا جزءا منك إلا ضحيت به لتجعلي مني ما أتمنى انه يرضيك ويسعدك. أهديك اليوم هذا العمل الذي ما هو إلا ثمرة تفانيك، وأهديك كل أيامي عسى أن أرد بعضا من كثير.

أطال الله في عمرك وجزاك عنا خير الجزاء.

أحبك أمي.

إلى أبي الغالي عبد الناجي حنين

إلي الرجل الذي وهبني كل ما أملك وهو كل ما أملك، إلى الذي حقق أحلامي ودعم كل خطوة من حياتي إلى الصديق الذي أعود اليه في كل أموري. علمني مواجهة الحياة ومصاعبها. كفاني فخرا أنك أبي.

اليوم أشكرك من اعماقي على كل الحب الذي منحتة.

وأدعو العلي القدير أن يرزقك طول العمر ويجزيك خير الجزاء.

أحبك أبي.

إلى روح جدي العزيز بوزكري حنين

بهذا اليوم الخاص، أود أن أشاركك فرحتي بمناسبة تخرجي. على الرغم من أنك لم تكن حاضرًا بشكل جسدي لرؤية هذا الإنجاز، إلا أنك كنت دائمًا في قلبي وروحي، وكان لديك تأثير كبير على حياتي.

أنت جدي العظيم مصدر إلهام لي. أعلم أنني بلغت هذا اليوم بفضل القيم التي علمتني إياها وبفضل الدعم الذي قدمته لي على مر السنوات.

أرغب في أن يعرف جميع من حولنا كم كنت متأثرًا إيجابيًا على حياتي وكم أنت لا تزال جزءًا من تحقيقي ونجاحي. أتمنى أن تشعر بالفخر والسعادة بما حققته، لأنه بالتأكيد جزء من إرثك العظيم. أحبك جدًا وأفتقدك كثيرًا، وسأبقى أحمل ذكراك في قلبي طوال حياتي.

رحم الله روحك الطاهرة.

إلى روح جدي الشرقي الشرفاوي

أنا أكتب هذه الكلمات بقلب مليء بالحب والاشتياق، على الرغم من أنني لم ألتقي بك أبدًا في هذه الحياة. ال لكنك كنت وستبقى جزءًا لا يتجزأ من قلبي وروحي لم يكن لدي الفرصة لمشاركتك في لحظاتي الخاصة، بما في ذلك هذا. ومع ذلك، أرغب في أن أشاركك هذا الإنجاز الكبير في حياتي. منذ سمعت قصصك وروايات العائلة عنك، أدركت مدى تأثيرك وتأثير قصتك في حياتي. جدي الغالي، أرغب في أن تعلم أنني أحملك في قلبي وروحي. ستبقى ذكراك حية في أفكاري وأفعالي، وسأستمر في بذل قصارى جهدي لأكون شخصًا يستحق الفخر والتقدير الذي يمكن أن تشعر به. أحبك، ولو أنني لم أشهد وجودك الجسدي، إلا أنك كنت وستظل حاضرًا بروحك ومكانتك الخاصة في قلبي

إلى جدتي الغالية لالة خديجة الدريوش

رزقت بأمين بدل واحدة ولهذا أنا شاكرة فأنت الحنونة والمحبة والملهمة. ما من كلمة تكفي لأعبر لك عن امتناني لوجودك في حياتي.

شكرا على عطائك الذي لا ينضب، شكرا على كل ما بذلت ولا زلت أتمنى أن يحفظك الله ويمنحك الصحة والعافية، وأن يزيدك من العمر والخير. أطال الله لنا في عمرك وجزاك أحسن جزاء.

إلى جدتي الغالية السعيدة عزي

شكرا على كل الحب والحنان الذي أعطيتني
أتمنى أن يمنحك الله الصحة والسعادة والطول في العمر، وأن يحفظك لنا ولجميع من يحبونك
أرجو أن يحقق الله كل أمنياتك وأحلامك

إلى جدتي الغالية الكبيرة

أنتِ الشخص الذي يغرقني بحبه العميق والدفء الذي لم يتغير على مر السنين.
أنتِ مثال للنساء الرائعات والمحبات والصادقات.
أشكر الله على نعمة وجودك ، يأيتهما الجدة المحبة والمرشدة والملهمة.
أتمنى أن يمنحك الله الصحة والسعادة والطول في العمر، وأن يحفظك لنا ولجميع من يحبونك .

Chers petits frères, Reda, Bouzekri et Zineb,

Je voulais prendre un moment pour vous dire à quel point je vous aime. Vous êtes la lumière de ma vie et ma source constante de bonheur. Chacun de vous est unique et spécial à sa manière, et je suis tellement reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Vous grandissez si vite, et chaque jour, je suis émerveillée par vos sourires, vos rires, et votre joie de vivre. Je suis là pour vous soutenir, vous protéger, et vous guider dans tous les défis que la vie peut nous réserver.

N'oubliez jamais que vous pouvez toujours compter sur moi, porte et mon cœur vous sont toujours ouverts.

Je vous aime plus que les mots ne peuvent le dire, mes chers petits frères. Vous êtes mes trésors les plus précieux, et je suis fière d'être votre grande sœur.

Je vous aime...

*A mes chères tantes, oncles, à leurs compagnes et à mes chers
cousins,*

À toutes les familles HANINE et CHARFAOUI

J'aurais aimé rendre hommage à chacun d'entre vous pour témoigner de ma grande considération. J'ai eu la chance d'être née dans une famille aussi aimante et généreuse. Vous avez toujours trouvé le moyen de rendre les moments difficiles plus joyeux. Pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail, ma chère famille, avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de succès. Pour les valeurs que vous m'avez transmises, vos encouragements, votre amour, votre patience et votre soutien quotidien tout au long de ces années.

Je vous aime....

To Firdaouss Old Tijani,

Dear BFF,

You never stopped supporting me during all these years, you were always by my side sharing my joys and sorrows, comforting me when I needed it, and when I didn't. I will never thank you enough for believing in me and inspiring me to go further.

May this work be a token of my gratitude for all the love and care you've showered upon me and may ALLAH shower you with all his blessings.

I love you .

To my Love;

I just wanted to take a moment to express my deepest gratitude to you. You have brought so much love, joy, and meaning into my life, and I can't thank you enough for that. Your kindness, your warmth, and your unwavering support mean the world to me. You have literally shaped me into the person I am today. I cherish every moment we spend together, and I feel truly blessed to have you by my side.

Thank you for being the incredible person that you are. You make every day brighter, and I look forward to our future together with immense excitement and happiness.

I love you

To my Friends, Mohamed, Hachim, Aymane, Oussama,
Zakaria and Akram

I can't decide what to feel, Joy to have had the chance to meet you all, or sorrow, because our journey is coming to an end.

But today,

I am proud to call you family,

I am grateful, for the best 5 years of my life,

for the moments we shared, and the memories we made.

The time I spent by your side have allowed me to discover the great selfless people you are

May God grant you a life filled with joy and happiness.

Wish u all the best dear ones.

*To all my primary and secondary teachers
To all the Friends, colleagues, brothers and sisters of the
Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech.
To all those who've contributed by any mean to the
development of this work.*

*AND to all the dear ones whom I have involuntarily omitted
to mention, please know that the forgetfulness of the pen is not
that of the heart.*

To all the patients...

Be well soon.



REMERCIEMENTS



À notre maître et Président de thèse

Professeur ZOUHAIR Saïd

*Professeur de l'enseignement supérieur de Microbiologie
Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

À notre maître et rapporteur de thèse

Professeur EL KAMOUNI Youssef

*Professeur de l'enseignement supérieur de Microbiologie-
virologie Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail. Je vous remercie de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente.

Veillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

À notre maître et juge de thèse

Professeur EL MEZOUARI El Mostafa

*Professeur de l'enseignement supérieur de Microbiologie -
Mycologie Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire part de cet
honorabile jury et nous vous remercions de la confiance que
vous avez bien voulu nous accorder.*

Votre présence constitue pour nous un grand honneur.

*Nous vous prions d'accepter le témoignage de notre
reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.*

À notre maître et juge de thèse

Professeur LAFFINTI Mahmoud Amine

*Professeur Agrégé de Psychiatrie Hôpital Militaire Avicenne
de Marrakech*

*Aucune expression ne peut décrire les sentiments de joie et de
bonheur qui me combent en vous associant aux membres du
jury de cette thèse.*

*Merci, cher Professeur, d'avoir gentiment et chaleureusement
accepté de juger ce modeste travail, dans lequel je tiens à vous
témoigner de ma profonde gratitude et de mon admiration
pour vos qualités humaines, votre bon cœur, votre gentillesse,
ainsi que vos innombrables qualités professionnelles qui ne
cessent de nous marquer et font de vous une éternelle source
d'inspiration ainsi qu'un modèle à suivre par tous.*

*Veillez trouver dans ce travail, cher Professeur, l'expression
de mon profond respect et de ma très haute considération.*

A notre maître et juge de thèse,

Professeur BELHADJ Ayoub

*Professeur agrégé d'Anesthésie-réanimation Hôpital Militaire
Avicenne de Marrakech*

*Nous sommes heureux que vous ayez accepté de nous honorer
par votre présence au sein de notre jury.*

*Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de
l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre
travail. Votre rigueur, disponibilité, acharnement nous ont
toujours inspiré, vous être le meilleur exemple à suivre.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre
profonde reconnaissance et notre grand respect.*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

CANMEDS	:	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CARE	:	Consulation And Relational Empathy
CC	:	Compassionate Care
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DFASM	:	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
EBM	:	Evidence Based Medicine
IC	:	Intervalles de confiance
IRI	:	Interpersonal Reactivity Index
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
JSPE	:	Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPE-S	:	Jefferson Scale of Physician Empathy – Student
JSPPE	:	Jefferson Scale of Patients Perceptions of Physician Empathy
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PES	:	Professeur d’Enseignement Supérieur
PFC	:	Cortex Préfrontal
Pr. Ass	:	Professeur Assistant
Pr. Ag	:	Professeur Agrégé
PP	:	Perspective Taking
SMPP	:	Se Mettre à la Place du Patient
SPA	:	Spondylarthrite Ankylosante
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
TAG	:	Trouble Anxiété Généralisée
TEQ	:	Toronto Empathie Questionnaire



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type de l'étude	05
II. Population ciblée	05
1. Critères d'inclusion	05
2. Critères d'exclusion	05
III. Fiche d'exploitation	06
1. Les données socio-démographiques	06
2. Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie : Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	07
IV. Consentement et aspect éthique	08
V. Collecte des données	08
VI. Traitement statistique	08
RESULTATS	10
I. Etude descriptive	11
1. Données sociodémographiques	11
2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie	19
3. Récapitulatif des résultats descriptifs	29
II. Etude analytique	31
DISCUSSION	36
I. Cadre conceptuel et définitions	37
1. Généralités sur l'empathie	37
2. Empathie et relation patient-praticien :L'empathie clinique	46
II. Applications et corrélations a l'étude	63
1. Discussion des corrélations	63
2. Comparaison des résultats avec la littérature	68
LIMITES DE L'ETUDE	70
RECOMMANDATIONS	72

I. Projet d'un médecin empathique : Vers l'élaboration d'outils pédagogiques	73
II. Recommandations pour promouvoir son empathie	77
CONCLUSION	80
RESUMES	83
ANNEXES	90
BIBLIOGRAPHIE	96



INTRODUCTION



Au centre des préoccupations scientifiques et sociales, l'empathie interroge la capacité à se mettre à la place de l'autre, et reconnaître le semblable au-delà du différent [1]. Cette notion suscite un intérêt renouvelé, au carrefour de la philosophie, de la médecine et des neurosciences, ainsi que la psychologie cognitive et la psychanalyse. L'empathie est évoquée dans de nombreuses situations chez l'homme, pour la création d'instruments de transmission de l'émotion ou du sens, la reconnaissance et le soulagement de la souffrance de l'autre, la compréhension de ce qui fait communauté sociale pour la transmission des valeurs, et l'influence sur les individus ou les collectifs [1].

Dans notre profession médicale où l'affect est si particulier, les qualités humaines et personnelles sont de plus en plus mises en avant, surtout en ces circonstances exceptionnelles que connaît le monde entier suite à la pandémie de la Covid-19. En effet, la relation entre le médecin et le malade s'est progressivement modifiée au fil du temps : D'un modèle paternaliste où le médecin décidait pour le malade, nous nous dirigeons plus vers un modèle de décision partagée. Le patient s'autonomise, devient acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise de décisions le concernant. Ceci implique un partage et une communication entre ces deux acteurs de la relation de soins. Cette relation praticien-patient a ainsi évolué et dépasse de nos jours la seule expertise thérapeutique, pour se concevoir dans une approche globale qualitative.

Face aux nouvelles exigences des patients, les praticiens se doivent d'offrir une nouvelle relation de qualité qui prend aussi en compte l'environnement psychologique et émotionnel du patient : Comment mieux s'adapter à des patients très anxieux, des patients souffrant d'une maladie chronique, à des patients « traumatisés par des souvenirs de soins algiques » ? Tous ces patients méritent une approche personnalisée, humaniste avant d'être technique. Cette approche responsable, de la relation médecin-patient, basée sur l'empathie, s'assume de part et d'autre dans un rapport de confiance et de transparence. Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soins signifie une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au patient, l'accent mis davantage sur le dévouement, marqué par le

désir d'assumer des responsabilités, mais également une certaine chaleur dans la relation, ainsi qu'une attitude d'écoute et de disponibilité sans conditions.

Le but de ce travail est de comprendre comment l'empathie, appliquée à la relation de soins, confère un avantage dans la pratique médicale ? Quels sont les enjeux à mener une relation empathique avec les patients ? Et quels sont les déterminants de l'empathie chez des médecins jugés souvent à travers le stéréotype de la personne technique et non empathique ?

C'est cette problématique qui a suscité mon intérêt pour la réalisation de ce travail de thèse, afin de valoriser les qualités humaines du médecin, et mettre en évidence tout l'engagement émotionnel et le dévouement qu'il porte envers son patient malgré les nombreuses contraintes vécues tout au long de sa pratique.

Pour tenter d'illustrer ces propos, nous avons mené une étude quantitative analytique des caractéristiques de l'empathie et ses déterminants. Elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères professionnels et sociodémographiques, ainsi que l'évolution des capacités empathiques chez les praticiens au fur et à mesure des années d'exercice.

Nous allons donc essayer de répondre à la fin de ce travail, aux différentes questions autour du concept d'empathie dans la pratique médicale, à savoir les principaux facteurs influençant cette qualité humaine, son évolution chez les différentes catégories de praticiens, ainsi que son impact sur la relation médecin-patient et les outils aidant à l'améliorer.



MATERIELS ET METHODES



I. Type de l'étude :

C'est une étude descriptive transversale étalée sur une période de 6 mois (Mars 2023 – Septembre 2023), portant sur une série de 70 médecins au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech .

II. Population ciblée :

Nous avons ciblé 70 médecins internes, résidents et professeurs affectés soit aux services de médecine, de chirurgie ou de réanimation de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

1. Critères d'inclusion :

Pour être inclus à cette étude, il fallait être :

- Tout praticien exerçant aux services de médecine, de chirurgie ou de réanimation de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech .

2. Critères d'exclusion :

Les praticiens exclus de l'étude sont ceux abordés et informés ne désirant pas participer à l'étude.

Les praticiens participants dont les questionnaires ont été jugés inexploitable.

III. Fiche d'exploitation : (Annexe 1)

La collecte des données est réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu, précisant les données suivantes :

1. Les données sociodémographiques :

1.1. Chez les trois groupes étudiés (les médecins internes, les médecins spécialistes et les professeurs) :

Ces données incluent, l'âge, le genre, statut marital, nombre des enfants, Transport : Temps nécessaire en minutes pour arriver à l'hôpital, antécédent familial de maladie chronique, maladie chronique personnelle et maladie psychiatrique personnelle.

1.1. Chez les médecins internes :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : médecin interne
- Type de service du passage actuel de l'interne
- Nombre de garde : nombre de garde des médecins durant les deux derniers mois.

1.2. Chez les médecins spécialistes:

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : médecin résident ou spécialiste
- Type de spécialité pour le médecin spécialiste : chirurgie ou médecine ou réanimation.
- Type de contrat du résident : bénévolat ou contractuel
- Nombre de garde : nombre de garde des médecins durant les deux derniers mois.

1.3. Chez les professeurs :

Ces données incluent en plus :

- Le statut professionnel : professeur assistant ou agrégé ou d'enseignement supérieur
- Type de spécialité du professeur : chirurgie ou médecine ou réanimation.
- Nombre de garde : nombre de garde des professeurs durant les deux derniers mois.

2. Echelle de Jefferson d'Attitude d'Empathie : Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) :

La JSPE a été créé pour évaluer l'empathie des professionnels de santé avec des questions reprenant des thèmes médicaux. Le fondateur de cet auto-questionnaire pensant que la mesure de l'empathie clinique était plutôt corrélée à la mesure de l'empathie cognitive, ce questionnaire est plutôt axé sur la mesure de cette dernière.

La JSPE est spécifique à la population des professionnels de santé. Elle est reconnue pour ces qualités de validité métrologique. Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées son intérêt (Hemmerdinger, Stoddart et Lilford 2007). Elle a déjà servi dans de nombreuses études à travers le monde.

Cette échelle est composée de 20 items, avec une mesure par échelle de lickert allant de 1 à 7. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Le score total « Jefferson total » varie de 20 (représentant l'empathie minimale) à 140 (représentant l'empathie maximale).

L'analyse factorielle des résultats de cette échelle fait émerger trois concepts ou sous échelles :

- Prise de perspective « *perspective taking* » (PP) : c'est savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items: 2-4-5-9-10-13-15-16-17-20 .Le score « prise de perspective » varie donc de 10 à 70.

- Compréhension émotionnelle «*compassionate care*» (CE) : c'est l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items: 1-7-8-11-12-14-18-19. Le score « compréhension émotionnelle » varie donc de 8 à 56.
- Se mettre à la place du patient «*ability to put in the patients shoes*» (SMPP) : décrit la facilité à se mettre à la place de l'autre pour voir les faits depuis son point de vue. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items 3 et 6 . Le score « Se mettre à la place du patient » varie donc de 2 à 14.

IV. Consentement et aspect éthique :

Nous avons expliqué aux participants le but de l'étude, les modalités de mesure à travers l'échelle de Jefferson. Tout en rappelant que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs de l'empathie.

Un consentement verbal était suffisant pour démarrer l'étude.

V. Collecte des données :

Pour la récolte des données, une enquête par questionnaire est menée.

Un questionnaire est établi sur Google Forms. Le lien est envoyé aux participants via les e-Mails et l'application WhatsApp.

Le questionnaire est rempli dans une durée moyenne de 15 min.

VI. Traitement statistique :

Les données sont saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 20.0 (SPSS, Inc., Chicago)).

La distribution des données est étudiée à travers le test de Kolmogorov–Smirnov (KS). Les variables à distribution gaussienne symétrique sont exprimées en moyennes et écarts types.

Les variables à distribution asymétrique en médianes et espaces interquartiles.

La régression linéaire logistique simple et multiple est utilisée pour l'étude de l'association entre les variables. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.



RESULTATS



I. Etude descriptive:

Sur un total de 100 questionnaires distribués, on a retenu 70 qui étaient exploitables.

1. Données sociodémographiques :

1.1. Âge :

Les âges des praticiens sont répartis comme suit (Figure1).

L'âge moyen des praticiens était de $37,33 \pm 9,3$ avec des extrêmes allant de 24 à 56 ans.

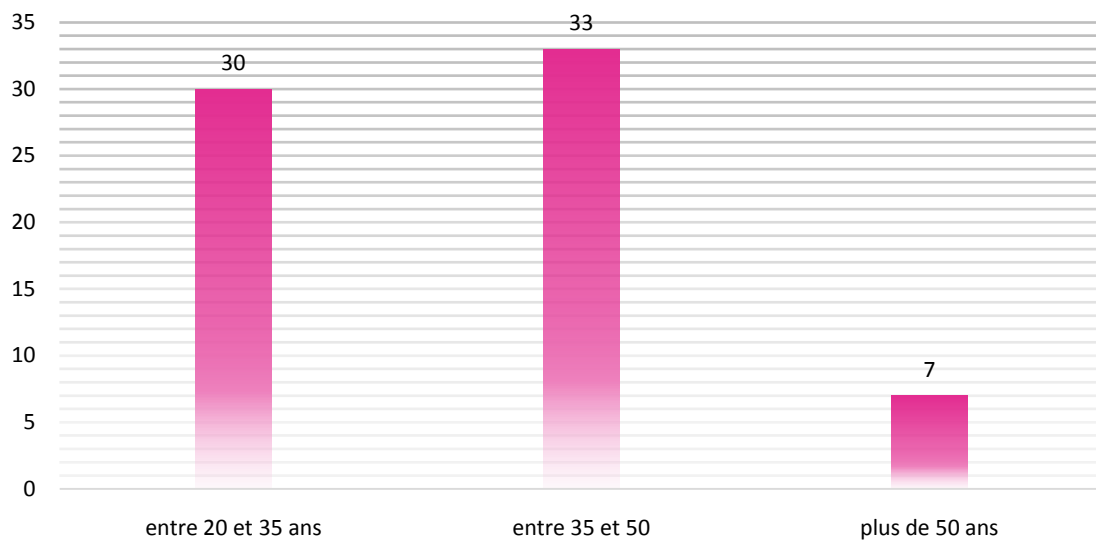


Figure 1 : Fréquences d'âges des praticiens.

1.2. Genre :

Le sexe masculin (80%) est prédominant par rapport au sexe féminin (20%).

Le sexe ratio (H/F) était de 4. (Figure 2) .

