

- ❖ **Item 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.}

On constate une augmentation du score total du douzième item de l'échelle de Jefferson estimée à **2% (0.04)** après avoir assisté à la formation (Figure 24).

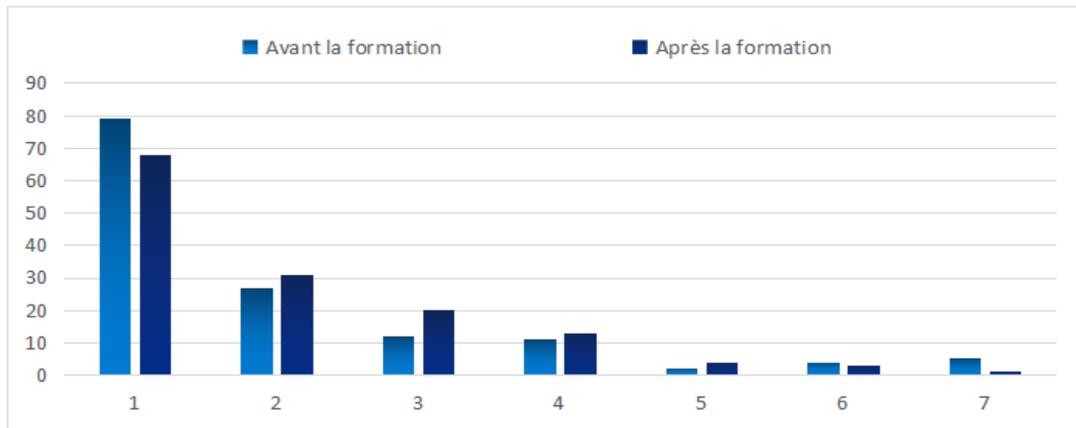


Figure 24 : Evolution du score total du douzième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 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.}

On constate une augmentation du score total du treizième item de l'échelle de Jefferson estimée à **5.5% (0.33)** après avoir assisté à la formation (Figure 25).

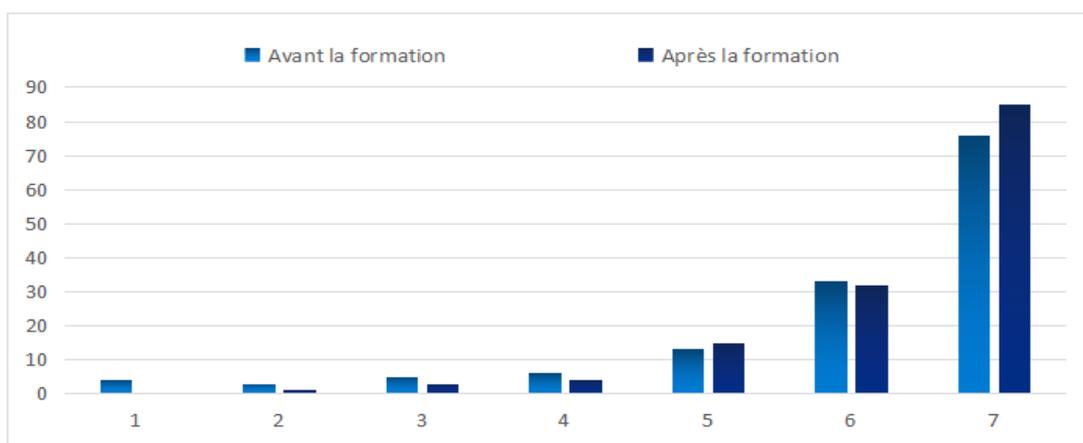


Figure 25 : Evolution du score total du treizième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 14** : {Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.}

On constate une diminution du score total du quatorzième item de l'échelle de Jefferson estimée à **2% (0.03)** après avoir assisté à la formation (Figure 26).