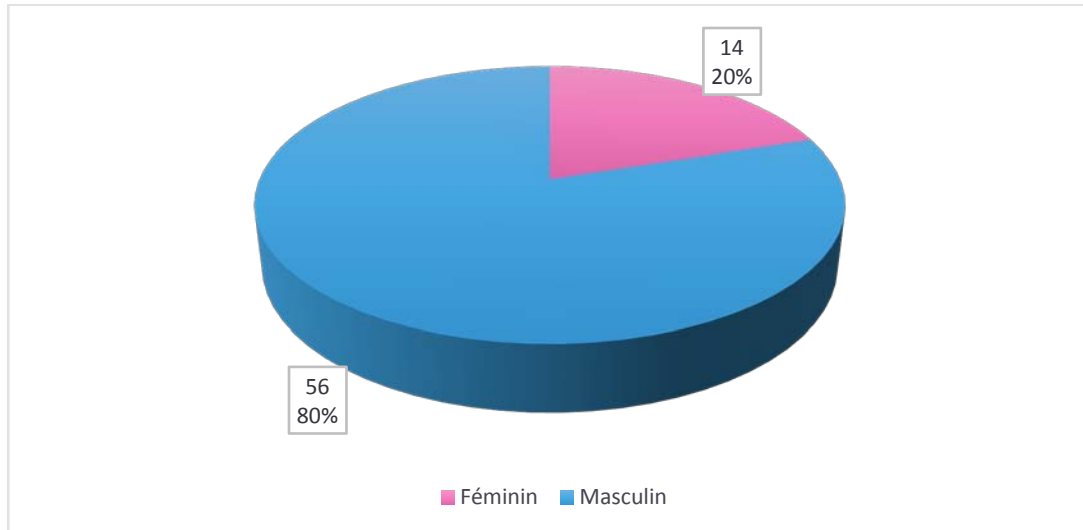


Figure 2 : Répartition des praticiens selon le genre.

1.3. Statut marital :

30% des praticiens sont célibataires, 64,3% des praticiens sont mariés et 5,7% des praticiens sont divorcés. (Figure 3)

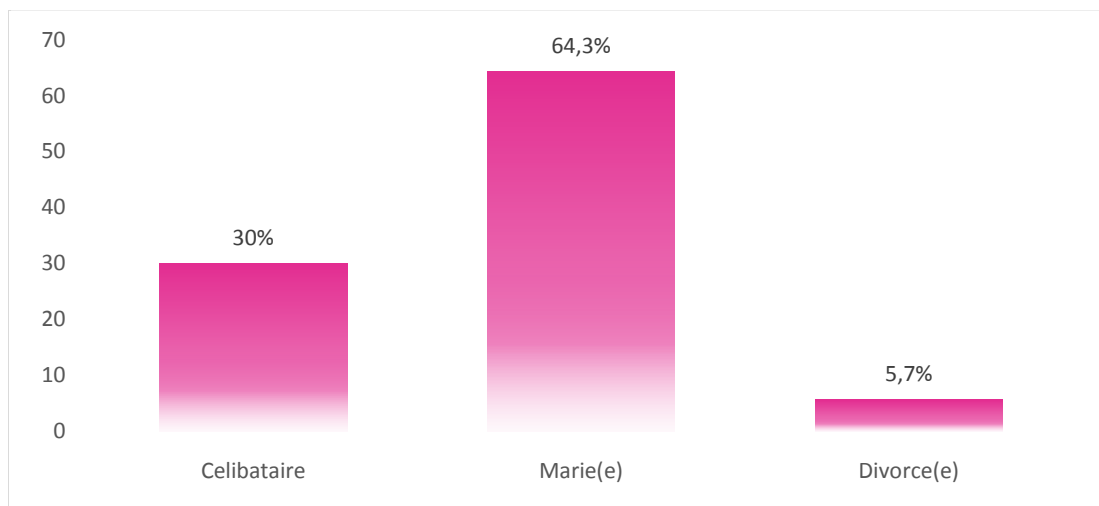


Figure 3 : Répartition en pourcentage des praticiens selon le statut marital.

1.4. Nombre des enfants :

Le nombre des enfants varie entre 0 et 4. 40% des médecins n'ont pas d'enfants, 29% ont un seul enfant, 8% ont 2 enfants et 1% ont 3 enfants. (Figure 4)

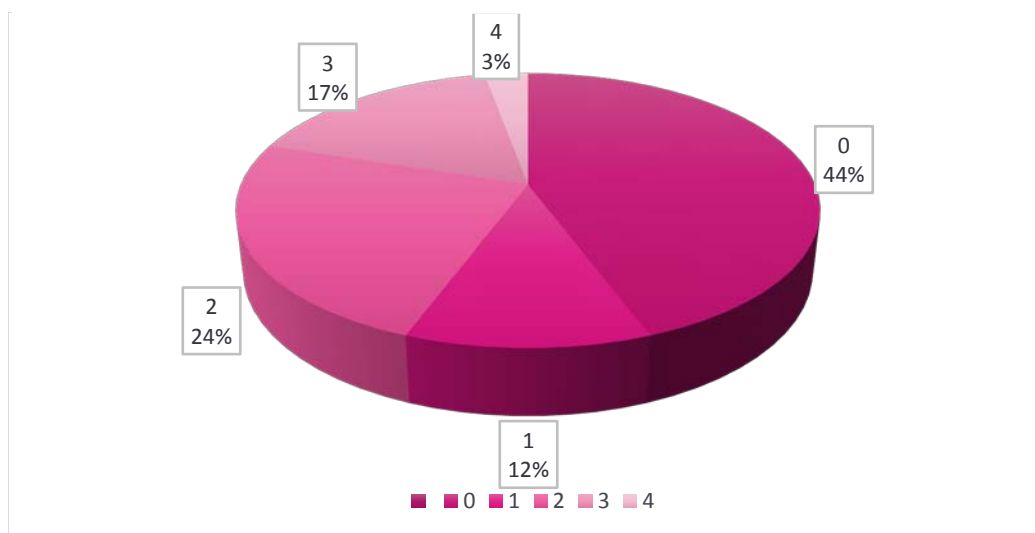


Figure 4 : Distribution en pourcentages des praticiens selon le nombre d'enfants.

1.5. Statut professionnel :

L'échantillon des médecins étudié est constitué de : 16% des médecins internes, 38% des médecins spécialistes, 46% des professeurs. (Figure 5)

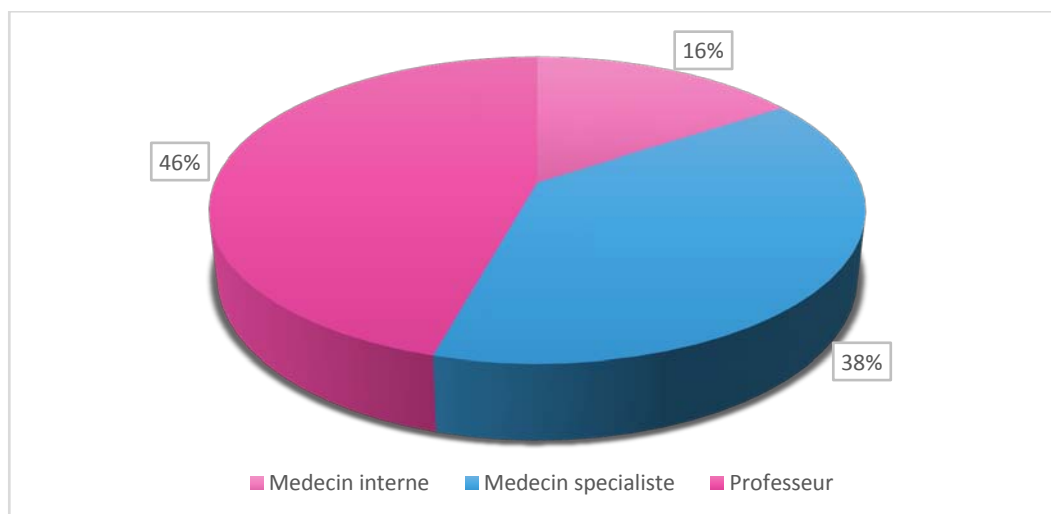


Figure 5 : Répartition en pourcentage des médecins selon le statut professionnel.

1.6. Type de service ou de spécialité :

Tous les services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech ont participé à l'étude.

Les médecins issus des services de médecine constituent 54%, les médecins issus des services de chirurgie constituent 33% et les médecins issus des services de réanimation constituent 13%. (Figure 6)

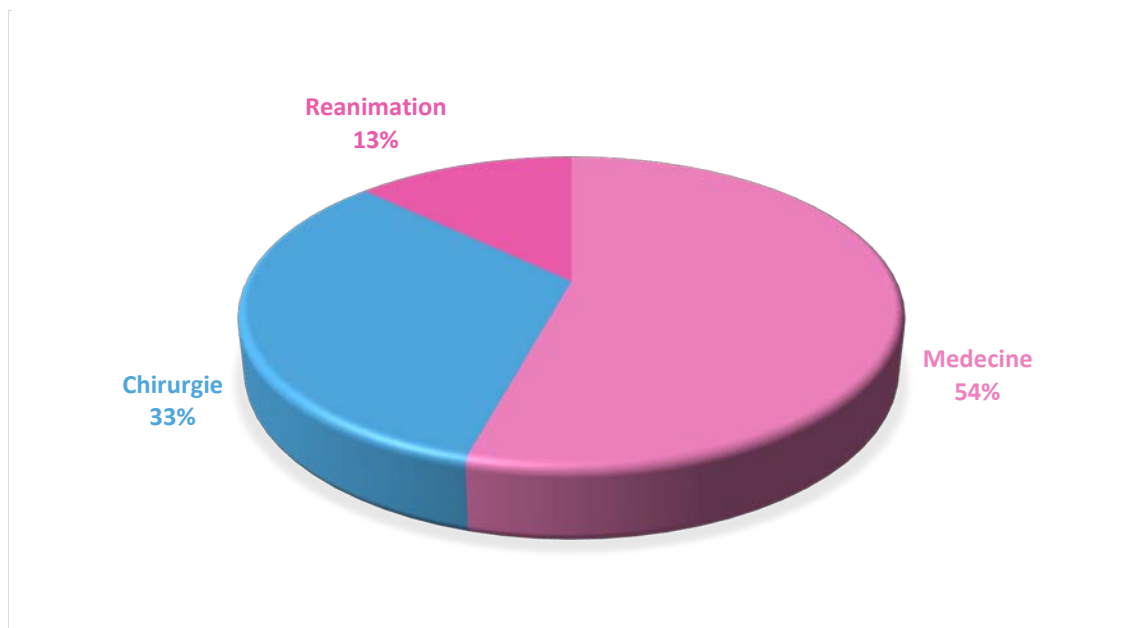


Figure 6 : Distribution en pourcentage des médecins selon le type de service ou de spécialité.

1.7. Type du contrat des résidents :

On a trouvé que 89% des médecins résidents sont contractuels, et 11% sont bénévoles. (Figure 7)

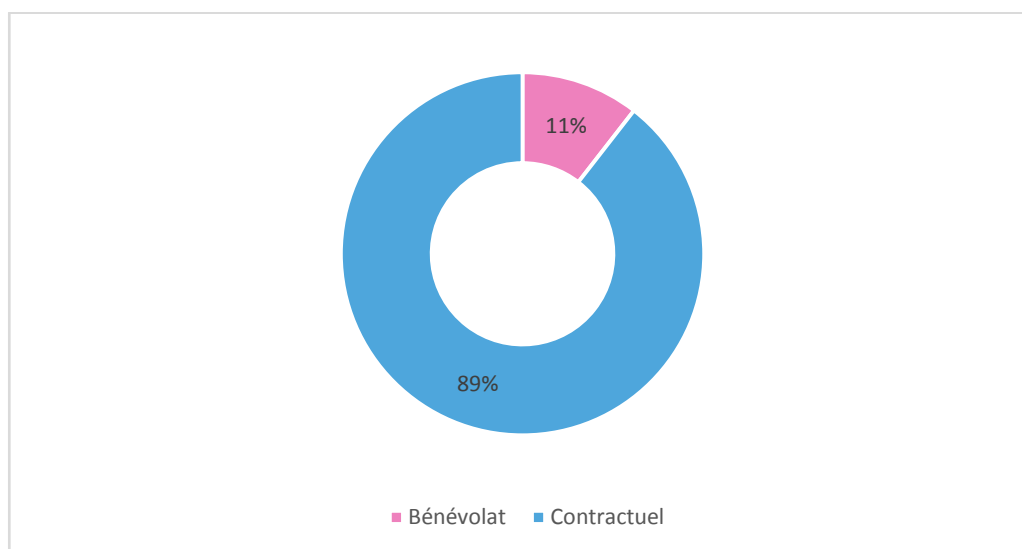


Figure 7 : Répartition en pourcentages des médecins résidents selon le type de contrat.

1.8. Nombre des gardes :

La moyenne des nombres des gardes durant les deux derniers mois qui précèdent la passation du questionnaire, des médecins est de $6,02 \pm 4,2$. Avec un minimum de 0 garde pour un pourcentage de 40% des médecins et un nombre maximum de 15 gardes pour 7,1% des médecins. (Figure 8)

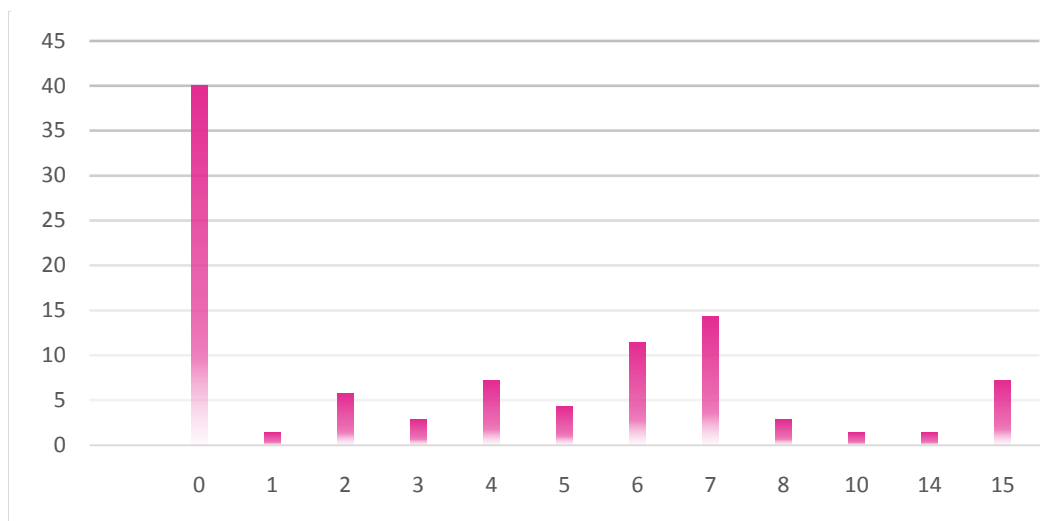


Figure 8 : Distribution en pourcentage du nombre des gardes des médecins durant les deux derniers mois.

1.9. Transport :

Les médecins qui ont besoin de moins de 10 min pour arriver à l'hôpital constituent 10%, 76% ont besoin de 10 à 30 min et 14% ont besoin de plus de 30min. (Figure 9)

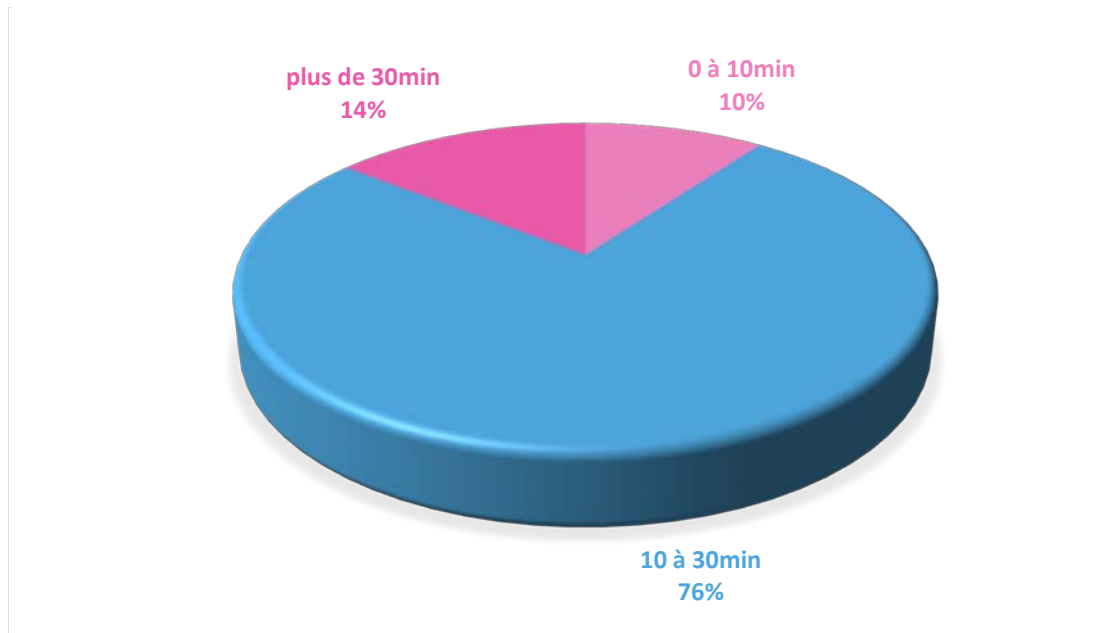


Figure 9 : Répartition en pourcentages des médecins selon le temps nécessaire pour arriver à L'hôpital.

1.10. Formation au sujet de l'empathie auparavant :

Seuls 10% des médecins participants à l'étude ont bénéficié de formation au sujet de l'empathie auparavant et 90% des médecins n'ont pas bénéficié de formation. (Figure 10)

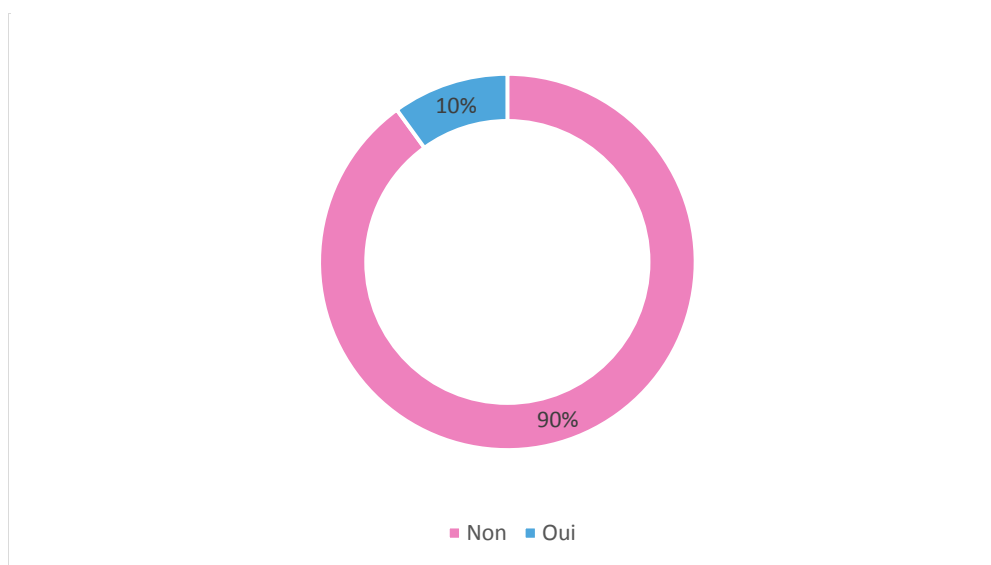


Figure 10 : Répartition des médecins selon la formation au sujet de l'empathie auparavant.

1.11. Antécédent familial de maladie chronique :

84% des médecins ont reconnu avoir un antécédent familial de maladie chronique.

Les endocrinopathies constituent l'antécédent le plus fréquent avec un pourcentage de 49%, suivies de cardiopathies à 8%. (Figure 11)

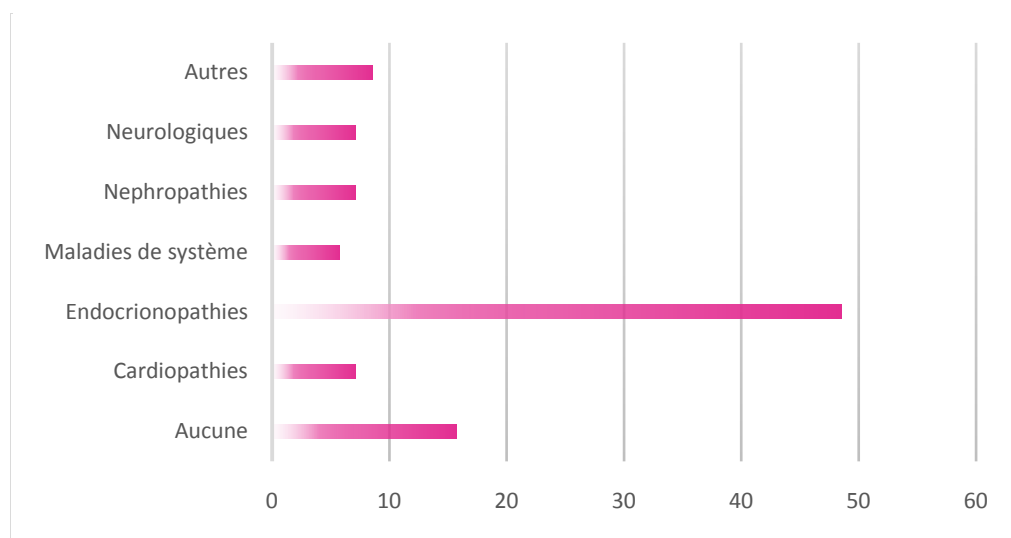


Figure 11 : Distribution en pourcentage des types des antécédents familiaux de maladie chronique chez les médecins.

1.12. Maladie chronique personnelle :

Dans notre étude, 22% des médecins déclarent avoir une maladie chronique personnelle.

Les endocrinopathies constituent les maladies chroniques les plus fréquentes avec un pourcentage de 10%, suivies de cardiopathies à 5%. (Figure 12)

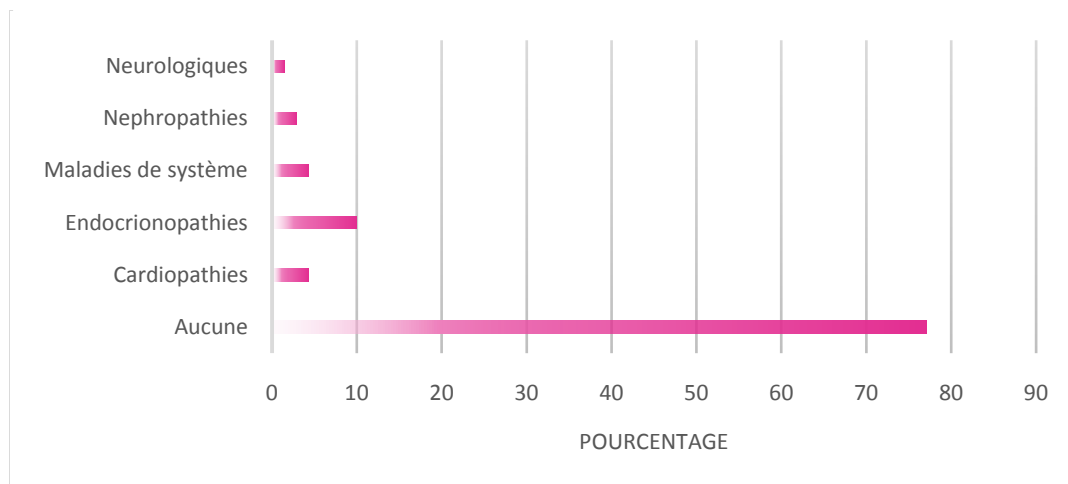


Figure 12: Distribution en pourcentage des types des maladies chroniques chez les médecins.

1.13. Suivi psychiatrique :

Dans notre échantillon, on trouve que 7% des médecins ont une maladie psychiatrique. (Figure 13)

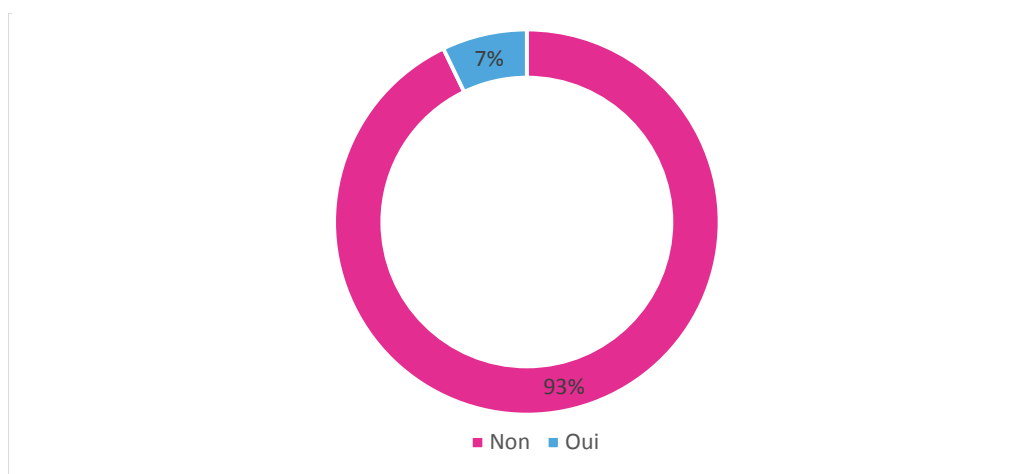


Figure 13 : Répartition en pourcentage des médecins internes et résidents selon la présence ou non de maladie psychiatrique personnelle.

Pour les médecins qui souffrent des pathologies psychiatriques, la dépression constitue 60% de l'ensemble de ces pathologies. (Figure 14)

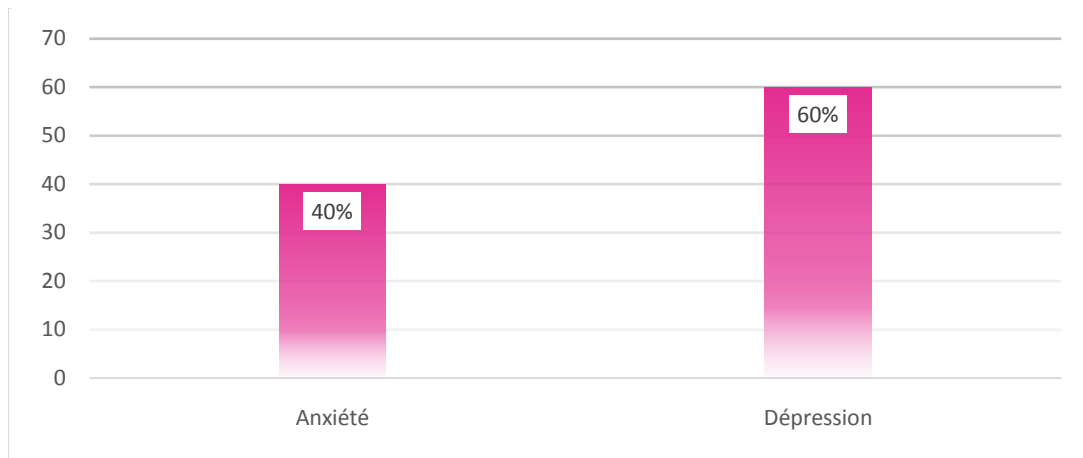


Figure 14: Distribution en pourcentage des types des maladies psychiatriques chez les médecins.

2. Echelle Jefferson d'attitudes d'empathie :

Dans notre échantillon, les réponses des médecins aux items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie étaient comme suit. (Tableau I)

Tableau I : Les moyennes des scores des médecins pour chaque Items de l'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie.

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie	Effectif	Moyenne du score	Ecart type
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical	70	4.00	2.200
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	70	6.29	1.181
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	70	3.33	1.683
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	70	5.67	1.501
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	70	5.17	1.711
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	70	4.06	1.864
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	70	3.16	1.908
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	70	3.30	2.229
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	70	5.24	1.748
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	70	5.71	1.552
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	70	2.60	1.907

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	70	2.49	1.726
13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	70	5.49	1.422
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	70	2.21	1.702
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	70	4.67	2.020
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	70	5.80	1.389
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	70	5.31	1.565
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	70	4.74	1.674
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	70	2.77	1.874
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	70	6.21	1.215

2/4/5/9/10/13/15/16/17/20	: items du sous échelle « prise de perspective »
1/7/8/11/12/14/18/19	: items du sous échelle « compréhension émotionnelle »
3/6/	: items du sous échelle « se mettre à la place du patient »

2.1. Jefferson total :

La moyenne des scores « Jefferson total » des médecins est de 88,15 +/- 10,93, avec un score minimal de 66 et un maximal de 120 (min = 66, max = 120).

10% (n = 7) des médecins ont un score « Jefferson total » de 85. (Figure15)

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

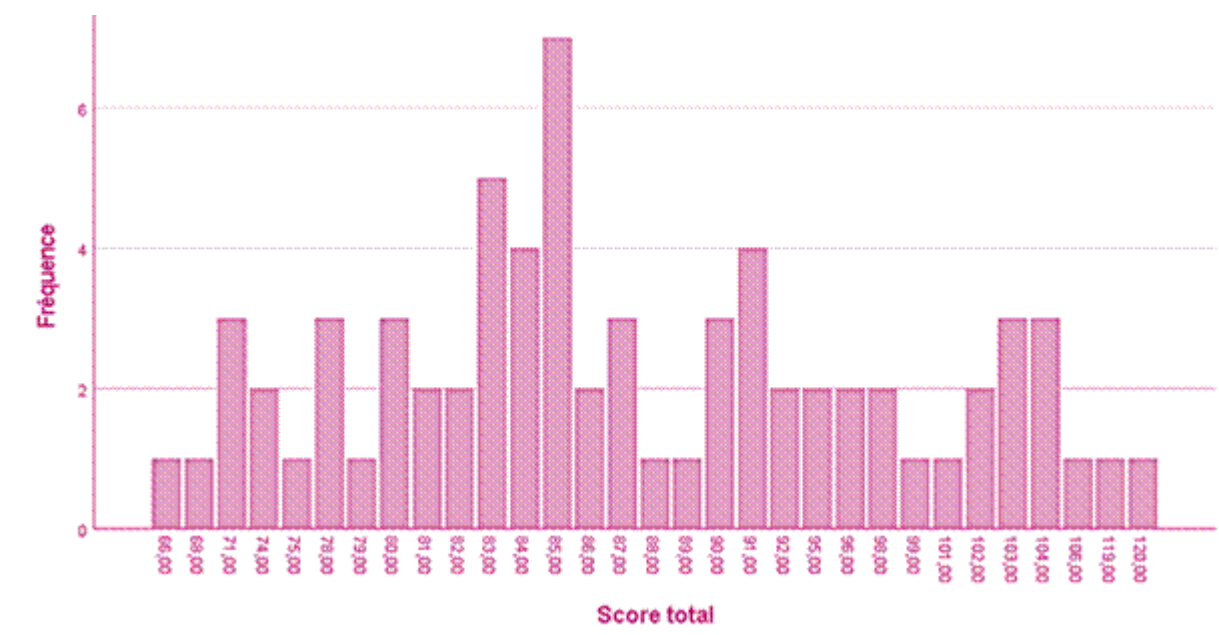


Figure 15 : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total » des médecins en fréquences.

Pour les médecins internes, la moyenne des scores Jefferson total est de $87,00 \pm 5,98$. Alors que pour les médecins résidents cette moyenne est de $85,85 \pm 7,96$ et pour les professeurs cette moyenne est de $90,50 \pm 13,81$. (Figure 16)

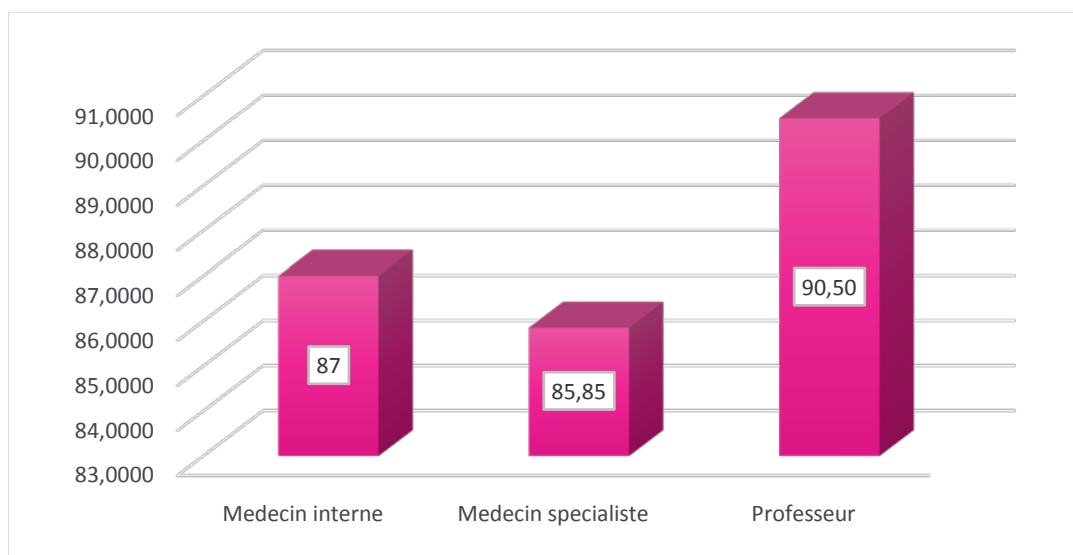


Figure 16: Les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins par statut professionnel.

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

Pour les médecins issus des services de médecine, la moyenne du score « Jefferson total », est de $86,73 \pm 11,30$. Alors pour ceux issus des services de chirurgie, la moyenne est de $90,17 \pm 10,52$. et pour ceux issus des services de réanimation, la moyenne est de $89,00 \pm 10,66$. (Figure 17)

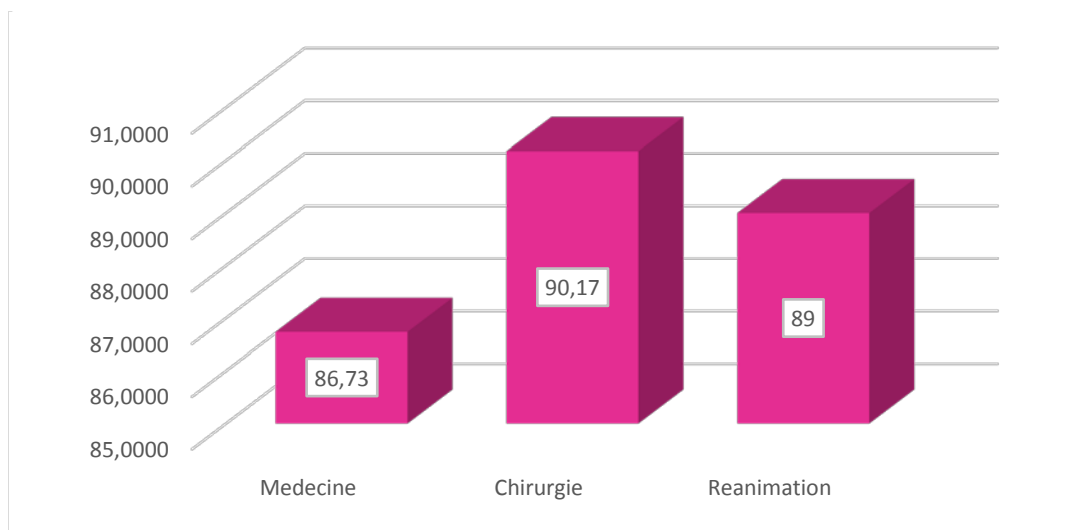


Figure 17 : Les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins selon le type de service ou de spécialité.

2.2. Prise de perspective :

La moyenne des scores « prise de perspective » des médecins est de $55,57 \pm 8,94$, avec un maximum de 70 chez 2,9% (n=2) des médecins et un minimum de 36 chez 2,9% (n=2) des médecins, 8,6% (n=6) des médecins ont un score de 64. 8,6 % (n=6) des médecins ont un score de 56. (Figure 18)

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

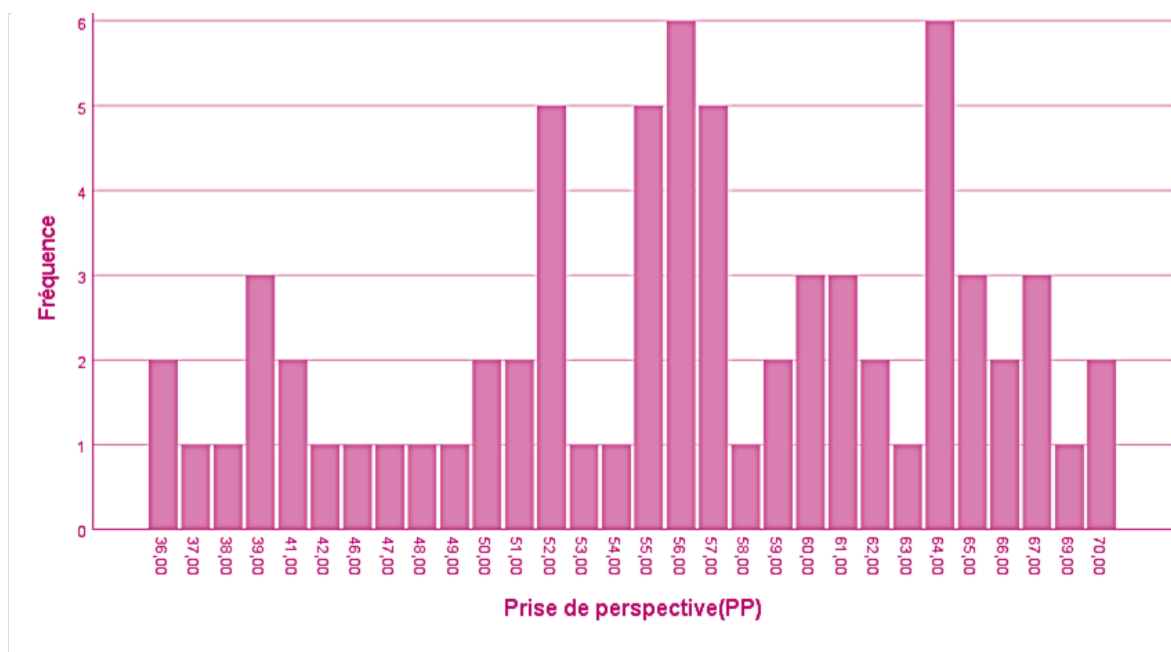


Figure 18: Les fréquences des scores « prise de perspective » des médecins.

Pour les médecins internes, la moyenne des scores « prise de perspective » est de $56,63 \pm 6,68$. Alors que les médecins spécialistes ont une moyenne de $53,96 \pm 8,98$.

Pour les professeurs cette moyenne est de $56,56 \pm 9,60$. (Figure 19)

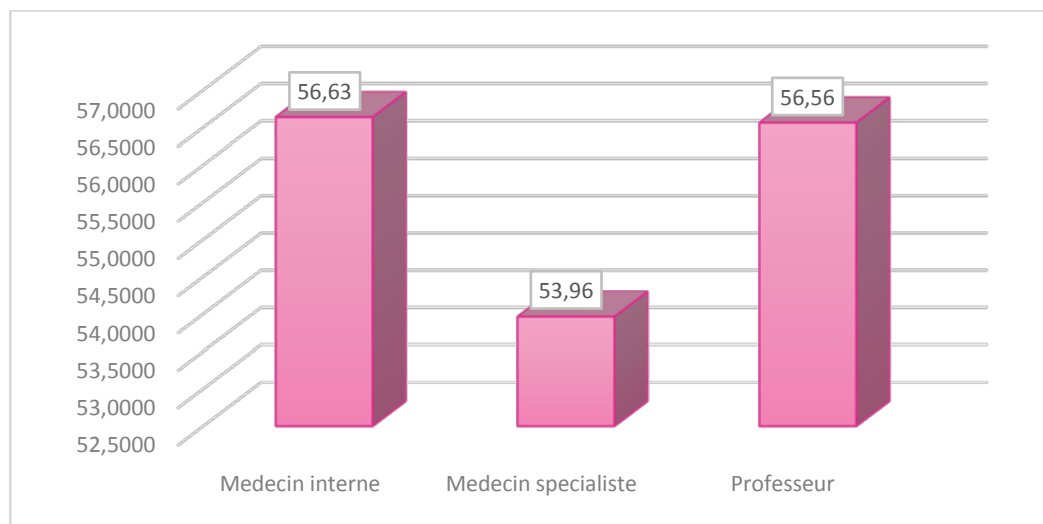


Figure 19: Les moyennes des scores « prise de perspective » des médecins par statut professionnel.

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

Pour les médecins issus des services de médecine, la moyenne des scores de « prise de perspective » est de $55,13 \pm 9,29$. Alors que les médecins issus des services de chirurgie ont une moyenne de $57,34 \pm 7,4$. Les médecins issus des services de réanimation ont une moyenne de $52,88 \pm 10,85$. (Figure20)

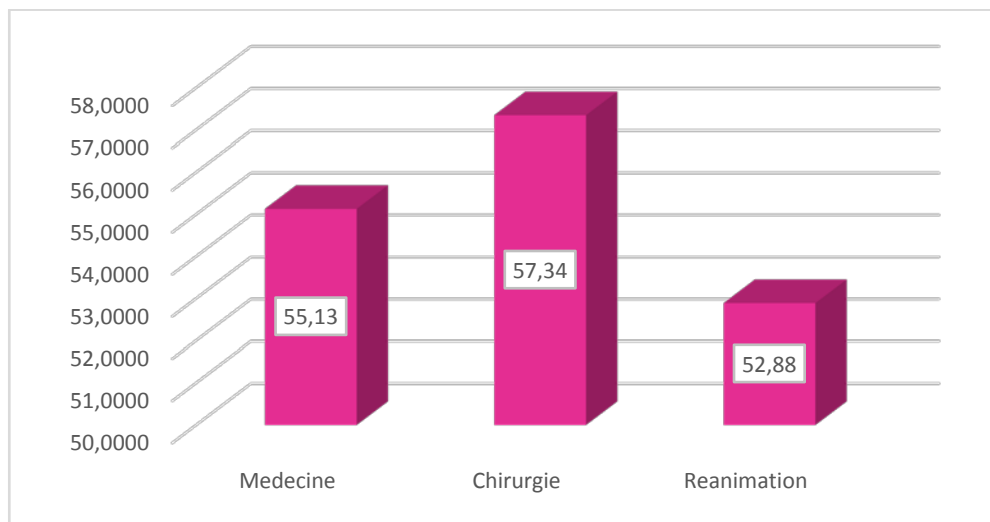


Figure 20 : Les moyennes des scores « prise de perspective » des médecins selon le type du service ou de spécialité.

2.3. Compréhension émotionnel :

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins est de $25,27 \pm 9,60$, avec un maximum de 55 chez 1,4% (n=1) des médecins et un minimum de 8 chez 1,4% (n=1) des médecins, 8,6% (n= 6) des médecins ont le score de 29. (Figure 21)

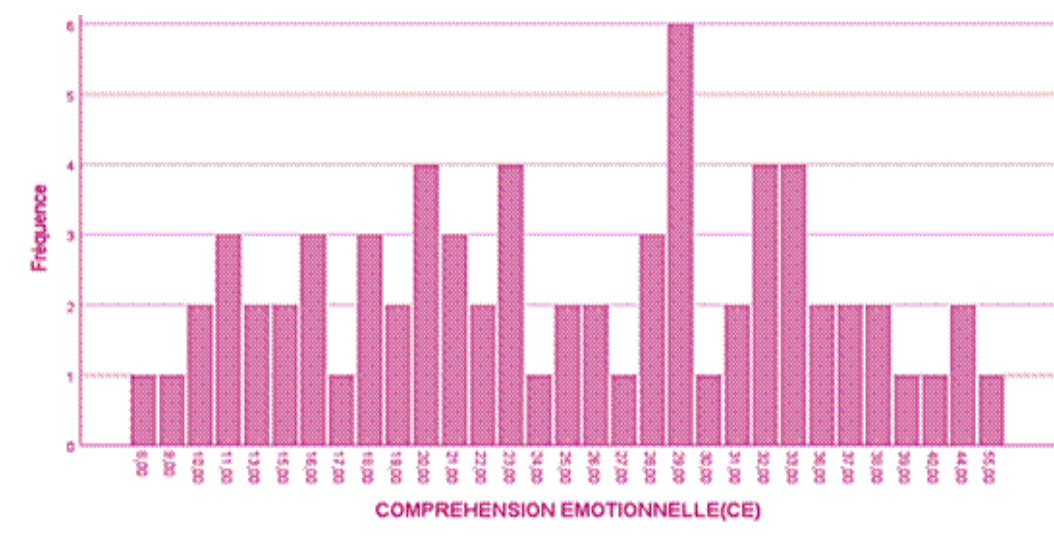


Figure 21: Les fréquences des scores « compréhension émotionnel » des médecins

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins internes est de $23,00 \pm 6,34$. Alors que les médecins spécialistes ont une moyenne de $25,00 \pm 8,35$.