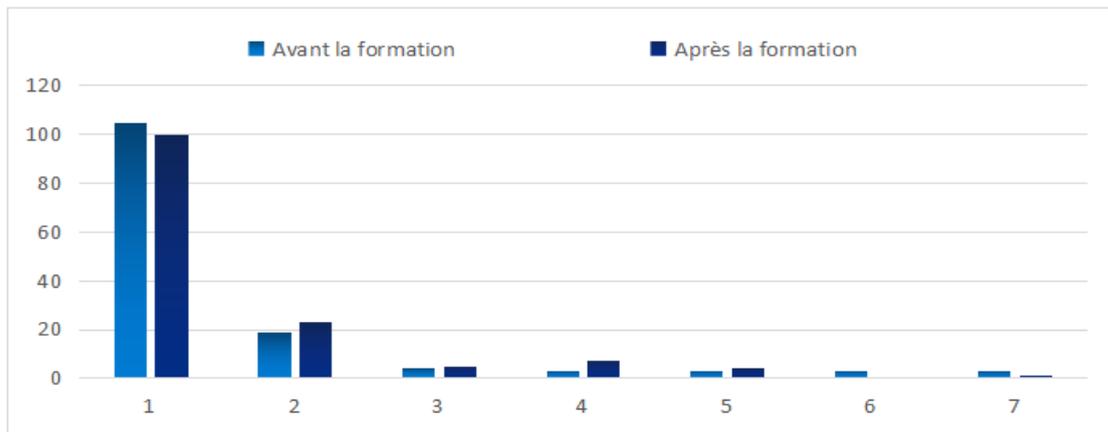


Figure 26 : Evolution du score total du quatorzième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 15** : {L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.}

On constate une augmentation du score total du quinzième item de l'échelle de Jefferson estimée à **8% (0.45)** après avoir assisté à la formation (Figure 27).

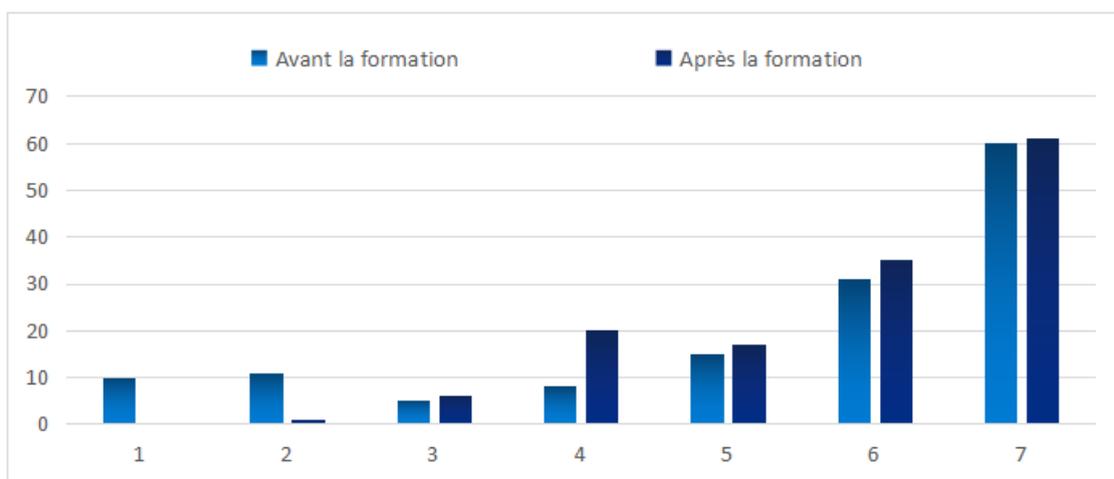


Figure 27 : Evolution du score total du quinzième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 16 :** { Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.}

On constate une augmentation du score total du seizième item de l'échelle de Jefferson estimée à **5.5% (0.33)** après avoir assisté à la formation (Figure 28).

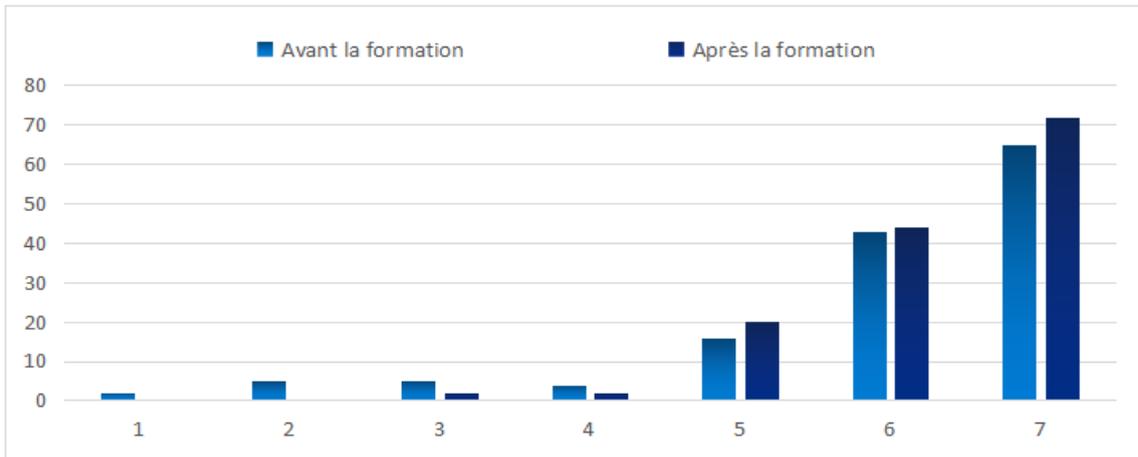


Figure 28 : Evolution du score total du seizième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 17 :** {J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.}