Les professeurs ont une moyenne de $26,28 \pm 11,43$. (Figure 22)

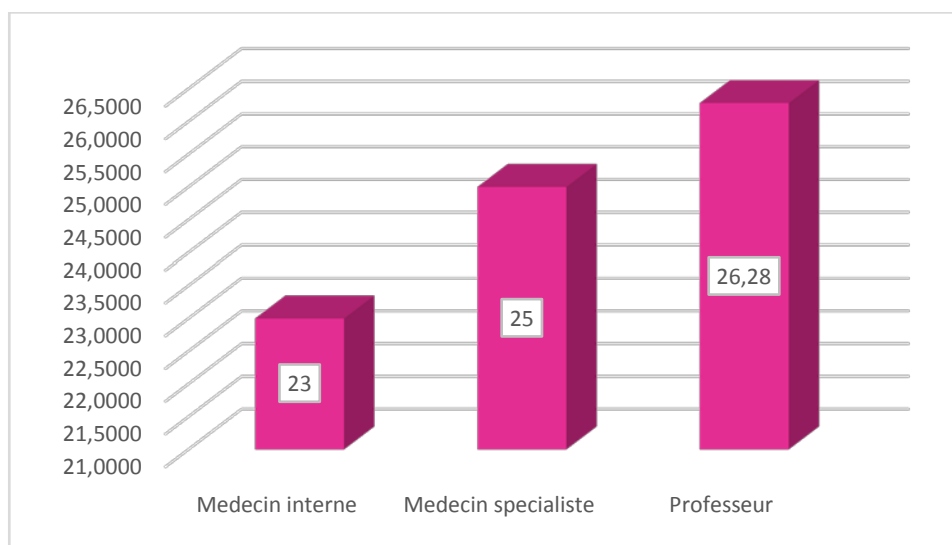


Figure 22: Les moyennes des scores « compréhension émotionnel » selon le statut professionnel du médecin.

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

La moyenne des scores « compréhension émotionnel » des médecins issus des services de médecine est de $24,10 \pm 9,56$. Alors que les médecins issus des services de chirurgie ont une moyenne de $25,26 \pm 10,36$. Alors que ceux issus des services de réanimation ont une moyenne de $30,22 \pm 6,57$. (Figure 23)

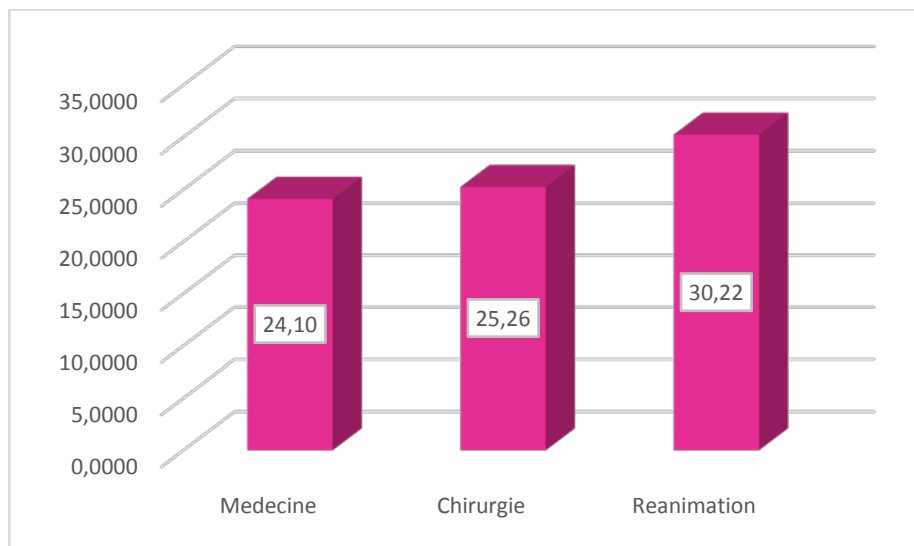


Figure 23: Les moyennes des scores « compréhension émotionnel » des médecins selon le type de service ou de spécialité.

2.4. Se mettre à la place du patient :

La moyenne des scores « se mettre à la place du patient » des médecins est de $7,38 \pm 2,99$, un maximum de 14 chez 2,9% (n=2) des médecins et un minimum de 2 chez 8,6% (n=6) des médecins, 25,7% (n= 18) des médecins ont le score de 8. (Figure24)

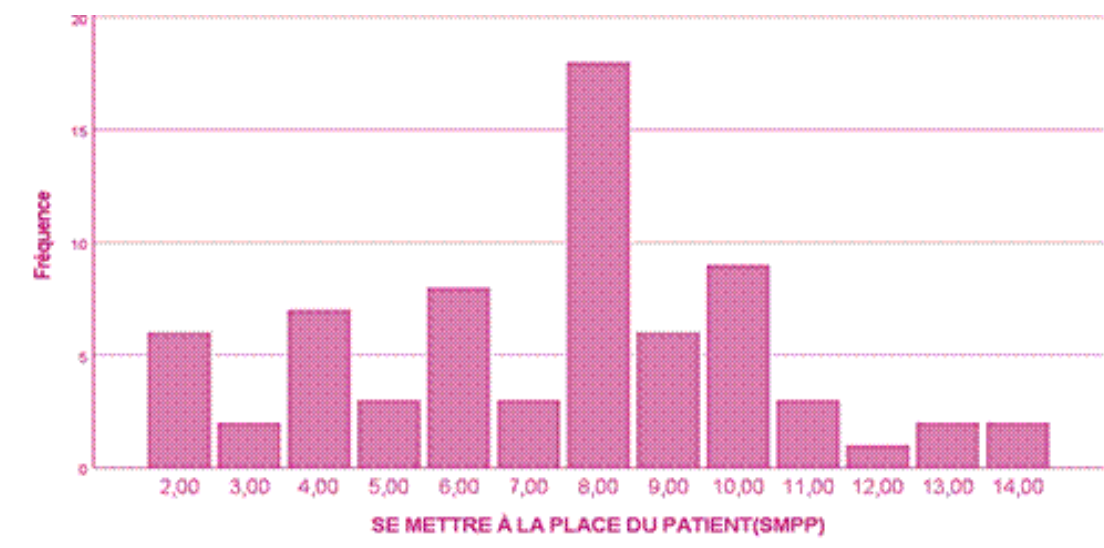


Figure 24 : Les fréquences des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes et résidents.

La moyenne des scores « se mettre à la place du patient » des médecins internes est de $7,81 \pm 2,08$. Alors que les médecins spécialistes ont une moyenne de $6,88 \pm 3,32$. Les professeurs ont une moyenne de $7,65 \pm 3,00$. (Figure 25).

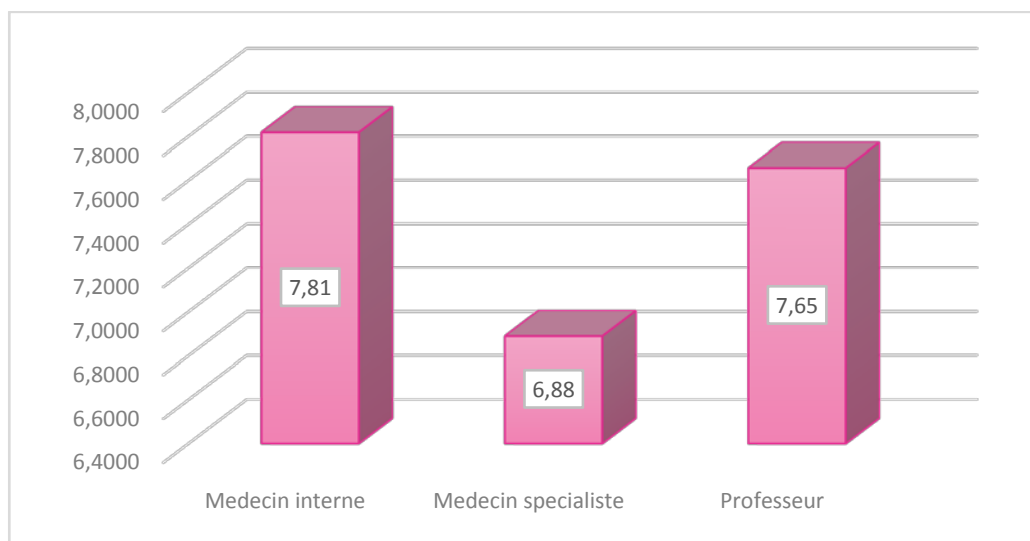


Figure 25: Les moyennes des scores « se mettre à place du patient » selon le statut professionnel du médecin.

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

Les médecins internes et résidents issues des services de médecine ont une moyenne des scores «se mettre à la place du patient» de $7,63 \pm 2,84$. Alors que les médecins issues des services de chirurgie ont une moyenne de $7,56 \pm 3,25$. Les médecins issus des services de réanimation ont une moyenne de $5,88 \pm 2,84$. (Figure 26)

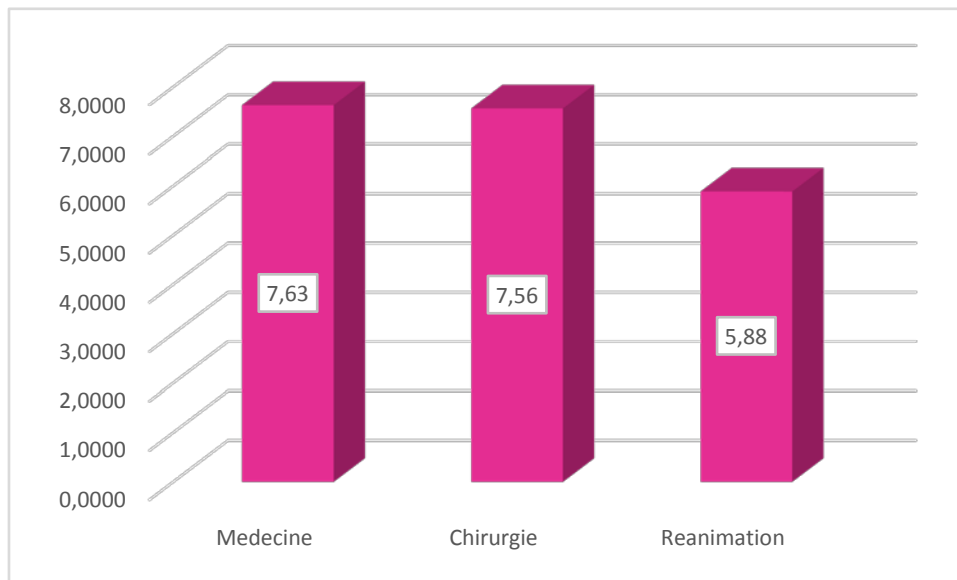


Figure 26 : Les moyennes des scores « se mettre à la place du patient » des médecins selon le type de service ou de spécialité.

3. Récapitulatif des résultats descriptifs :

Tableau II : Caractéristiques de la population des médecins.

Facteurs	Pourcentage	Moyenne/Médiane
Age : ▪ Entre 20 et 35 ans ▪ Entre 35 et 50 ans ▪ Plus de 50 ans	30 (42,9%) 33 (47,1%) 7 (10%)	37,33 ± 9,3
Genre ▪ Masculin ▪ Féminin	56 (80%) 14 (20%)	
Statut marital ▪ Célibataire ▪ Marié ▪ Divorcé	21 (30%) 45 (64,3%) 4 (5,7%)	
Nombre d'enfants • 0 • 1 • 2 • 3	31 (79,3%) 8 (11,4%) 17 (24,3%) 12 (17,1%)	2[1-3]
Statut professionnel : ▪ Médecin interne ▪ Médecin spécialiste ▪ Professeur	11 (15,7%) 27 (38,6%) 32 (45,7%)	
Type de service ou de spécialité ▪ Médicale ▪ Chirurgicale ▪ Réanimation	38 (54,3%) 23 (32,9%) 9 (12,9%)	
Type de contrat du résident ▪ Bénévolat ▪ Contractuel	4 (10,5%) 34 (89,5%)	
Formation au sujet de l'empathie ▪ Oui ▪ Non	7 (10%) 63 (90%)	
Transport ▪ 0 à 10 min ▪ 10 à 30 min ▪ Plus de 30 min	7 (10%) 53 (75,7%) 10 (14,3%)	
Antécédent familial de maladie chronique ▪ Oui ▪ Non	61 (12,9%) 9 (87,1%)	
Maladie chronique personnelle ▪ Oui ▪ Non	16 (22,9%) 54 (77,1%)	
Maladie psychiatrique personnelle ▪ Oui ▪ Non	5 (7,1%) 65 (92,9%)	

II. Etude analytique :

Nous avons réalisé une étude analytique basée sur la régression linéaire multivariée afin de préciser les facteurs affectant l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire d'Avicenne de Marrakech.

L'analyse statistique a été réalisé en calculant le "p" de signification pour chacun des facteurs étudiés, afin de déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) aux scores « Jefferson total » et les trois autres scores des dimensions de l'empathie.

Les moyennes des scores « Jefferson total » et des dimensions de l'empathie chez les médecins selon les facteurs étudiés étaient comme suivants :

Tableau III : Distribution des moyennes des scores « Jefferson total » chez les médecins selon les facteurs étudiés :

Facteurs	Moyennes du score « Jefferson total »	p-valeur	I.C.
Age : ▪ Entre 20 et 35 ans ▪ Entre 35 et 50 ans ▪ Plus de 50 ans	85.36 89.39 94.28	p = 0.011	[-1,924 ;13,941]
Genre ▪ Masculin ▪ Féminin	87.66 90 .14	p = 0.030	[-14,456 ;-0,748]
Statut marital ▪ Célibataire ▪ Marié ▪ Divorcé	89.33 87.73 86.75	p = 0.046	[-11,552 ; -0,1]
Statut professionnel : ▪ Médecin interne ▪ Médecin spécialiste ▪ Professeur	87.00 85.85 90.50	p = 0.859	[-0,517 ;6,186]
Type de service ou de spécialité ▪ Médicale ▪ Chirurgicale ▪ Réanimation	86.73 90.17 89.00	p = 0.253	[1,552 ;5,781]
▪ Transport ▪ 0 à 10 min ▪ 10 à 30 min ▪ Plus de 30 min	92.14 87.52 88.70	p = 0.779	[-6,095 ;4,590]
Antécédent familial de maladie chronique ▪ Oui ▪ Non	87.44 89.36	p = 0.469	[-1,837 ;0,856]
Maladie chronique personnelle ▪ Oui ▪ Non	84 .95 88.09	p = 0.858	[-2,426 ;2,097]
Suivi psychiatrique ▪ Oui ▪ Non	95.80 87.56	p = 0.020	[-1,042 ;18,295]

Tableau IV : Distribution des moyennes du score « Prise de perspective » chez les médecins selon les facteurs étudiés :

Facteurs	Moyennes du score PP	p-valeur	I.C.
Age : ▪ Entre 20 et 35 ans ▪ Entre 35 et 50 ans ▪ Plus de 50 ans	53.90 56.72 57.28	p = 0,034	[0,44 ;10,68]
Genre ▪ Masculin ▪ Féminin	55.03 57.71	p = 0.028	[-12,41 ; -7,98]
Statut martial ▪ Célibataire ▪ Marié ▪ Divorcé	56.38 55.68 50.00	p = 0.205	[-8,001 ;1,75]
Statut professionnel : ▪ Médecin interne ▪ Médecin spécialiste ▪ Professeur	56.63 53.96 56.56	p = 0.98	[-4,87 ;4,79]
Type de service ou de spécialité ▪ Médicale ▪ Chirurgicale ▪ Réanimation	55.13 57.34 52.88	p = 0,98	[-3,15 ;3,09]
Transport ▪ 0 à 10 min ▪ 10 à 30 min ▪ Plus de 30 min	62.57 54.60 55.80	p = 0.138	[-7,97 ;1,12]
Antécédent familial de maladie chronique ▪ Oui ▪ Non	56.33 54.09	p = 0.197	[-0,39 ;1,89]
Maladie chronique personnelle ▪ Oui ▪ Non	53.06 55.79	p = 0.23	[-3,09 ;7,62]
Suivi psychiatrique ▪ Oui ▪ Non	55.55 55.08	p = 0.94	[-8,54 ;7,92]

PP : Prise de Perspective

Tableau V : Distribution des moyennes du score «Compréhension émotionnel» chez les médecins selon les facteurs étudiés :

Facteurs	Moyennes du score « CE »	p-valeur	I.C.
Age : ▪ Entre 20 et 35 ans ▪ Entre 35 et 50 ans ▪ Plus de 50 ans	24.26 25.39 29.00	p=0.489	[-3,6 ;7,5]
Genre ▪ Masculin ▪ Féminin	25.44 24.57	p = 0.977	[-3,64 ;7,54]
Statut martial ▪ Célibataire ▪ Marié ▪ Divorcé	25.61 24.73 29.50	p= 0.423	[-6,47 ;6,29]
Statut professionnel : ▪ Médecin interne ▪ Médecin spécialiste ▪ Professeur	23.00 25.00 26.28	p = 0.912	[-7,48 ;3,18]
Type de service ou de spécialité ▪ Médicale ▪ Chirurgicale ▪ Réanimation	24.10 25.26 30.22	p = 0.129	[-4,99 ;5,58]
Transport ▪ 0 à 10 min ▪ 10 à 30 min ▪ Plus de 30 min	21.00 25.81 25.40	p = 0.220	[-0,78 ;6,04]
Antécédent familial de maladie chronique ▪ Oui ▪ Non	23.59 27.90	p = 0.072	[-1,89 ;8,05]
Maladie chronique personnelle ▪ Oui ▪ Non	24.58 25.27	p = 0.474	[-2,4 ;0,105]
Maladie psychiatrique personnelle ▪ Oui ▪ Non	24.89 30.20	p = 0.169	[-1,3 ;15,26]

CE : Compréhension Emotionnelle

Tableau VI : Distribution des moyennes du score « Se mettre à la place du patient» chez les médecins selon les facteurs étudiés :

Facteurs	Moyennes du score « SMPP »	p-valeur	I.C.
Age : ▪ Entre 20 et 35 ans ▪ Entre 35 et 50 ans ▪ Plus de 50 ans	7.36 7.27 8.00	p = 0.508	[-1,18 ;2,37]
Genre ▪ Masculin ▪ Féminin	7.17 8.21	p = 0.202	[-3,34 ;0,72]
Statut martial ▪ Célibataire ▪ Marié ▪ Divorcé	7.57 7.31 7.25	p = 0.451	[-2,34 ;1,05]
Statut professionnel : ▪ Médecin interne ▪ Médecin spécialiste ▪ Professeur	7.81 6.88 7.65	p = 0.917	[-1,59 ;1,77]
Type de service ou de spécialité ▪ Médicale ▪ Chirurgicale ▪ Réanimation	7.63 7.56 5.88	p = 0.326	[-1,62;0,54]
Transport ▪ 0 à 10 min ▪ 10 à 30 min ▪ Plus de 30 min	8.57 7.20 7.50	p = 0.868	[-2,04 ;1,12]
Antécédent familial de maladie chronique ▪ Oui ▪ Non	7.36 7.67	p = 0.834	[-0,44 ;0,35]
Maladie chronique personnelle ▪ Oui ▪ Non	7.302 7.11	p = 0.552	[-0,47 ;0,87]
Maladie psychiatrique personnelle ▪ Oui ▪ Non	7.20 9.80	p = 0,073	[-0,24 ;5,48]

SMPP : Se Mettre à la Place du Patient



DISCUSSION



I. Cadre conceptuel et définitions :

1. Généralités sur l'empathie :

L'empathie est considérée comme un phénomène naturel et social, elle est abordée dans de nombreuses disciplines telles que la philosophie, la sociologie, la psychanalyse et la médecine. Ceci résume bien la complexité du concept d'empathie et le nombre de définitions existantes[1].

Cela nous amène tout d'abord à revenir aux sources du terme « Empathie ».

1.1. Aux origines de l'empathie :

a. Origine esthétique :

Le mot empathie provient du terme allemand « Einfühlung ». Le théoricien Robert Vischer a créé ce mot pour la première fois en 1873 dans sa thèse « Sur le sentiment optique des formes; Contributions à l'esthétique » [2].

Ce mot a été, dans un premier temps, pensé dans le domaine de l'esthétique et de l'art. « L'Einfühlung » était une transposition de soi dans l'objet, en d'autres termes, une projection symbolique de soi dans l'objet perçu, qui nous le fait « sentir de l'intérieur » et qui nous permet de le comprendre pleinement [2].

En 1903, Théodore Lipps reprend ce concept : « L'Einfühlung » est la jouissance de soi-même dans un objet sensible. Il transposera cette théorie dans les objets animés et les individus. Ainsi, une personne ressent la même émotion que celle qu'il voit exprimer par un autre individu. Il formule également la théorie de l'imitation motrice, l'imitation de l'expression d'un individu nous fait ressentir la même émotion que celui qui la produit. Nous accédons avec cette notion à la connaissance du ressenti d'autrui [2].

Le terme « Einfühlung » sera repris quelques années plus tard par des philosophes anglais qui le traduiront en « Empathy », puis « Empathie » en français.

b. Origine fondamentale :

Dans ses premières définitions, le terme « Empathie » a été décrit comme étant une composante unifactorielle en rapport avec l'émotion de l'être humain envers le monde extérieur. Ceci a fait l'objet de plusieurs courants d'études littéraires et scientifiques donnant un aspect multifactoriel autour du sujet.

Dans les années 1960, le psychothérapeute Carl Rogers définit l'empathie comme : « La perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. » [3]

Pour Jean Decety, l'empathie désigne au niveau phénoménologique un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoigne des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine [4].

Ceci illustre l'aspect complexe et multidimensionnel de l'empathie, et rejoint les propos suggérant que l'empathie repose sur deux composants majeurs :

- **Une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont comme nous** : « un composant de résonance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel ».
- **Une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui** : « la prise de perspective subjective de l'autre qui est plus contrôlée et intentionnelle ». [5]

“L'empathie se présente donc bien comme un complexe multifactoriel, dont chaque composante résulte d'un mécanisme propre et interagissant avec l'autre”.

1.2. Pyramide de Tisseron :

Le processus empathique peut en effet être représenté sous la forme d'une pyramide constituée de trois étages superposés (Figure 27), correspondant à des relations de plus en plus riches, partagées avec un nombre de plus en plus réduit de gens [6].

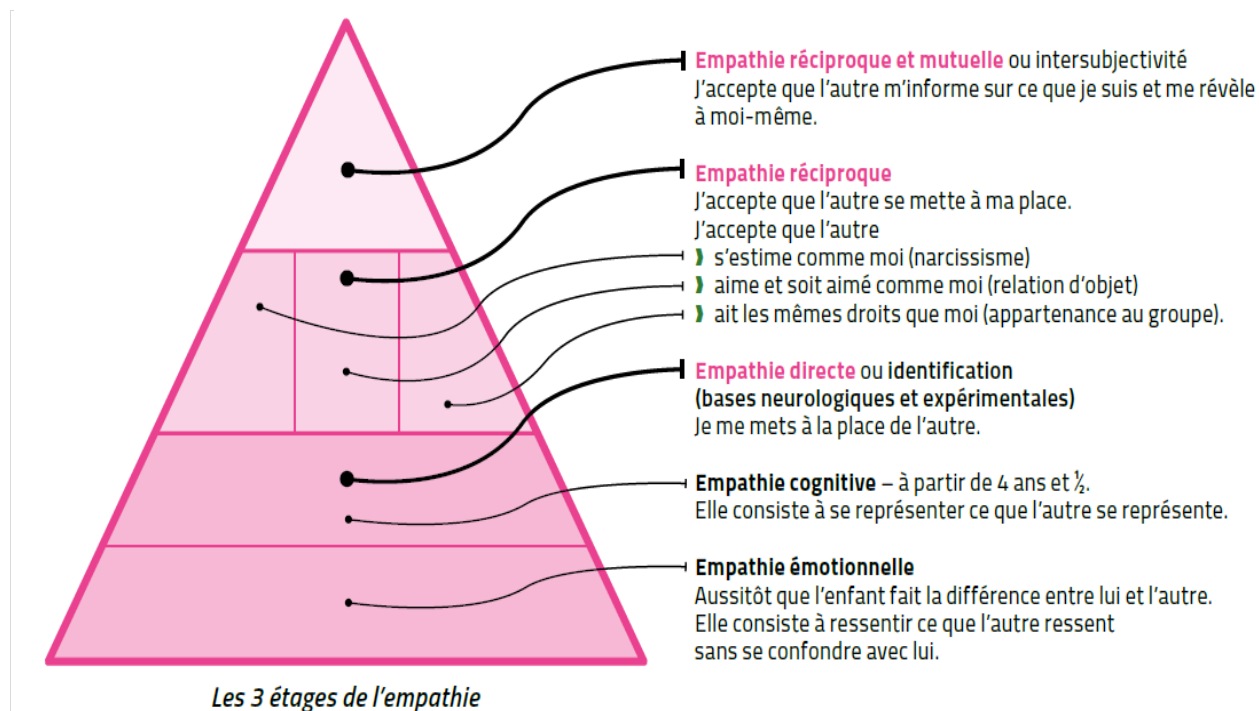


Figure 27 : Schéma récapitulatif de la pyramide de Tisseron.

a. Le premier étage : L'empathie directe (unilatérale) :

Elle correspond à une étape d'identification dans la mesure où personne ne peut vraiment se mettre à la place d'autrui. On peut donc la définir plutôt comme la capacité de changer de point de vue sans s'y perdre.

Elle a deux composantes car elle consiste à la fois à comprendre le point de vue de l'autre (l'empathie cognitive) et ce qu'il ressent (l'empathie émotionnelle).

b. Le deuxième étage : L'empathie réciproque :

C'est le fait de traiter autrui comme soi. A la différence de l'empathie directe, ses bases sont éthiques. Elle fonde la réciprocité. Non seulement je m'identifie à l'autre, mais je lui accorde le droit de s'identifier à moi, autrement dit de se mettre à ma place et, ainsi, d'avoir accès à ma réalité psychique, de comprendre ce que je comprends et de ressentir ce que je ressens. Nous percevons les autres hommes comme pourvus de sensibilité au même titre que nous et non pas comme de simples choses[7].

Le regard et les échanges mimiques et gestuels y jouent un rôle essentiel.

c. Le troisième étage : L'intersubjectivité :

Ce désir de validation par le regard d'autrui trouve son origine au début de la vie lorsque le bébé cherche une approbation de lui-même dans les yeux de sa mère. Il nous accompagne ensuite tout au long de la vie, et il trouve aujourd'hui dans les nouvelles technologies un support privilégié d'expression et de mise en scène [9].

Dans tous les cas, il suppose que je reconnaisse à autrui le pouvoir de m'informer utilement sur des aspects de moi-même encore inconnus de moi. Il s'agit de se découvrir à travers lui et de se laisser transformer par cette découverte.

“L'empathie est donc bien plus qu'un partage des vécus. La façon dont chacun éprouve ce que l'autre ressent n'en constitue que le premier étage. Dans sa forme complète, elle fait intervenir non seulement les sentiments éprouvés « pour » l'autre et « avec » lui, mais aussi la conviction partagée d'une complémentarité. L'empathie complète est autant intimité que réserve, abandon que discrétion”.

1.3. Définitions par négation :

Il est possible de définir l'empathie par opposition, et cela en déterminant ce qu'elle n'est pas :

a. Empathie et compassion :

L'empathie est en quelque sorte la capacité de se mettre à sa place pour la comprendre "de l'intérieur". Lorsque nous sommes empathiques, nous choisissons volontairement d'essayer de voir et de ressentir la situation comme l'autre; nous adoptons volontairement son point de vue, incluant les réactions émotives qui en font partie. Mais nous restons toujours conscients qu'il s'agit de l'expérience de l'autre.

Contrairement à ce qui se passe dans la compassion, dans l'empathie nous ne sommes pas nécessairement touchés (même si nous pouvons l'être). Pour être capable de compassion, il faut savoir être empathique. C'est en effet parce que nous saisissons ce que vit l'autre, que nous sommes amenés à être touchés [11].

b. Empathie et sympathie :

L'état psychologique de la sympathie est étroitement lié à celui de la compassion, de l'empathie [12]. Néanmoins, selon Wispé, la différence essentielle entre les deux phénomènes tient aux fins poursuivies [13]. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet.

L'empathie peut certes nourrir la sympathie, mais cette dernière n'est pas une conséquence nécessaire de la première et peut fort bien se passer de motifs altruistes. Comprendre en se mettant à la place d'autrui le chagrin qu'il éprouve n'implique pas qu'on le partage ou qu'on cherche à l'alléger [14]. Comme le souligne Wispé : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui. » [13].

c. Empathie et contagion émotionnelle :

La contagion émotionnelle est une composante de l'empathie. Dans ce cas, c'est se laisser envahir et reproduire, à l'identique, des émotions sans mesures, qui ne sont pas les vôtres mais celles d'autrui.

Cette contagion nous empêche de mettre de l'ordre dans nos émotions, c'est un processus inconscient qui est à double tranchant car s'il peut favoriser la cohésion dans une équipe par exemple, dans des situations de joie et d'enthousiasme pour constituer un cercle vertueux, il peut aussi avoir l'effet inverse et générer des cercles vicieux. Dans les deux cas, cette contagion pourra avoir des effets sur la performance de l'équipe.

L'empathie se différencie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne éprouve le même état affectif qu'une autre sans conserver la distance qu'on observe dans l'empathie [15].

“ Suite à ces réflexions, on peut donc définir l'empathie comme une aptitude intellectuelle à comprendre l'autre tout en excluant les sentiments personnels. L'empathie est simplement la capacité de percevoir les états mentaux de l'autre, elle n'est pas la tendance à s'en préoccuper [16]”.

1.4. Place des neurosciences dans le mécanisme d'empathie :

D'après Les avancées neuroscientifiques, la capacité à se représenter les émotions d'autrui et à le comprendre proviendrait d'un codage commun existant au niveau d'un même réseau neuronal. « Dans ce modèle, la perception des conséquences d'une action exécutée par une personne active dans le cerveau d'un observateur, a une représentation similaire à celle qu'il aurait lui-même formée s'il avait eu l'intention de l'exécuter. » [17].

Ce code commun est donc à l'origine des représentations partagées, dont le rôle semble essentiel dans le phénomène empathique, puisqu'elles permettent, dans la mesure où il n'est pas nécessaire d'avoir vécu un événement ou commis une action pour en connaître les

conséquences, d'expliquer pourquoi ce qui touche autrui peut également nous toucher nous-mêmes [18].

En effet, grâce à la technique de l'IRM, les scientifiques ont démontré que, lorsqu'on présente à des personnes des images de quelqu'un confronté à la douleur, un tiers des personnes ressentent une douleur au même endroit de leur corps, et que deux tiers sont « perturbées » sans ressentir elles-mêmes la souffrance. Autrement dit, chacun est capable d'éprouver des émotions en miroir de celles ressenties par autrui grâce à l'action de ce que l'on nomme « neurones miroirs ». [20]

Une nouvelle catégorie de neurones vient également d'être découverte ; Ils ont été baptisés « neurones canoniques ». Couplés aux neurones miroirs et grâce à leur action anticipatrice, ils nous dotent de possibilités tout à fait extraordinaires pour deviner, anticiper les intentions d'autrui et lui communiquer les nôtres. Les conséquences de ces découvertes sont nombreuses, elles permettent de mieux préciser ce qu'est l'empathie [24], notamment dans ses dimensions cognitivo-affectives.

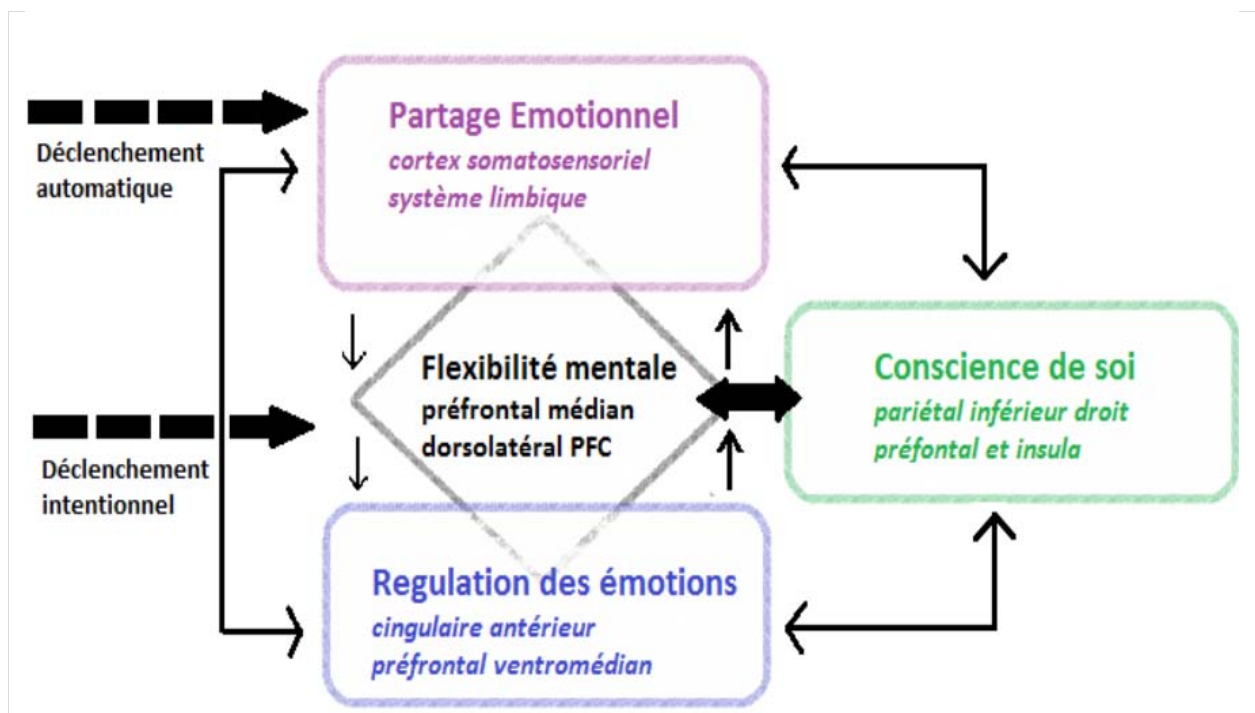
Le regroupement des données provenant d'études de neuro-imagerie montre qu'un réseau de neurones qui comprend le gyrus frontal inférieur et le lobe pariétal inférieur est nécessaire pour la reconnaissance de l'émotion et la contagion émotionnelle. D'autre part, l'implication du cortex préfrontal ventro-médian, de la jonction temporo-pariétale, et du lobe temporal médian dans l'autoréflexion et la mémoire autobiographique place ces régions clés comme nécessaires pour l'empathie cognitive.

Bien que les systèmes émotionnels et cognitifs semblent travailler de façon autonome, chaque réponse empathique peut provenir étroitement des deux systèmes, en fonction du contexte social. [26]

Enfin la dernière vision que nous exposerons ici, est celle de Jean Decety,

Il décompose l'empathie en 4 composantes, chaque composante étant basée sur un substrat neuronal spécifique [27] :

- **Le partage affectif (cortex somatosensoriel/système limbique):** c'est un mécanisme inconscient qui permet la perception des émotions chez l'autre. Celui-ci est apparu au cours de l'évolution chez les mammifères sociaux et apparaît très tôt dans le développement de l'enfant. Une explication possible de ce phénomène découle de la présence des neurones miroirs qui sont initialement impliqués dans un processus de résonance motrice. Ce phénomène peut être appliqué aux émotions. Une émotion que l'on va observer chez autrui activera les mêmes zones cérébrales impliquées dans l'expérience de cette émotion par nous-mêmes.
- **La flexibilité mentale, pour adopter le point de vue de l'autre (cortex préfrontal médian/dorsolatéral) :** « adopter une représentation explicite du monde subjectif d'autrui implique un mécanisme de découplage entre les informations en première personne (soi) et en troisième personne (autrui), tel qu'il est nécessaire dans la mentalisation » [27]. Contrairement au partage émotionnel, ce mécanisme est déclenché de façon intentionnelle.
- **La régulation émotionnelle (cingulaire antérieur/préfrontal ventromédian) :** elle permet de contrôler nos réactions émotionnelles face aux réactions d'autrui. Elle est indispensable dans le processus d'empathie pour ne pas vivre de manière trop intense et déplaisante nos réactions émotionnelles pouvant provoquer anxiété et détresse émotionnelle.
- **La conscience de soi (pariétal inférieur droit, préfrontal et insula) :** « la personne est consciente de la source et de la cible de ses sentiments » [27].



(PFC= Cortex préfrontal)

Figure 28 : Principales composantes impliquées dans le mécanisme d'empathie.

Toutes ces avancées neurologiques, aussi séduisantes soient-elles, ne suffisent pas à caractériser complètement l'empathie. Nous dirons seulement que ce sont les bases neurales qui président à ce que l'empathie puisse avoir lieu et c'est déjà remarquable, car elles lui donnent une assise neurobiologique qu'on méconnaissait jusqu'alors [24].

“nous savons aujourd'hui que tout individu est capable d'empathie, de par la structure même de son cerveau d'une part, et par l'universalité des émotions humaines d'autre part.”

2. Empathie et relation patient–praticien :L'empathie clinique

Afin de déterminer la place de l'empathie dans la relation de soins, il est important de connaître, en premier temps, les fondements de la relation patient–praticien.

2.1. Bases de la relation patient-praticien:

La relation praticien–patient est incluse dans la notion plus vaste de soignant–soigné. Elle repose sur trois composantes fondamentales :

- **La relation praticien–patient est profondément inégalitaire et asymétrique** puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue.
- **Cette relation est l'objet d'attente et d'espérance mutuelle** : le patient attend la guérison, la réhabilitation et le praticien, la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- **Elle a pour lieu d'échange le corps avant tout**, mais la parole a aussi sa place [28].

Bien qu'il existe plusieurs types de relation patient–praticien, on peut les regrouper en trois modèles principaux :

a. Le modèle paternaliste :

La relation praticien–patient a traditionnellement suivi ce que l'on pourrait nommer le « modèle paternaliste » ; Cette conception paternaliste de la médecine tire son origine de la pratique médicale grecque hippocratique : La décision est prise par le médecin selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non malfaisance (*primum non nocere, deinde curare*) [29].

Dans ce modèle, le praticien est persuadé de savoir et d'être objectif. Il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient [29]. Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance qui pourrait être explicité comme étant :

- Le devoir de ne pas nuire.
- Le devoir de prévenir le mal ou la souffrance.

- Le devoir de supprimer le mal ou la souffrance.
- Le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien. [30]

Le patient est perçu dans le modèle paternaliste comme n'étant plus une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie. Le praticien se positionne comme étant celui qui a le savoir. Il est un expert et pour sa part, le patient est dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du praticien et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de praticien [31]. Elle est donc inégale car le patient est en position basse, il souffre et demande de l'aide, alors que le praticien est en position haute, il peut aider grâce à son savoir et son savoir-faire [32].

Selon Balint, la relation soignant-soigné est une relation paradoxale dans laquelle coexistent deux niveaux différents :

- **Le niveau objectif** où le praticien examine, palpe, questionne sur les symptômes et administre un traitement.
- **Le niveau intersubjectif** de la relation affective mutuelle entre le soignant et le soigné, plus ou moins calqué sur la relation mère-enfant.

Ces deux niveaux sont importants et ne supportent pas d'être négligés. C'est pourquoi, technique et psychologie doivent avoir une place entière dans la relation soignante, quelle que soit la discipline.

Ce type de modèle est en général accepté pour les maladies aiguës.[33]

b. Le modèle informatif :

À l'inverse, dans une relation consumériste (modèle informatif), c'est le patient qui décide de ce qu'il souhaite en matière de santé, le praticien n'ayant qu'un rôle d'exécutant [34] [35].

Le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients mais c'est le patient qui prend sa décision.

Tableau VII : Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif.

Modèle	Paternaliste	Informatif
Synonymes	Praticien décideur	Patient décideur
Principes	Bienveillance	Autonomie
Culture	Latine	Anglo-saxonne
Fondements	Droit commun	Common law
Avantages	Protection/Réduction anxiété	Liberté/Décision Choix de vie
Risques	Pouvoir médical/Fausse idée de la toute puissance du praticien	Indifférence Irresponsabilité du praticien

c. Le modèle interprétatif :

Entre les deux types précédemment décrits, la relation dite « interprétative » permet au praticien d'explorer et de clarifier les attentes et préférences du patient, en jouant un rôle de conseiller, invitant au dialogue à tout moment de la consultation.

Le type interprétatif part du postulat que les attentes et préférences du patient ne sont pas forcément claires pour celui-ci, et que le praticien peut aider à les formuler [34] [35].

La relation avec le patient reste souvent pleine d'imprévus, au point que bien des praticiens se réfugient dans une approche technique de leur exercice. Stressés et déstabilisés par des craintes irrationnelles qu'ils ne peuvent anticiper en raison d'une formation essentiellement scientifique, ils passent à côté de nombreuses demandes de soin.

Vannotti, médecin psychiatre suisse, écrit en 2008 que « Parler du sens de la consultation avec des médecins préoccupés de ne pas se tromper quant à la nature et à la gravité de la maladie peut leur paraître secondaire. Leur mandat est celui de soigner et de contrôler la maladie.

C'est essentiellement de cette idée qu'on pourra apprécier l'importance de l'empathie comme compétence thérapeutique dans la relation de soins. Cela nous amène tout d'abord à définir l'empathie dans sa dimension médicale et thérapeutique, mieux connue sous le terme : «**Empathie clinique**».

2.2. Définition de l'empathie clinique :

Afin de définir ce qu'est l'empathie clinique, nous allons nous intéresser à une revue de la littérature parue en 1992 [37], où JM Morse définissait l'empathie comme formée de 4 composantes :

- **Morale** : une force altruiste intrinsèque motivant la pratique de l'empathie, fondée sur l'idée que « dans chacun existe une volonté naturelle d'aider ceux qui sont en détresse ou qui ont besoin d'aide ». Elle reprend également une proposition qu'avait annoncée Rogers [38], l'empathie demande, en partie, une acceptation inconditionnelle du patient.
- **Affective** : une capacité d'expérimenter subjectivement et de partager les sentiments du patient. C'est cette émotion que l'on va ressentir en voyant la détresse de l'autre qui va nous pousser à entrer dans l'empathie cognitive et affective.
- **Cognitive** : une capacité intellectuelle du praticien à identifier et comprendre les ressentis du patient et son point de vue de manière objective. Elle inclut la capacité à « comprendre, raisonner, analyser et critiquer le comportement d'un individu, ses expériences passées et des circonstances présentes au sein de la sphère plus générale de la connaissance scientifique».
- **Comportementale** : une capacité et manière de communiquer qui permet de véhiculer la compréhension de l'autre. Elle se fait de manière verbale ou non verbale.

L'empathie clinique serait donc de partager subjectivement les émotions et sentiments du patient et dans un même temps de pouvoir comprendre « intellectuellement » les expériences du patient de manière objective et enfin de pouvoir ensuite notifier au patient cette compréhension.

Pour M. Hojat, au sein de la relation médecin-malade, l'empathie est donc composée d'un attribut cognitif c'est-à-dire « une capacité à comprendre les expériences intérieures du patient et son point de vue » et d'une capacité à rendre cette compréhension au patient [39].

Toujours en parallèle, Mercer et Reynolds [40] définissent l'empathie en utilisant notamment l'approche de JM Morse, tout en se détachant du côté émotionnel de la définition, perçu plus comme une faiblesse. Ils intègrent également la notion que l'empathie serait une compétence que l'on pourrait acquérir et perfectionner plutôt que quelque chose d'inné et inhérent à un trait de personnalité. Pour eux l'empathie c'est la capacité à :

- **Comprendre** la situation du patient, son ressenti, son point de vue.
- **Exprimer** cette compréhension et vérifier si elle est correcte.
- Utiliser cette entente pour **aider** le patient dans la relation thérapeutique.

Preuve de la difficulté de cerner ce concept, Jodi Halpern, en 2003, insiste sur le rôle au contraire prépondérant de l'affect dans l'empathie. Pour elle, « l'empathie n'est pas simplement de mettre des étiquettes sur des émotions, mais de reconnaître ce que l'on ressent en vivant cette expérience. » [41].

Il s'agit d'essayer de se mettre en syntonie avec les émotions du patient, qu'elles soient exprimées de manière verbale ou de manière non verbale.

Le fait de ressentir les choses permet au médecin de détecter dans les gestes, le ton du patient, certaines émotions qu'il n'exprimerait pas à l'oral. En détectant ces réactions non verbales, nous pouvons adapter notre discours et notre comportement : revenir sur certains propos, faire une pause, changer le ton de notre voix. « La logique seule ne peut déterminer quels problèmes sont les plus importants. La syntonie non verbale dirige automatiquement l'attention vers les problèmes qui ont une signification émotionnelle pour le patient.» [41].

Elle utilise également le terme de « résonance émotionnelle » pour décrire ce phénomène. Un des aspects essentiels de l'empathie est cette résonance émotionnelle qui doit exister entre le praticien et son patient. Elle insiste aussi sur le fait que « l'attention du médecin ne doit pas être excessivement détournée vers l'introspection ». Il ne s'agit pas pour le médecin

de se focaliser sur les émotions qu'il ressent et de les analyser mais de se concentrer sur le patient [41].