On constate une augmentation du score total du dix-septième item de l'échelle de Jefferson estimée à **8% (0.38)** après avoir assisté à la formation (Figure 29).

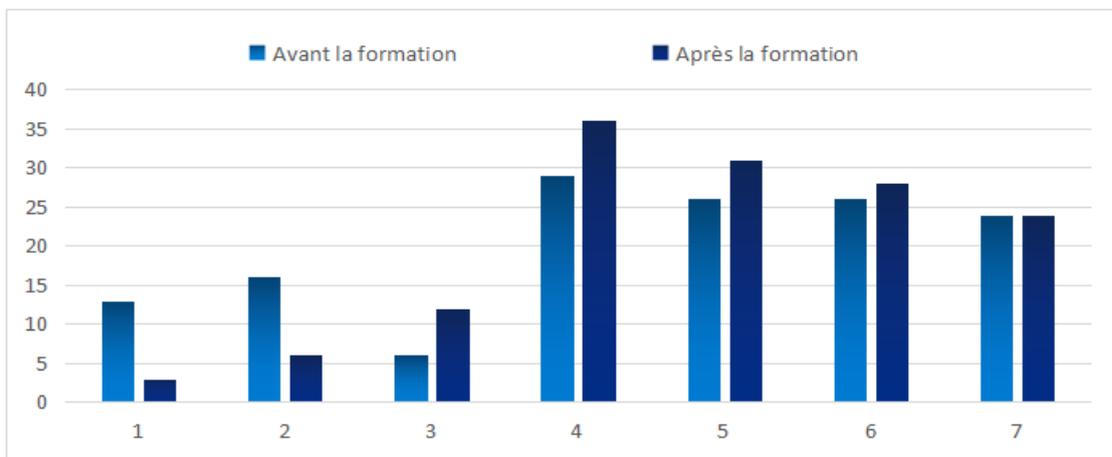


Figure 29 : Evolution du score total du dix-septième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 18** : {Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.}

On constate une augmentation du score total du dix-huitième item de l'échelle de Jefferson estimée à **17% (0.82)** après avoir assisté à la formation (Figure 30).

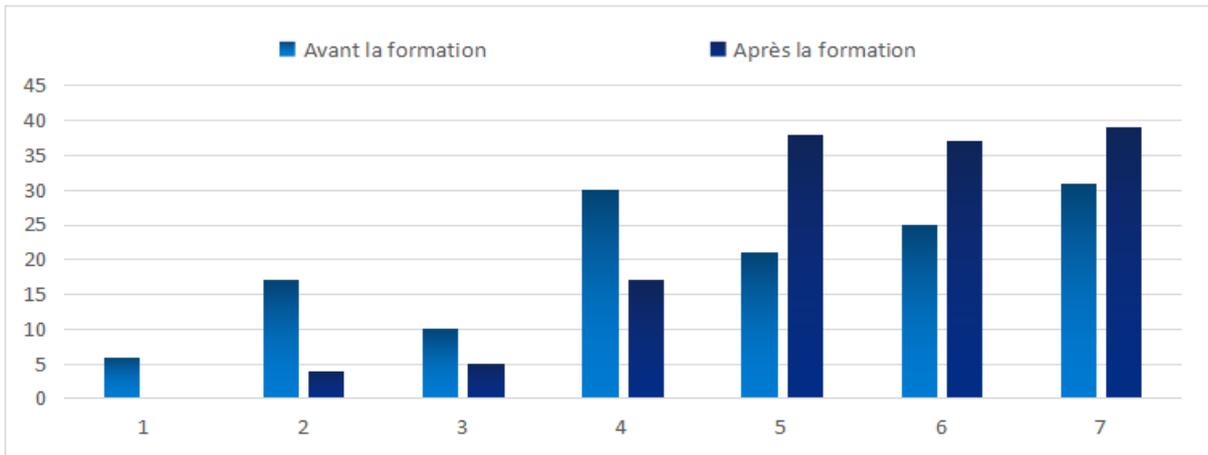


Figure 30: Evolution du score total du dix-huitième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 19** : {Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts}

On constate une augmentation du score total du dix-neuvième item de l'échelle de Jefferson estimée à **24% (0.54)** après avoir assisté à la formation (Figure 31).