2.3. Le Burn-out et l'empathie :

Le médecin peut être confronté à un excès de travail tant sur le plan quantitatif que qualitatif [42]. La surcharge qualitative désigne le fait de ne pas pouvoir réaliser son travail de manière satisfaisante, par manque de compétences ou manque de temps. Cela peut être vécu comme un échec par le praticien, qui remet en cause son savoir-faire clinique.



Figure 29 : Surmenage du médecin suite à la surcharge de travail.

La surcharge quantitative se manifeste par un trop plein de travail, de patients dans un temps limité, faisant de la journée de travail une course contre la montre [53]. Cependant, plus que l'amplitude horaire, c'est le nombre de patients suivis qui amènent à un surmenage. Notamment, l'écart entre le nombre réel de patients vus par jour et le nombre souhaité par le praticien contribue à l'apparition du burn-out [54].

De plus, l'anxiété ou la nervosité du patient est clairement un facteur de stress pour le médecin, ainsi une mauvaise relation avec les patients est un des trois facteurs de risque de burn-out augmentant la dépersonnalisation et la perte de motivation [55].

À l'inverse, de bonnes relations avec ses patients diminuent l'influence négative des exigences professionnelles. Une pratique régulière d'exercices de conversations permet au praticien d'améliorer nettement ses relations avec ses patients [56].

Le résultat final est donc la fatigue physique et émotionnelle grandissante. La distanciation peut se faire en considérant chaque patient seulement comme un symptôme au lieu d'une personne dans sa globalité. Le praticien peut toujours avoir de l'humour mais qui sera toujours accompagné de cynisme, maintenant une barrière à l'empathie [58].

Des auteurs mentionnent l'existence d'une relation entre burn-out et empathie [67]. Ils soulignent que le burn-out amène le praticien à développer une pensée négative liée à une diminution de l'empathie, et à une moindre implication positive envers les patients, ce qui se traduira par une moins bonne prise en charge de ces derniers.

Selon l'étude « Burn-out et empathie dans les soins primaires : trois hypothèses » [68], menée par l'équipe de F. Zenasni (sur 295 médecins généralistes qui ont répondu à l'échelle d'empathie clinique de Jefferson (JSPE), à l'échelle de Burn-out de Maslach, et l'échelle d'empathie de Toronto (TEQ)), le burn-out semblerait être un facteur de régression de l'empathie. En effet, le burn-out est en partie défini par une attitude de dépersonnalisation : il favoriserait la déshumanisation dans les interactions sociales et probablement une diminution significative de l'empathie globale.

“A partir de l'ensemble de ces considérations, l'empathie clinique serait donc un processus à la fois affectif, cognitif et comportemental, s'écartant de l'aspect paternaliste de la relation de soins sans pour autant être en forte identification au patient. Mais plus concrètement, quelles sont les conditions et les attitudes à adopter afin d'acquérir ce type d'empathie avec son patient ?”

2.4. Conditions nécessaires à l'établissement de l'empathie clinique :

Nous ne pouvons parler d'empathie clinique sans citer Carl Rogers [43] qui décrit trois conditions dont la compréhension empathique, nécessaires à l'obtention de ce climat dans toute relation et notamment dans la relation entre un thérapeute et son patient. Ces trois conditions sont :

- **L'authenticité ou la congruence** : « plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel, ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive. »
- **L'acceptation ou « le regard positif inconditionnel »** : « le thérapeute éprouve une attitude positive, non jugeante et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment... »
- **La compréhension empathique** : « le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de l'expérience que le client est en train de faire.

Cela signifie aussi que le thérapeute lui communique cette compréhension.»

Une fois ce climat bien défini, plusieurs outils sont indispensables à l'établissement d'une bonne attitude empathique :

a. La volonté d'écoute :

« L'écoute est génératrice de l'information » (Professeur Mansouri Nadia).

La base de l'empathie est l'écoute, «non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible.

Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs :

- Manifester cette attitude de compréhension.
 - Contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension.»
- [44].

En effet, beaucoup de patients plébiscitent les qualités d'écoute et de compréhension de leurs médecins [45] [46]. Cette attitude d'écoute de la part des professionnels de santé permet de créer un climat de confiance indispensable à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité.

Cependant, savoir écouter est assez difficile car peu de praticiens ont été formés pour écouter, pour se mettre dans la peau de l'interlocuteur. Voilà pourquoi bien des dialogues sont des doubles monologues. En prêtant une véritable attention aux messages que les patients délivrent, la relation de confiance s'installe rapidement et durablement. Une foule de renseignements précieux sera alors recueillie et permettra d'orienter le patient vers le meilleur choix dans son plan de traitement[47].

L'écoute doit essentiellement être passive afin de faciliter l'expression du patient, sans l'interrompre, en adoptant ce que les psychanalystes appellent la « neutralité bienveillante », c'est-à-dire en se gardant de tout jugement, de toute critique.

Dans ce contexte, une étude de Dedianne et al. (2003) souligne que les patients apprécient que les médecins ne les interrompent pas dans le cadre de leur échange [48].

b. La curiosité :

La curiosité est une attitude d'ouverture envers le patient, son environnement culturel, familial et social, pour saisir son fonctionnement dans sa globalité mais l'excès d'empathie serait l'inquisition ou l'indiscrétion. Il convient donc de trouver le bon positionnement [28].

Il ne s'agit bien évidemment pas de connaître les us et coutumes de chacun. Certaines nous deviendront familières au fil du temps, pour les autres, celles en tout cas que nous ne connaissons pas et qui pourraient nous surprendre, voire entraîner de notre part une attitude réprobatrice, il est toujours bon de se dire que l'autre est différent de soi et doit être respecté dans sa différence [24].

c. La patience :

La patience est une compétence qui s'acquiert avec l'expérience et suppose que le praticien consacre du temps et développe sa capacité à maîtriser ses émotions afin de parvenir à son acquisition. C'est aussi faire chaque jour un peu plus l'apprentissage de la tolérance[33].

d. La communication empathique :

L'empathie (communication empathique) permet au patient de coopérer bien plus efficacement au traitement. Communiquer avec empathie signifie répondre aussi aux émotions observées chez le patient durant l'entretien. L'empathie occupe une place centrale et incontournable dans l'entretien médical [49]. La communication fait partie intégrante de la pratique médicale et ne peut être déléguée à des tiers.



Figure 30 : Entretien médical axé vers le patient.

Un entretien de qualité et une communication efficace sont indispensables pour fonder une relation de confiance. Afin d'y parvenir, cela fait appel à deux éléments principaux auxquels le praticien doit prêter attention :

d.1. Le langage verbal :

D'après Charles-Daniel Arreto [28], l'effet d'un mot va dépendre de sa signification (ou dénotation) mais aussi de sa connotation.

Celle-ci dépend du contexte socioculturel de l'émetteur et du récepteur. Les mêmes mots sont donc loin de reproduire les mêmes effets. De plus, le sens des mots peut aussi varier en fonction de la voix de la personne qui les énonce [50].

Pour que la relation entre un soignant et un soigné puisse advenir, il faut que le langage utilisé soit compréhensible par le patient. Ceci est un témoignage de considération vis-à-vis du patient. Le soignant peut également demander au patient la confirmation de ce qui lui a été restitué. Ainsi, le patient a le sentiment que le soignant veut réellement comprendre l'état dans lequel il se trouve [51].

De plus, nous devons nous efforcer (en tant que praticiens) de poser des questions claires et précises, de parler lentement et en articulant, de simplifier les mots techniques et de choisir des images compréhensibles par le patient [52].

d.2. Le langage non verbal :

Il faudra donc que le soignant prête une attention toute particulière au langage non verbal et notamment au langage corporel du patient [55] [56]. Car ce qui est important dans l'aspect relationnel du soin, c'est « la capacité du soignant à réfléchir à cette relation et sur – celle-ci – que vont s'amener les conditions de soulagement de la personne » [58].

Tableau VIII : Eléments non verbaux intervenant dans le processus empathique.

	Expression non verbale d'attention
Position du Corps	S'asseoir, plutôt que de rester debout Garder le corps tourné vers le patient, le tronc légèrement penché vers lui
Expression faciale	Adopter une expression ouverte du visage Eviter de froncer les sourcils, ce qui indique la contrariété
Contrôle de la voix	Parler avec un débit qui donne le temps au patient d'assimiler le message Ajuster le timbre de la voix
Contact visuel	Prêter attention à la distance verticale et horizontale entre soi et le patient Garder le contact visuel en parlant avec le patient

e. La bonne distance thérapeutique :

Si une bonne écoute et des qualités d'empathie font appel à la sensibilité du praticien, elles lui procurent en retour l'exacte mesure de la distance qu'il lui conviendra d'instaurer avec tel ou tel patient pour ne jamais le distraire de la rigueur nécessaire à tout acte de soin.

Pour Alain Amzalag [58], l'idéal serait de savoir constamment garder du recul tout en établissant une relation humaine. Il faut au maximum éviter de rentrer dans une relation trop affective, afin de ne pas perdre sa neutralité et d'être perturbé lors du protocole. Selon lui, « Il est souvent nécessaire de se retrancher derrière une autorité pour retrouver la juste distance. » Avoir de l'empathie, être humain, comprendre les dimensions psychologiques de chacun ne signifie pas perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. Il est préférable de garder sa neutralité pour faire les meilleurs choix possibles et obtenir les résultats attendus. « Il ne faut pas confondre les relations humaines et les relations affectives ». Nous comprenons bien ici la nécessité et la difficulté d'éprouver une empathie équilibrée dans la relation de soin. Il faut savoir écouter ses émotions mais ne pas se laisser envahir.

Dans son ouvrage consacré à la distance professionnelle, le psychologue Pascal Prayez explique que la double écoute qui est au cœur du processus empathique permet d'atteindre un équilibre : «Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre» [59] [60].

Une bonne distance thérapeutique est la meilleure des préventions contre tous les litiges qui trouvent leur origine beaucoup plus souvent au cours des dysfonctionnements relationnels et communicationnels que professionnels.

“En somme, adopter ces différentes aptitudes permet d'augmenter l'efficacité relationnelle tout en développant un comportement assertif (art de faire passer un message difficile sans passivité mais aussi sans agressivité). En effet, force est de constater que deux excès guettent les praticiens dans les rapports avec le patient : un excès de rigidité et un excès de souplesse. Il est donc nécessaire de savoir s'affirmer sans être agressif ni prétentieux. Dire non sans offenser, est un élément essentiel, souvent dans l'intérêt du patient [61][62]. ”

Cela nous amène donc à nous focaliser sur l'intérêt de développer cette attitude empathique dans la relation de soins et ses éventuels effets sur les résultats thérapeutiques.

2.5. Apports et bénéfices de l'empathie clinique dans la relation de soins :

L'intérêt scientifique actuel pour l'empathie incite les praticiens à s'interroger sur la place qu'ils lui accordent dans leur pratique quotidienne. Ceux-ci auraient tendance à reléguer l'empathie au second plan, lui préférant des techniques qui répondent à la rigueur grandissante de la validité scientifique des moyens d'investigation et de soins. Pourtant l'empathie a tout autant sa place dans la relation de soins car il ne faut pas oublier que cette dernière est avant tout une rencontre entre deux individus [63].

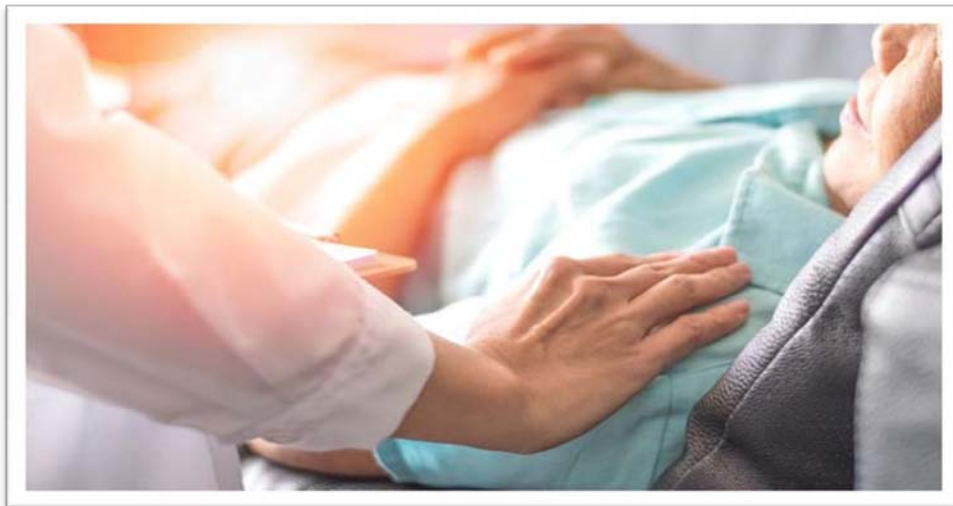


Figure 31 : Empathie médecin-patient.

Le rôle thérapeutique de la relation médecin-malade est connu depuis très longtemps et la littérature regorge d'écrits sur cette relation. Le but ici n'est pas d'en faire une revue exhaustive mais il est intéressant de citer les études insistant sur la dimension empathique et son impact sur le praticien et son patient.

a. Intérêt de l'empathie pour le praticien :

Pour le praticien, l'empathie est un atout :

- **Essentiel à la prise en compte des besoins du patient** : de part, une écoute et une compréhension empathique ainsi qu'une meilleure communication patient praticien [64].
- **Aidant à la mise en place des meilleures stratégies thérapeutiques** : en expliquant notamment au patient l'intérêt pour lui et sa santé d'établir un lien durable avec son soignant [64].
- **Elargissant la capacité diagnostique du praticien** : Une émotion que l'on comprend, c'est une émotion que l'on peut gérer, et avec l'expérience, utiliser.
- **Le travail du soignant sera plus efficace** : il créera une relation de confiance et aura un diagnostic plus précis [64].
- **Améliorant considérablement le confort de sa pratique et son bien-être** [65] : Car elle est le gage d'un plus grand respect du patient envers le professionnel de santé . « Le sentiment d'être respecté en tant que médecin et d'exercer une activité prestigieuse sont des conditions importantes pour le bien-être émotionnel dans cette profession » [66].
- **Permettant une satisfaction mutuelle entre les médecins et leurs patients** et diminuant ainsi les risques de conflits juridiques [67] [68] [71].
- **Contribuant également à améliorer la qualité de vie du praticien** en diminuant le risque de burn-out et de dépression [69] [70].

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations sur l'empathie, on peut en déduire qu'elle est un outil majeur à notre disposition dans la conduite de l'acte médical.

b. Intérêt de l'empathie pour le patient :

L'empathie permettrait au patient :

- **D'être reconnu et considéré en tant que personne** : être dans l'empathie, c'est de facto ne pas ignorer ou ne pas nier l'autre ; c'est le reconnaître dans son existence, dans sa vie même [72].
- **De se sentir compris** : notamment par l'utilisation d'un vocabulaire adapté. (comme nous l'avons évoqué dans le langage verbal) [72].
- **De lui donner la possibilité de s'ouvrir, de confier ses soucis, ses sentiments, d'exprimer des émotions plus profondes** : l'attitude d'écoute empathique permet au patient de comprendre l'intérêt que le praticien lui porte, et le désir sincère qu'il a de l'aider [73].
- **D'augmenter son adhésion thérapeutique** : si le patient se sent considéré, écouté, il sera davantage motivé et aura envie de mieux adhérer au projet de soin. Même si le plan de traitement conseillé est pertinent, s'il n'est pas accompagné d'une explication montrant son adéquation avec la demande initiale, le patient ne sera pas totalement convaincu, et donc pas totalement satisfait; d'où la nécessité de bien connaître son patient et de communiquer avec lui [74].

c. Effets thérapeutiques de l'empathie :

L'empathie envers le malade aurait en théorie des bénéfices sur sa santé psychique, son bien être, et sa santé physique (par l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin, entraînant une aide au diagnostic, et une meilleure compliance aux traitements). [64] [75] De plus, être au centre de la relation thérapeutique leur permet de s'impliquer et de s'autonomiser davantage dans la prise en charge de leur maladie, ce qui conduit par la suite à une meilleure adhésion au traitement [76] [77].

De même, Derksen réalise en 2013 une revue de la littérature et retrouve un lien entre la relation médecin-patient et l'empathie avec : une satisfaction augmentée du patient, une meilleure adhésion à son traitement, diminution de son anxiété, un meilleur diagnostic, et une meilleure évolution clinique [79].

Une étude espagnole montrait également que la moyenne de la pression artérielle systolique était plus basse chez les patients dont le médecin était plus empathique [80].

Neumann et al. ont réalisé un schéma de synthèse (figure 31) [81] qui montre comment un médecin ayant une communication empathique peut obtenir des résultats améliorés sur ses patients.

Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.

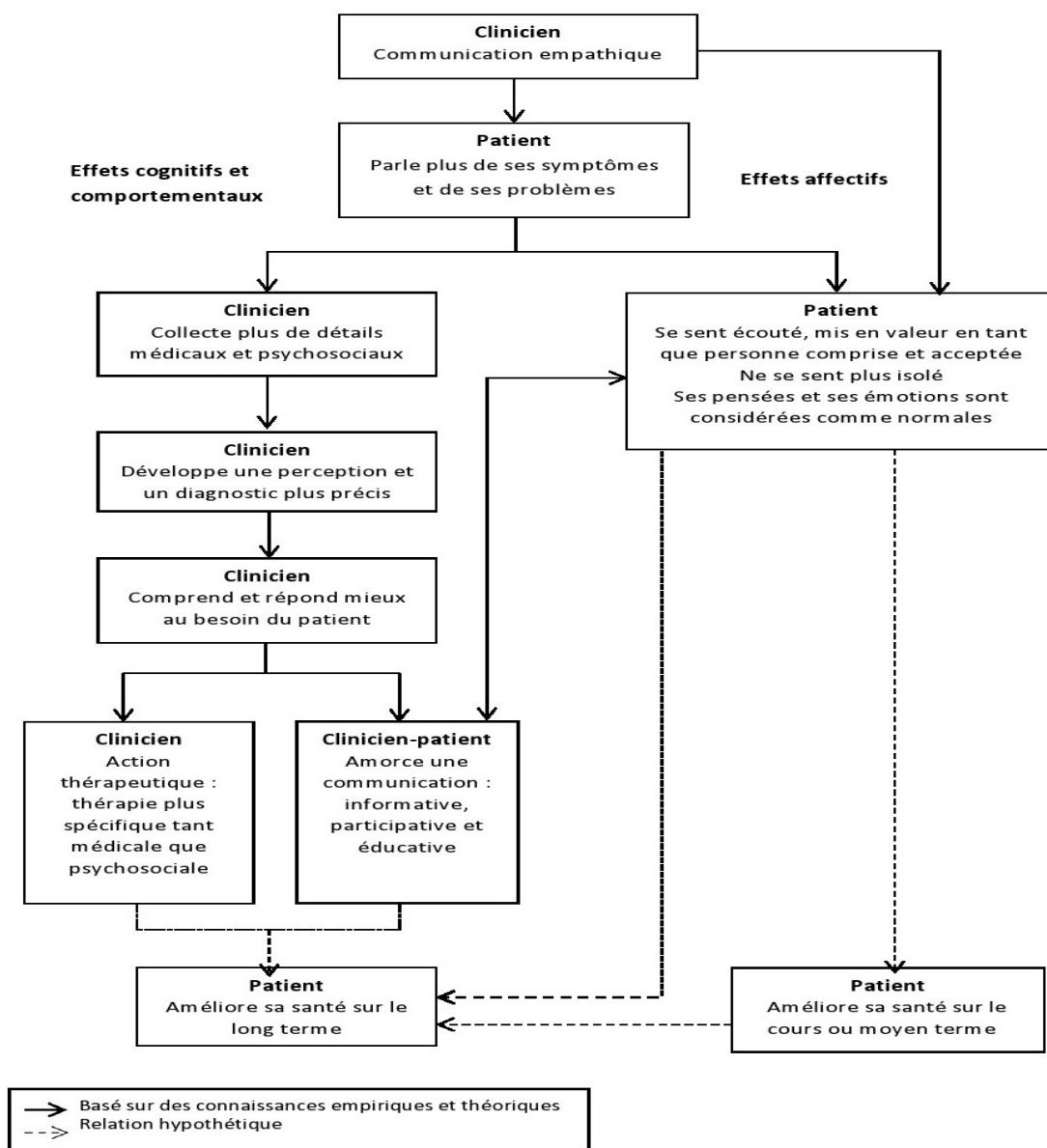


Figure 32 : Modèle de l'effet thérapeutique d'une communication empathique.

“Toutes les différentes données précédemment citées nous parlent de l'importance de l'humanisation des soins grâce notamment au phénomène d'empathie clinique, et de l'intérêt de prendre en charge le patient dans sa globalité. Cette attitude empathique aurait des répercussions bénéfiques tant bien sur la qualité des soins et l'issue des traitements, mais également sur la qualité de vie quotidienne du praticien qui veille à la développer.”

II. Applications et corrélations a l'étude :

L'objectif de ce travail est de mesurer l'empathie chez les médecins internes et résidents et chez les professeurs de médecine à travers l'échelle de Jefferson et de comparer nos résultats avec ceux des autres études malgré la rareté de ces dernières et pouvoir mettre en évidence les facteurs influençant l'empathie et son évolution, avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie, à travers les formations ou à travers la pratique.

1. Discussion des corrélations :

1.1. Facteurs associés aux scores de Jefferson total et aux trois dimensions de l'empathie :

a. âge :

Nos résultats mettent en évidence une association statistiquement significative entre empathie par le biais du score « Jefferson total » ($p=0.011$) et sa dimension « Prise de perspective » ($p=0.034$) et l'âge des médecins.

Nous observons que plus l'âge augmente plus le score de « Jefferson total » est élevé.

Ces résultats sont cohérents avec certains résultats trouvés dans la littérature notamment ceux des études française, iranienne et italienne [37,49,43].

b. Genre :

Au cours de notre étude on a trouvé une association statistiquement significative entre l'empathie et le genre par le biais du score « Jefferson total » ($p=0.03$) et sa dimension « Prise de perspective » ($p=0.028$).

Notre étude montre que les médecins femmes sont plus empathiques que les médecins hommes.

Ces résultats rejoignent ceux des études iranienne, coréenne et américaine [48,49,50]. Ils sont expliqués par le fait que les femmes sont plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprennent mieux les autres.

c. Statut marital :

Nos résultats mettent en évidence une association statistiquement significative entre empathie par le biais du score « Jefferson total » ($p=0.046$) et le statut marital de nos médecins. Nous observons que les médecins célibataires sont plus empathiques que les médecins mariés et divorcés.

Nos résultats contredisent ceux de la littérature notamment d'une étude française et iranienne [48,51] qui montrent que le fait de vivre en couple renvoie à un vécu personnel et au mode de relation du médecin avec l'autre. Par ailleurs, le fait d'être en couple renvoie peut être à la notion de bien-être, sans préjuger du lien de causalité ici encore. Une hypothèse serait alors que les médecins épanouis dans leurs vies personnelles sont plus empathiques. Nous pouvons supposer qu'un médecin épanoui est moins « parasité » par des idées préoccupantes, et fait face à moins de soucis. Dans cet état, il est certainement plus important à recevoir et à entendre la demande de l'autre et surtout la comprendre (dimension « Prise de perspective »). Cette hypothèse nous amène à discuter plusieurs points :

- Le fait de vivre en couple améliore-t-il l'épanouissement personnel ?

Pour répondre à cette question, plusieurs études se sont penchées sur l'influence d'une relation amoureuse sur le bien-être. Ainsi, K. Dush [59] retrouve que le fait d'être marié est associé à un bien-être plus important que les personnes vivant en concubinage, elles-mêmes présentant un bien-être plus important que les célibataires. Les auteurs vont également plus loin: les personnes heureuses en ménage présentent un niveau de bien-être plus élevés que les personnes en ménage malheureuse.

Enfin, lors d'analyses ajustées sur le fait d'être heureux en ménage, les auteurs retrouvent que les personnes en couple présentent encore un niveau de bien-être plus élevé. Ces résultats suggèrent qu'un phénomène explique le bien-être de personne en couple, indépendamment du fait d'être heureux en ménage. K. Dush fait l'hypothèse que la position

sociale participe à ce phénomène : vivre en couple est plus désirable socialement que le célibat.
[60]

d. Suivi psychiatrique :

Notre étude objective une association statistiquement significative entre le suivi psychiatrique et l'empathie de nos médecins ($p=0.02$). Nous observons que les médecins qui ont un suivi psychiatrique sont plus empathiques que les autres médecins.

Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Lin Carmel et al. [53] qui a comparé entre l'empathie des médecins avec suivi psychiatrique et les autres. Cette étude met en évidence que l'empathie des médecins consultant en psychiatre est plus importante que celle des autres médecins. Ceci peut être expliqué par la vulnérabilité émotionnelle de certains médecins suivis en psychiatrie ce qui augmente chez eux la taille interne et externe des récepteurs des stimuli émotionnels.

1.2. Absence d'association :

Chez les médecins, nos résultats mettent en évidence l'absence d'association entre l'empathie et ces différents facteurs notamment :

- ✓ Statut professionnel
- ✓ Type de service ou de spécialité
- ✓ Transport
- ✓ Antécédent familial de maladie chronique
- ✓ Maladie chronique personnelle.

a. Statut professionnel :

Nos résultats montrent l'absence d'association statistique entre empathie et le statut professionnel de nos médecins (médecins internes, spécialistes et professeurs). Pourtant, nous

observons que les moyennes des scores de Jefferson des médecins résidents sont inférieures à celles des médecins internes.

Plusieurs études objectivent que les internes deviennent moins empathiques en passant au profil de résident. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature et notamment des études faites en France [48, 62, 63]. Qui ont trouvé une association entre le degré des responsabilités au travail et les capacités empathiques des praticiens. Le degré de responsabilité au travail augmente chez les résidents et entraîne une irritation, une perte de motivation, une diminution d'investissement, de la fatigue, une humeur triste. Ceci explique la diminution d'empathie chez les résidents par rapport aux internes.

b. Type de service ou de spécialité :

Nos résultats objectivent l'absence d'association statistique entre l'empathie et le type de service ou de spécialité des médecins.

Pourtant, nous observons que les moyennes des scores de Jefferson des médecins issus des services de chirurgie sont supérieurs que ceux issus des services de réanimation et de médecine.

Ces données sont discordants avec la littérature notamment avec l'étude américaine coréenne et Italienne qui montrent que les médecins dont la spécialité est orientée vers la personne (Médecine) ont des scores significativement plus élevés que les médecins dont les spécialités sont plus techniques (Chirurgie).

c. Transport :

Notre étude ne permet pas d'associer le transport à l'empathie. Cependant aucune étude en littérature n'a étudié ce facteur dans sa relation avec l'empathie.

L'étude de ce facteur dans notre travail partait de l'hypothèse que les médecins avec un temps nécessaire pour arriver à l'hôpital plus court seraient plus empathiques. Et que ce confort permettra le développement des dimensions de l'empathie chez nos médecins.

d. Antécédent familial de maladie chronique :

Notre étude montre l'absence d'association statistique entre l'empathie et l'antécédent familial de maladie chronique de nos médecins. Pourtant, Les médecins sans antécédent familial de maladie chronique ont des moyennes des scores de Jefferson supérieures aux autres médecins.

Nos résultats sont discordants avec ceux des études françaises [64, 65] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie des professionnels de santé et la présence d'une personne à pathologie chronique dans la famille. Ces études expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu du praticien, ce qui permet aux gens vivant avec une personne à maladie chronique de développer une meilleure compréhension de ces patients (la dimension « Prise de perspective : Perspective Taking »).

e. Maladie chronique personnelle :

Nos résultats objectivent l'absence d'association statistique entre l'empathie et la maladie chronique personnelle de nos médecins.

Les médecins sans maladie chronique personnelle ont des moyennes des scores de Jefferson supérieures à ceux qui ont des pathologies chroniques.

Ces résultats nuancent ceux des études faites en France [71, 75] qui ont étudié dans une part la relation entre l'empathie et le fait d'avoir une maladie chronique. Ces études expliquent cette empathie par la notion du déjà vécu, ce qui permet aux gens souffrant d'une pathologie chronique de vivre la même expérience que les patients et donc de développer une meilleure capacité à se mettre à la place des patients (dimension « Se mettre à la place du patient : Standing in Patient's Shoes »).

2. Comparaison des résultats avec la littérature :

Concernant les moyennes des scores « Jefferson total » des médecins, quelques études étaient faites dans ce sens en mesurant l'empathie des médecins dans différents pays.

Les scores « Jefferson total » variaient d'une étude à une autre. Le tableau ci-dessous résume ces différentes études. (Tableau XIV)

Tableau IX : Comparaison des moyennes des scores « Jefferson total » de notre étude avec la littérature.

Etudes	Populations	Outils	Moyennes des scores «Jefferson total»
Paris – France	250 médecins en formation	JSPE	97,37
USA	162 médecins en formation	JSPE	101,57
Ingrid Vienne – Autriche	516 médecins en formation	JSPE	110,52
Nadja –Allemagne	127 médecins en formation	JSPE	113,26
Seved –Iran	1187 médecins en formation	JSPE	101,4
Seoul–Corée de Sud	229 médecins	JSPE	98,2
Rome– Italie	289 médecins	JSPE	115,1
Lyon – France	191 médecins en formation	JSPE	90,22
Madrid – Espagne	187 médecins en formation	JSPE	86,11
Notre étude (Marrakech – Maroc)	70 médecins	JSPE	88,15

JSPE: Jefferson Scale of Physician Empathy.

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Marrakech) avec les études faites en plusieurs pays notamment en Allemagne, Autriche, Corée de Sud, Espagne, France, Iran, Italie et les Etats Unis :

- En Iran (Seyed) [49], 1187 médecins en formation ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 101,4.
- En Italie, 289 médecins ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 115,1.
- A Marrakech, 70 médecins ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 88,15.

La moyenne des scores « Jefferson total » la plus élevée était de 115,1, en Rome, Italie .



LIMITES DE L'ETUDE



1. **Taille de l'échantillon limitée** : qui se compose de seulement 70 médecins participants. Cette taille réduite de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats à une plus grande population de médecins.
2. **Biais de sélection potentiels** : Étant donné que le questionnaire a été envoyé par e-mail aux participants, il existe un risque de biais de sélection, car les médecins qui ont choisi de répondre au questionnaire peuvent différer de ceux qui ont choisi de ne pas y répondre. Cela peut influencer la représentativité de l'échantillon.
3. **Biais de non-réponse** : En lien avec la limite précédente, le fait que le questionnaire ait pris du temps à remplir peut avoir contribué à un biais de non-réponse où certains médecins n'ont pas complété le questionnaire, ce qui peut affecter la validité des résultats.
4. **Auto-évaluation de l'empathie** : Comme le questionnaire se base sur l'auto-évaluation des médecins, il peut y avoir un biais potentiel, car les participants pourraient avoir une perception biaisée de leurs propres compétences en empathie.
5. **Temps nécessaire pour répondre au questionnaire** : Le fait que le questionnaire ait pris du temps à remplir peut avoir influencé la manière dont les médecins y ont répondu. Certains participants pourraient avoir répondu de manière moins réfléchie ou avoir été pressés, ce qui pourrait avoir un impact sur la qualité des données recueillies.



RECOMMANDATIONS



I. Projet d'un médecin empathique : Vers l'élaboration d'outils pédagogiques

Peut-on enseigner l'empathie ?

Selon certains auteurs, l'empathie ne peut être enseignée, juste favorisée.

Afin d'augmenter l'empathie des étudiants et des médecins. Il conviendrait de :

- Trouver des moyens de réduire leur stress.
- Sensibiliser les maîtres de stages constituerait une première approche.
- Favoriser la rencontre avec des modèles positifs sur le plan relationnel et de manière générale de développer la formation.

Pour ce faire, on peut proposer :

1. Formation sur les techniques de communication :

Il s'agissait de mettre l'accent sur des éléments verbaux (rythmes et ton de la voix reformulations, encouragements, situation de tension ...) ou non-verbaux (contact visuel, positionnement corporel, respiration, expressions faciales). Les ateliers de communication mettaient parfois l'accent sur des situations particulières : annonce d'une maladie grave, relations conflictuelles, demandes exagérées des patients, relations conflictuelles, entretien motivationnel, etc. Ces formations s'adressaient soit aux étudiants, soit à des médecins en exercice.[89]

2. Connaissances sur l'empathie et les émotions :

Des formations s'appuient sur des connaissances de la physiologie et du rôle des émotions. Ils se servaient entre autre de vidéo tournée avec des acteurs professionnels pour l'apprentissage de leur reconnaissance et de leur vocabulaire. Il utilisait plusieurs méthodes pour apprendre aux étudiants à reconnaître et nommer leurs propres émotions ainsi qu'à écouter celle des autres sans se sentir nerveux.[91]

4. Self-care/ self-awareness :

Pour ce faire il faut adopter des techniques de « pleine conscience » : présence, attention à soi et aux autres, méditation, analyse des objectifs, obstacles et stratégies dans une interaction, d'abord de son point de vue, puis de celui du patient [90].

5. Enseignement et mise en pratique du raisonnement médical et de la réflexion éthique :

Des pistes étaient données pour lier l'enseignement de l'éthique et de l'empathie. Le développement du jugement moral ne suffisait pas à développer l'empathie, mais améliorer une empathie universelle (non spécifique en fonction d'un individu ou d'un contexte) supportait chaque composante de modèle de Rest du développement moral [86].

Il était suggéré également qu'une réflexion sur certains aspects du raisonnement clinique est en lien avec l'empathie [90, 91].

6. Ecriture et analyse de récits :

Plusieurs formations utilisaient l'écriture de courts scénarios vécus, positifs ou négatifs, pour enseigner et renforcer certains aspects de la communication [89].

Certains proposaient d'écrire un récit du point de vue du patient.

La perspective dans laquelle ils sont écrits et une réflexion sur ces récits étaient soulignées comme nécessaires pour :

- Garder à l'esprit qu'il s'agit d'un exercice d'imagination qui n'est pas la réalité de l'expérience du patient,
- Garder son attention sur ce que ces récits apportent concrètement pour aider le patient, ne pas rester « entre médecins » à parler de, mais conduire à parler avec le patient. Car « Clinical empathy is incomplete when it does not lead to an attempt to help, and ethically empathic physicians move beyond psychological engagement to material aid »[87].
- Permettre une réflexion critique qui était spontanément absente de la majorité des essais écrits par des étudiants [88].

7. Arts :

Apprendre la diversité des expériences de la maladie ou de la souffrance par des récits, fictions, poésies [92].

8. Jeux de rôle :

Les américains utilisaient les séances de formation et d'évaluation des étudiants avec des patients standardisés dans de nombreuses études. Ils seraient plus particulièrement adaptés dans le cadre de l'empathie pour reconnaître les étudiants « dans les extrêmes », ne maîtrisant pas les bases de la communication médecin-patient. Les jeux de rôles avec des patients standardisés étaient avancés pour l'importance de s'entraîner : à focaliser son attention, à repérer les émotions et oser les nommer.

Un jeu de rôle intégrant l'enseignement des pathologies a une identification aux patients en tant que groupe était présenté : une loterie assignait en début d'année une pathologie spécifique à chaque étudiant. Celui-ci était chargé de développer pour le groupe des rapports sur la progression de cette maladie, en soulignant ses effets sur la vie sociale et privée[89].

9. Echanges et réflexion en groupe :

Comme l'écriture de scénarios, la pratique d'échanges en groupe était souvent associée à d'autres outils pédagogiques, de même que la réflexion guidée par des retours entre étudiants ou par les professeurs.

Il s'agissait parfois de discussions sur des forums protégés, notamment lorsque les différents lieux de stages étaient éloignés.

Plusieurs auteurs insistaient sur l'importance pour les enseignants d'instaurer un climat d'enseignement sécurisant, qui encourage la réflexion critique et permette d'évoquer des erreurs ou des difficultés sans se sentir jugé [93].

L'évaluation par les pairs, c'est-à-dire entre étudiants, par des commentaires lors d'apprentissages par la résolution de problèmes ou de nomination pour des distinctions mettant en valeur autant les compétences cliniques qu'humaines était proposée comme outil pour favoriser la prise de responsabilité et l'engagement auprès des patients [92].

10. Expérimentation : « se mettre à la place » :

Des psychiatres responsables du stage d'externat en psychiatrie avaient émis l'hypothèse de développer la compréhension empathique pour des patients psychiatriques en proposant un aperçu de leurs symptômes : les étudiants ont dû accomplir divers tâches tout en écoutant une simulation d'hallucinations auditives dans des écouteurs individuels.

Les résultats ont été concluants avec une augmentation des scores à la JSPE par comparaison à avant la formation, sans modification chez le groupe témoin [77].

11. Recevoir une évaluation par le patient :

L'importance de considérer le patient comme « expert » était soulignée par Garden. Une évaluation par le patient avait lieu principalement avec des patients standardisés.

II. Recommandations pour promouvoir son empathie :

La médecine est une profession d'endurance qui se singularise par l'engagement physique du praticien, l'implication émotionnelle incontestable, et une disponibilité H24 durant la vie professionnelle. Elle impose un mode de vie personnel particulier priorisant le travail, le sacrifice sans conditions de la vie personnelle et une implication automatique de l'entourage. Cela nous mène à la lumière de cette étude, à proposer des recommandations aux praticiens afin d'améliorer la qualité empathique :

- Communiquer davantage et accorder plus de temps à l'information du patient.
- Développer sa capacité de conviction.
- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un événement indésirable associé aux soins. [58,59]
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage): éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins.
- Améliorer la dimension relationnelle professionnelle et interprofession.
- Rationaliser le temps de travail.

- Parvenir à différencier ce qui est du ressort de l'organisationnel.
- Manager son environnement professionnel (contraintes logistiques, physiques, judiciaires, nouvelles technologies,)
- Instaurer une activité extraprofessionnelle (sportive,culturelle ...) pour une meilleure Sublimation du stress et maîtrise de l'émotion physique et émotionnelle grandissante.
- Reconsidérer constamment et équitablement sa vie personnelle, un garant d'une bonne santé professionnelle. [73,74]

Nous pouvons observer qu'il est difficile de conclure sur l'efficacité d'une technique permettant de promouvoir l'empathie. D'autant plus que ces techniques peuvent présenter une variabilité d'efficacité selon les modes d'études et selon les cultures de chaque pays.

Retenons ainsi que l'empathie, bien qu'indispensable, n'est qu'un outil et qu'il existe bien d'autres aspects nécessaires au médecin. S'il semble que l'empathie puisse être perfectionnée par l'apprentissage. D'autres études sont nécessaires afin de mettre en avant une technique ou une association de technique qui soient adaptées et efficaces.

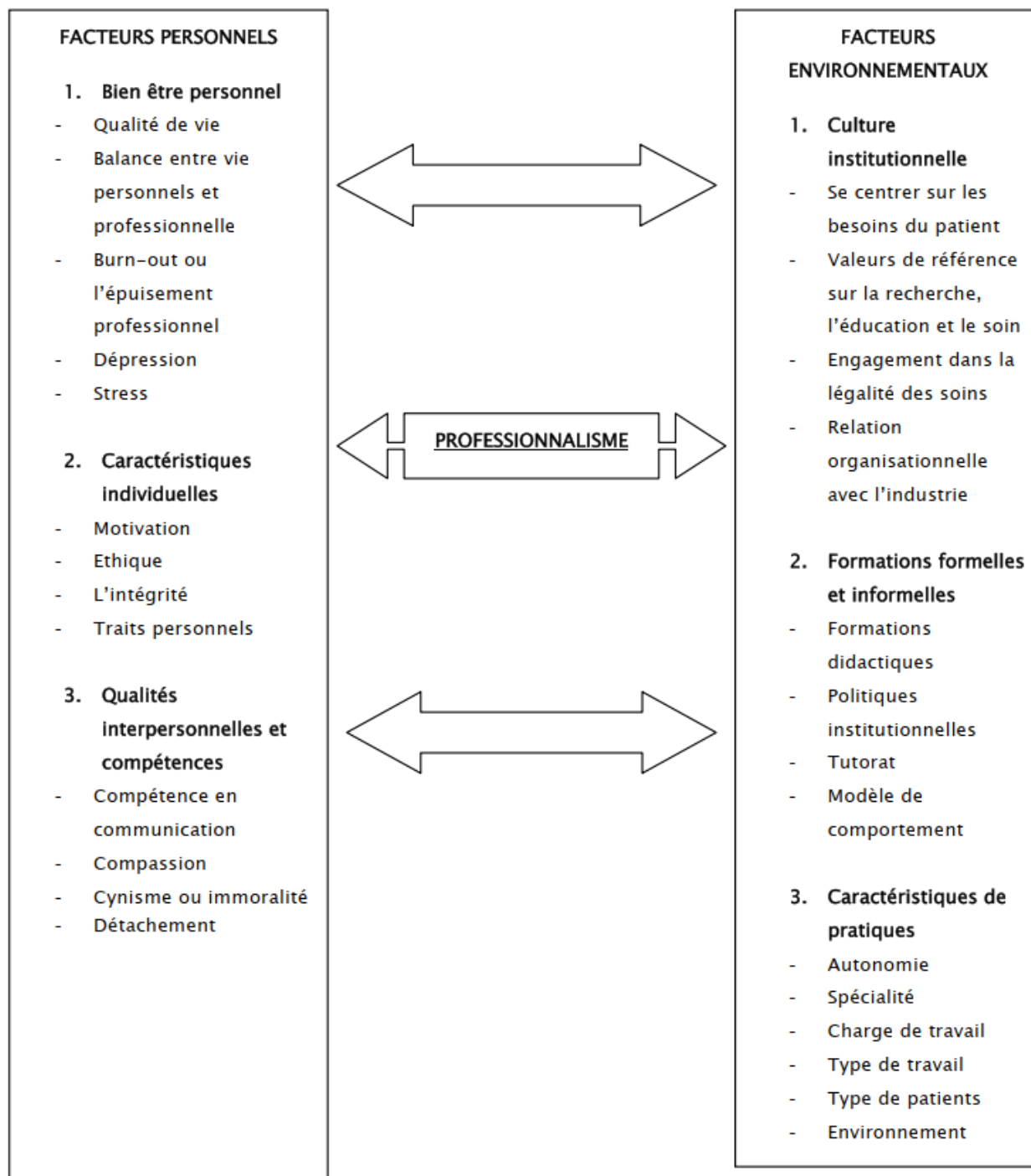


Figure 32 : Modèle des facteurs personnels et environnementaux contribuant au professionnalisme médical



CONCLUSION



Le concept d'empathie clinique s'affirme pleinement comme étant un outil majeur à la portée des médecins dans le processus d'humanisation des soins et l'une des principales compétences requises à une approche de soins centrée sur la personne du patient.

La personne du médecin a longtemps été jugée à tort par le « mythe » stéréotypé du médecin purement technicien, arrogant, et négligeant l'aspect relationnel des soins vis-à-vis du patient. C'est cette problématique qui a justifié notre étude d'avis auprès d'une communauté de médecins à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. En effet, notre travail nous a permis de mesurer concrètement et de manière objective, le degré d'implication émotionnelle de nos praticiens envers le patient tout en évaluant leur capital empathique.

Il en émerge clairement et conformément aux autres travaux de la littérature, que le médecin n'est pas uniquement un acteur de la relation de soins, mais il fait preuve d'une empathie profonde, camouflée, et d'un engagement émotionnel permanent envers la personne du patient, et ce malgré toutes les contraintes internes et externes qui régissent sa pratique.

Certes, l'empathie clinique est fondamentale dans toute pratique médicale mais les compétences nécessaires à une relation patient-praticien, basée sur la confiance et l'écoute mutuelles, sont souvent soumises à des dilemmes, partagés entre les valeurs professionnelles et culturelles des praticiens, les charges de travail à assumer quotidiennement, et les demandes variées des patients. Il en sort par ailleurs que cette empathie est influencée par d'autres facteurs approuvés par les résultats de notre travail et appuyés par plusieurs autres études mondiales notamment : qu'elle soit plus expressive chez les plus jeunes âges, les femmes, et les praticiens vivant en famille.

En se basant sur l'ensemble de ces considérations, et à la lumière de notre travail, nous avons pu proposer quelques pistes en vue d'améliorer la compétence empathique des médecins, notamment rationaliser le temps de travail et manager équitablement l'environnement administratif et celui du bloc opératoire, tout en instaurant une activité extraprofessionnelle aidant à sublimer le stress et la charge de travail accumulée.

Tout cela afin d'établir ce climat d'empathie recherché, permettant l'information adéquate du patient et une meilleure communication avec lui.

Cela nous permet d'arriver à la conclusion que l'empathie clinique, occupe une place centrale et incontournable dans toute relation de soins, et confère au médecin l'occasion d'établir un terrain d'écoute et de confiance mutuelles avec son patient, ce qui constitue sans doute la base de tout traitement médical réussi. Et comme l'avait si bien dit

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



RESUMES



Résumé

L'empathie est un concept qui a traversé plusieurs disciplines (allant de la philosophie esthétique jusqu'à la neurobiologie) et chacune des reprises de ce concept a conduit à un remaniement de sa définition. Mais au-delà de ces débats théoriques autour de l'empathie, celle-ci demeure certainement l'une des compétences relationnelles majeures dans la relation de soins, notamment dans sa dimension clinique.

Notre objectif était de mesurer l'empathie clinique chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, à travers l'échelle de Jefferson, et mettre en évidence les facteurs déterminant l'empathie. Ce travail a également été réalisé dans l'ambition de prodiguer des éléments concrets aidant les praticiens à acquérir et améliorer leur attitude empathique.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons demandé aux médecins de remplir un questionnaire anonyme préétabli constitué de deux parties :

- **Des données professionnelles et sociodémographiques.**
- **L'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie dans son adaptation française, évaluant l'empathie clinique des praticiens.**

Notre étude a compté 70 praticiens participants au total, dont 11 médecins internes, 27 médecins résidents et spécialistes et 32 professeurs.

Nous avons pu objectiver chez les trois groupes étudiés, une association commune et significative entre l'empathie et quelques facteurs l'influençant, notamment :

- **L'âge avancé.**
- **Le sexe féminin.**
- **Le statut marital.**
- **Antécédent personnel de psychothérapie.**

En conclusion, le praticien ne se contente pas de prodiguer des soins au patient mais il vit émotionnellement tout le processus thérapeutique avec lui. Afin d'améliorer la qualité empathique au sein de la profession médicale, le premier pas devrait être de rationaliser le temps de travail et de trouver le juste équilibre avec la vie personnelle, notamment en instaurant une activité extraprofessionnelle permettant de diminuer le stress et de sublimer la charge de travail accumulée. Cela va procurer au praticien la capacité de mieux communiquer avec le patient et avoir plus de temps pour bien l'informer.

Abstract

Empathy is a concept that has crossed several disciplines (ranging from aesthetic philosophy to neurobiology) and each of the resummptions of this concept has led to a reworking of its definition. But beyond these theoretical debates around empathy, it certainly remains one of the major relational skills in the care relationship, particularly in its clinical dimension.

Our goal was to measure clinical empathy among the doctors of the Avicenna Military Hospital of Marrakech, across the Jefferson scale, and highlight the factors determining empathy and its evolution in the three categories of practitioners studied, while trying to identify all the emotional commitment of the doctor to his patient. This work was also carried out with the ambition to provide concrete elements helping practitioners to acquire and improve their empathetic attitude.

For the realization of our work, we asked the practitioners of the Military Hospital of Avicenna of Marrakech to fill out a pre-established anonymous questionnaire consisting of two parts:

- **Professional and socio-demographic data.**
- **The Jefferson scale of empathy attitudes in its French adaptation, assessing clinical empathy of practitioners.**

Our study counted 70 participating practitioners in total, including: 11 internal physicians, 27 specialist physicians, 32 professors.

We were able to objectify in the three groups studied, a common and significant association between empathy and some factors influencing it, namely:

- **Advanced age.**
- **Female sex.**
- **Marital status.**
- **Personal history of psychotherapy.**

In conclusion, the practitioner does not just provide care to the patient but emotionally experiences the entire therapeutic process with him. In order to improve empathetic quality within the medical profession, the first step should be to streamline working time and find the right balance with personal life, in particular by introducing an extra-professional activity to reduce stress and sublimate the accumulated workload. This will provide the practitioner with the ability to better communicate with the patient and have more time to properly inform the patient.

ملخص

التعاطف هو مفهوم تجاوز العديد من التخصصات (من الفلسفة الجمالية إلى علم الأحياء العصبي) وقد أدى كل من أغلفة هذا المفهوم إلى إعادة تشكيل تعريفه. ولكن إلى جانب هذه المناقشات النظرية حول التعاطف، فإنها بالتأكيد تظل واحدة من المهارات العلائقية الرئيسية في علاقة الرعاية، خاصة في بعدها السريري.

كان هدفنا هو قياس التعاطف السريري لدى أطباء مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش، عبر مقياس جيفرسون، الذي يسلط الضوء على العوامل التي تحدد التعاطف وتطوره في الفئات الثلاث للممارسين الذين تمت دراستهم. كما تم تنفيذ هذا العمل بهدف تطوير عناصر ملموسة تساعد الأطباء على اكتساب وتحسين موقف التعاطف لديهم.

ولتحقيق عملنا، طلبنا من الممارسين في مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش ملء استبيان يتألف من جزأين:

- البيانات الاجتماعية - الديمغرافية.
 - مقياس جيفرسون لمواقف التعاطف في نسخته الفرنسية، وتقييم التعاطف السريري للممارسين.
- أحصت دراستنا 70 طبيباً ممارساً مشاركاً في المجموع، بما في ذلك: 11 طبيباً داخلياً و27 طبيباً متخصصاً. 32 أستاذ.

تمكنا من تحديد علاقة مشتركة وهامة بين التعاطف وبعض العوامل التي تؤثر عليه في المجموعات الثلاث التي تمت دراستها :

- الجنس الأنثوي
 - الحالة العائلية.
 - السن المتقدم.
 - التاريخ الشخصي للعلاج النفسي.
- في الختام ، لا يكتفي الطبيب بتقديم الرعاية للمريض ولكنه يعيش عاطفياً العملية العلاجية بأكملها معه. من أجل تحسين جودة التعاطف داخل مهنة الطب ، يجب أن تكون الخطوة الأولى هي ترشيد وقت العمل وإيجاد التوازن الصحيح مع الحياة الشخصية ، لا سيما من خلال إنشاء نشاط رياضي أو ثقافي موازي لتقليل التوتر ولتصعيد عبء العمل المتراكم. سيعطي هذا للطبيب القدرة على التواصل بشكل أفضل مع المريض وسيوفر له المزيد من الوقت لإبلاغه بشكل صحيح.



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Chers médecins /Chers Professeurs :

Dans le cadre des initiatives menées a la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, nous menons une étude sur l'empathie chez les médecins et les professeurs à travers l'échelle de Jefferson.

- L'empathie fait référence à la projection d'une personne dans la situation de l'autre.

- Nous vous rappelons que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs de l'empathie de nos médecins et nos professeurs.

Merci pour votre participation.

I. Première partie :

Question1 : Age : ans

Question 2 : Genre : Masculin Féminin

Question 3 : Statut marital :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuve/ Veuf

Si vous avez des enfants, nombre d'enfants :

Question 4 : Statut Professionnel :

Médecin interne Médecin spécialiste Professeur

Question 5 : Type du Service actuel : Médecine

Chirurgie

Type de contrat du résident : Bénévolat Contractuel

Nombre de garde par mois (durant les 2 derniers mois) :

Question 6 :

Est-ce que vous avez bénéficié d'une formation au sujet de l'empathie auparavant ?

Oui Non

Question 7 : Transport : Temps nécessaire en minutes pour arriver à l'hôpital :

0 à 10min 10 à 30min plus de 30min

Question 8 : Est-ce quelqu'un de votre famille ou de votre entourage à une maladie chronique ?

Oui Non

Si oui, quel type ?

Question 9 : Avez-vous une maladie chronique ?

Oui Non

Si oui, quel type ?

Question 10 : Etes-vous suivis pour une maladie psychiatrique ?

Oui Non

Si oui, quel type ?

II. Deuxième partie : «Echelle d'empathie de Jefferson»

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations.

Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle suivante.

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

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

Item du questionnaire Echelle Jefferson d'Attitudes d'Empathie du médecin	Pas du tout (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Tout à fait (7)
1/ Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical							
2/ Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.							
3/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.							
4/ Dans les relations soignant-soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.							
5/ J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.							
6/ Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.							
7/ Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.							
8/ Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.							
9/ Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.							
10/ Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.							
11/ Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec							

**Evaluation de l'empathie chez les médecins de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech :
Vers l'élaboration d'outils pédagogiques.**

mes patients n'ont pas d'influences significatives sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.							
12/ Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.							
13/ J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.							
14/ je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.							
15/ L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.							
16/ Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.							
17/ J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.							
18/ Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.							
19/ Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.							
20/ Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.							

Merci pour votre précieuse collaboration



BIBLIOGRAPHIE



1. **Botbol M, Garret-Gloanec N, Besse A.**
Au carrefour des sciences et de la clinique.
DOIN. 2014. 313 pages.

2. **Caliandro S.**
Empathie et Esthésie : un retour aux origines esthétiques. *Revue Française de Psychanalyse, 2004/3; 68:791-800.*

3. **Rogers C.**
Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach.
Person-Centered Review, 1(3), 257-259.

4. **Decety J.**
L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales.
Neuropsychiatrie: Tendances et Débats. 2004;(23).

5. **Decety J.**
L'empathie, une spécificité humaine ?
Le Monde.fr [Internet]. [cité 2012].
Disponible sur : http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-unespecificite-humaine_331910_3328.html.

6. **Tisseron S.**
L'Empathie, au cœur du jeu social.
Paris: Albin Michel. (2010).

7. **Honneth A.**
La réification. Petit traité de théorie critique.
Paris : Gallimard, (2007).

8. **Tisseron S.**
L'intimité surexposée.
Paris : Hachette, (2002).

9. **Tisseron S.**
Virtuel, mon amour : penser, aimer et souffrir à l'ère des nouvelles technologies. *Paris : Albin Michel. (2008).*
10. **Tisseron, S.**
L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?
Médecine Des Maladies Métaboliques, 5(5), 545-548. (2011).
11. **Compassion — [Internet]. [cité 2015].**
Disponible sur:<http://www.redpsy.com/guide/compassion.html>
12. **Sympathie — Wikipédia [Internet]. [cité 2015]. Disponible sur:**
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Sympathie>
13. **Wispé, L.**
The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed.
Journal of Personality and Social Psychology, 50, 2: 314-321. (1986).
14. **Pacherie, E.**
L'empathie et ses degrés". In L'empathie, sous la dir. de A. Berthoz & G. Jorland. *Paris: Editions Odile Jacob, pp. 149-181. (2004).*
15. **Empathie –WikiMediation [Internet]. [cité 2015].**
Disponible sur:<http://fr.wikimeditation.org/index.php?title=Empathie>
16. **Definition du mot empathie — [Internet]. [cité 2015].**
Disponible sur: <http://definitionmot.fr/empathie/>
17. **Vetlesen AJ.**
« Perception, empathy, and judgment: An inquiry into the preconditions of moral performance »
Pennsylvania State University Press, (1994).

18. **Eisenberg N.**
« Emotion regulation and moral development. »
Annual Review of Psychology, 51 : 665–697. (2000).

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

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

21. **Thompson E.**
Empathie et expérience humaine : essai de circulation mutuelle entre science cognitive, sagesse, contemplative et philosophie phénoménologique
Théologiques, ;12, 1–2, p39–70. (2004).

22. **Eisenberg N., Spinrad T. L. &Sadovsky A.**
Empathy–related responding in children. In M.Killen & J. Smetana (Eds.)
Handbook of moral development. (pp. 517–549).
Mahwah, NJ: Erlbaum (2006).

23. **Hein G.& Singer T.**
I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr. Opin. Neurobiol. ; 18, 153–158. (2008).*

24. **Boukhobza H.**
DER de Psychologie Médicale. Cours sur l'empathie et l'éducation thérapeutique du patient. Module 1 du programme de l'examen classant Items : l'empathie, tenir compte des croyances et des représentations du patient, l'éducation thérapeutique du patient.
Pdf éduc théra du patient p. 4–16. (2010).

25. **Famery, S.**
Développer son empathie : se mettre à la place de l'autre pour comprendre et anticiper ses émotions et ses réactions.
Eyrolles. p12-179. (2011).
26. **Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.**
pdf - [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://sites.duke.edu/flaubertsbrain/files/2012/08/Shamay-Tsoory-The-NeuralBases-forEmpathy.pdf>
27. **Decety J.**
Une anatomie de l'empathie.
PSN, vol III, numéro 11, (Janvier-Février 2005).
28. **Arreto C.D., Brunet-Canonne A., Fioretti F.**
Relation praticien patient.
Paris, Ed CdP, p55-127. (2006).
29. **Llorca, G.**
L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale.
Médecine, Volume 2, Numéro 7, p.330. (2006).
30. **Parizeau M-H.**
Consentement, dans Hottois G., Parizeau M.-H., Les mots de la bioéthique - un vocabulaire encyclopédique.
Bruxelles : De Boeck. (1993).
31. **Relation médecin-patient.**
Wikipédia [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_m%C3%A9decin-patient
32. **Choukroun M-G.**
Abrégé de psychologie.
Editions S.I.D (1997).

33. **Balint.**
Le médecin, son malade, la maladie.
Editions Payot, Paris, (1998).
34. **Emanuel EJ, Emanuel LL.**
Four models of the physician–patient relationship.
JAMA J Am Med Assoc. ;267:2221–2226. (1992).
35. **Vergnes J.N., Sixou M., Apelian N., Bedo C.**
Les entretiens de Bichats. Odonto–stomatologie.
L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. (2014).
36. **Vannotti M.**
Écouter, penser, parler.
Rev Med Suisse. ;4:2182. (2008).
37. **Morse JM, Bottorff J, Anderson G, et al.**
Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice?
Journal of Nursing Scholarship. Winter; 24(4): 273–280. (1992).
38. **Rogers C.**
The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change.
Journal of Consulting Psychology, Vol 21(2), 95103. (1957).
39. **HojatM, Gonella J. S., Nasca T. J., et al.**
Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty.
Am JPsychiatry; 159:1563–1569. (2002).
40. **Mercer S. W, Reynolds W. J, et al.**
Empathy and Quality of Care.
British Journal of General Practice, 52, S9–S13. (2002).

41. **Halpern J.**
What is Clinical Empathy?
J GenIntern Med; 18:670–674. (2003).
42. **Decety J, Smith K. E, Norman G. J, et al.**
A Social Neuroscience Perspective on Clinical Empathy.
World Psychiatry; 13:233237. (2014).
43. **Sanford R, Stora N, Ducroux–Biass F.**
Le regard positif inconditionnel : une manière d'être mal comprise.
Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. ; 9(1):11. (2009).
44. **Abric J.C.**
Psychologie de la communication.
Théories et méthodes Ed Armand Colin Paris (6–1 p 13, 6–2 p16, 6–3 p 37) (1999).
45. **Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ?**
Pédagogie Médicale; 11(3) :151–165. (2010).
46. **Hojat M, Mangione S, Nasca T. J, et al.**
The Jefferson Scale of Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data.
Educational and Psychol Measurement ; 61:349–365. (2001).
47. **L'écoute patient au cabinet dentaire.**
Conseil plus [Internet]. [cité 2015].
Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/lecoute-patient-aucabinetdentaire.html>
48. **Dedienne M. C., Hauzanneau P., Labarere J., & Moreau A.**
Relation médecin–malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? La revue du
praticien –médecine générale–, 17(611), 1–4. (2003).
49. **Vannotti M.& Rey H.**
Psychiater, behandelnder Arzt und Familie.
Familien dynamik 2: 160174 (1994).

50. **Durand J.**
Les formes de communication.
Ed Dunod, Paris. (1988).
51. **Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. M.**
Psychologie médicale (2nd ed.).
Paris : Masson. (1996).
52. **Ruga A.**
L'abord du patient au cabinet dentaire : Approche psychologique et outils de communication.
Thèse d'exercice, Université de Lorraine, (2013).
53. **Cosnier J.**
Psychologie des émotions et des sentiments.
Paris: Retz | 87-9. (1994).
54. **Haynal-Reymond, V.**
Comportement et communication.
Unité de psychiatrie de liaison Département de psychiatrie HUG, 121 | Genève 14 *Rev Med Suisse ; « l'empathie » | : 354-8. (2005).*
55. **Dufour Gompers, R.**
La relation avec le patient.
Paris : Privat. (1992).
56. **Vannotti, M.**
Le métier de médecin –entre utopie et désenchantement-. Genève : Médecine et Hygiène.
(2006).
57. **Menaut, H.**
Les soins relationnels existent-ils ?
Vie sociale et traitements, 101, 78-83. | p.80 | (2009).

58. **Amzalag A.**
Codes de la relation dentiste-patient.
Paris : Elsevier-Masson, Pp 3144;60;71-75;111. (2007).
59. **Prayez P.**
Distance professionnelle et qualité du soin.
Paris: Lamarre. (2003).
60. **Minne C.**
La dimension relationnelle du soin, Comment être distinct sans être distant?
Mémoire de cadre de santé, IFCS G.
Daumezon, Saint André lez Lille. (2007).
61. **Remy C.**
La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée.
Thèse d'exercice, Université de Lorraine, p55. (2012).
62. **Nossintchouk, R.**
Communiquer en odonto-stomatologie.
Obligations et stratégies.
Éditions CdP. P97-98. (2003).
63. **Moreau Taverne C.**
L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière,
Mémoire :
*En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.
Université Lille 2, P30-36. (2012).*
64. **Lecomte. J.**
Empathie et ses effets, [60-495-B-10]. (2010).
65. **Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P. Habermann, T., & Sloan, J.**
Relationship between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among
Internal Medicine Residents.
Journal of General Internal Medicine, 20, 559-564, (2005).

66. **Rev Mens Suisse**
Odontostomatol Vol. 122 3/ P229. (2012).
67. **Hannawa A.F, Shigemoto Y, Little T. D.**
Medical Errors: Disclosure Styles, Interpersonal Forgiveness, and Outcomes.
Social Science and Medicine 156 ; 29–38. (2016).
68. **Nazione S, Pace K.**
An Experimental Study of Medical Error Explanations: Do Apology, Empathy, Corrective
Action and Compensation Alter Intentions and Attitudes? J Heal Commun. 20(12): 1422–
32. (2015).
69. **Gleichgerrcht E, Decety J.**
The Relationship Between Different Facets of Empathy, Pain Perception and Compassion
Fatigue Among Physicians.
Frontiers in Behavioral Neuroscience, vol 8, Article 243. (2014).
70. **Shanafelt T. D, West C, Zhao X, et al.**
Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among
Internal Medicine Residents.
J Gen Intern Med ; 20:559–564. (2005).
71. **Halpern J.**
Empathy and Patient-Physician Conflicts,
J Gen Intern Med; 22: 696–700. (2007).
72. **Famery S.**
Le pouvoir de l'empathie: Comment obtenir le meilleur et éviter le pire ? Editions Eyrolles,
p48. (2014).
73. **Auteur Collectif, Le grand livre des idées reçues.**
Insolite et grandes énigmes
Editeur Partenaire Widge Avenue, p48. (2010).

74. **Allouche L.**
Comment écouter un patient pour mieux le satisfaire?
L'information dentaire n°13 | (2006).
75. **Stewart MA.**
Effective-physician patient communication and health outcomes: a review.
CMAJ ; 152 : 1423-33 | (1995).
76. **Pollak K. I, Alexander S. C, Tulsy J. A, et al.**
Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy.
J AmBoard Fam Med. ; 24(6):665-672 ; (2011).
77. **Haskard Zolnierek K. B, Dimatteo R.**
Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis.
Med Care; 47(8): 826-834. (2009).
78. **Hojat M, Louis D. Z, Markham F. W, et al.**
Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients.
Acad Med. ;86: 359-364 ; (2011).
79. **Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A.**
Effectiveness of empathy in general practice.
British Journal of General Practice, P76-84. (2013).
80. **Yuguerro O, Marsal J. R, Esquerda M., et al.**
Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians.
BMC Family Practice. 18:63. (2017).
81. **Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H.**
Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy : a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda.
Patient Educ Couns. ; 74(3):339-46. (2009).

82. **Delamater, J.**
Handbook of social psychology.
United States of America, Springer Science, 2006.
83. **Bosk, C. L.**
Forgive and Remember: Managing Medical Failure, 2nd Edition (2nd éd.).
University Of Chicago Press. (2003).
84. **Jolliffe D, Farrington DP.**
Development and validation of the Basic Empathy Scale.
J Adolesc. ;29(4):589-611. (2006).
85. **Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : further psychometric data and differences by gender and specialty at item level.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. ;77(10 Suppl):S58-60. (2002).
86. **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. ;27(7):625-8. (2005).
87. **Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC.**
The consultation and relational empathy (CARE) measure : development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure.
Fam Pract. ;21(6):699-705. (2004).
88. **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. ;48(1):81-6. (2007).
89. **Colliver, Jerry A, Melinda J Conlee, Steven J Verhulst, et J Kevin Dorsey.**
Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research.
Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges 85 (4) :588-593. (2010)

90. **Committee on Ethics of the American College of Obstetricians Gynecologists.**
Committee Opinion No. 480: Empathy in women's health care
Obstetrics and Gynecology 117 (3) : 756-761.(2011)

91. **Forrest, David V.**
FRONTLINE—Teaching affect recognition to medical students: Evaluation and reflections.
Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry 39 (2): 229-
241.(2011)

92. **Compagnon, Claire, et Véronique Ghadi.**
La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé- Etude sur la base de
témoignages.
HAS.[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-
01/rapport_ghadcompagnon_2009.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadcompagnon_2009.pdf).

93. **Cornuz, Jacques, Arnaud Perrier, et Gérard Waeber.**
The charter on medical professionalism: a salutary reminder of our values] ».
Revue Médicale Suisse 2 (50) : 259-260.(2009)

94. **Rosenthal, Susan, Brian Howard, Yvette R Schlusel, Dana Herrigel, B Gabriel Smolarz,
Brian Gable, Jennifer Vasquez, Heather Grigo, et Margit Kaufman.**
Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students .
Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges 86 (3)
(mars): 350-358.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كراماتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

ة رقم 365

أطروح

سنة 2023

تقييم التعاطف لدى أطباء المستشفى العسكري ابن سينا بمراكش: نحو تطوير أدوات تربوية.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/11/03

من طرف

السيدة فاطمة الزهراء حنين

المزداة في 6 أبريل 1997 بأولاد عياد

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

تعاطف سريري - محددات التعاطف - مقياس جيفرسون - أطباء

اللجنة

الرئيس

س. زهير

السيد

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة وعلم الفيروسات

المشرف

ي. الكموني

السيد

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة وعلم الفيروسات

م. المزواري

السيد

أستاذ في علم الفطريات والطفيليات

م.أ. لفينتي

السيد

أستاذ في الطب النفسي

أ. بلحاج

السيد

أستاذ في طب التخدير والإنعاش

الحكام