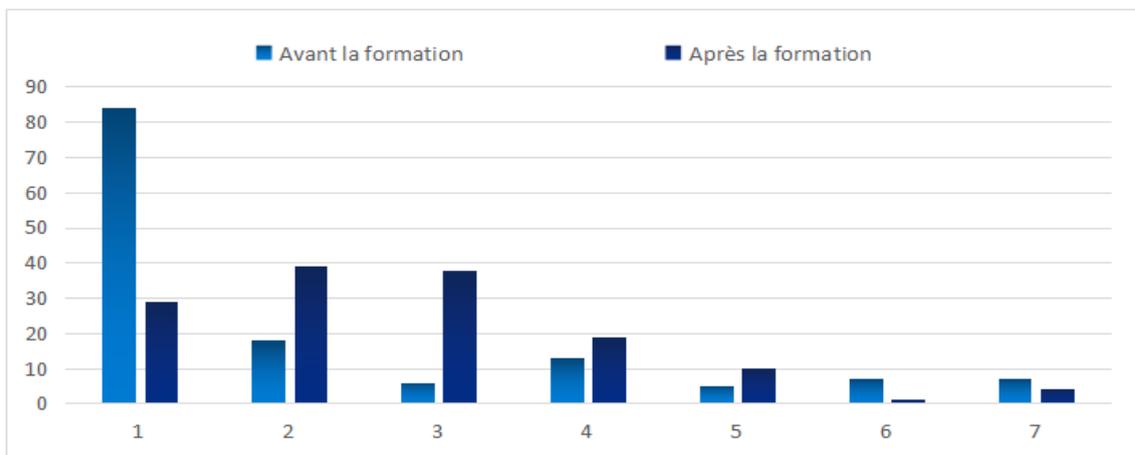


Figure 31 : Evolution du score total du dix-neuvième item de l'échelle de Jefferson.

- ❖ **Item 20** : {Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.}

On constate une augmentation du score total du vingtième item de l'échelle de Jefferson estimée à **6% (0.39)** après avoir assisté à la formation (Figure 32).

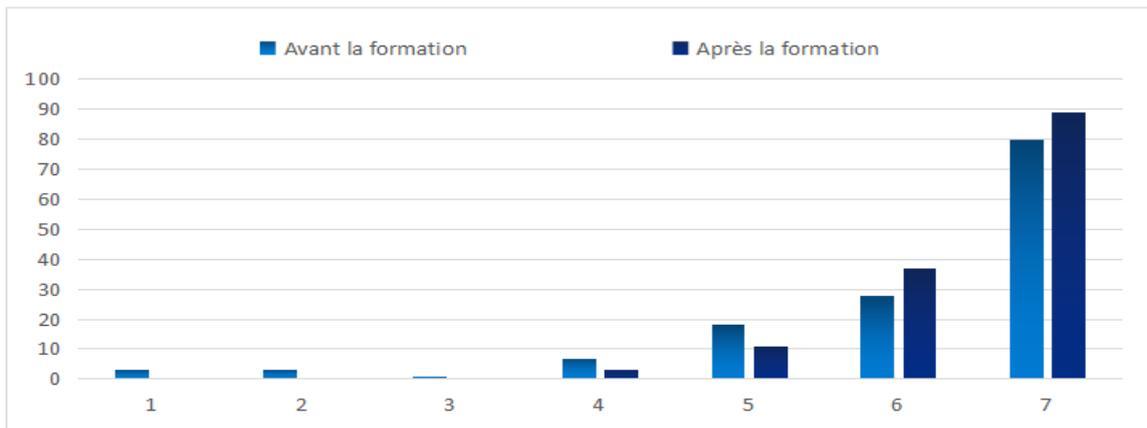


Figure 32 : Evolution du score total du vingtième item de l'échelle de Jefferson.

2. Comparaison de chaque item du score de QCAE :

- ❖ **Item 1** : {Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.}

On déduit une augmentation du score total du premier item de l'échelle de QCAE estimée à **19% (0.47)** après avoir assisté à la formation (Figure 33).

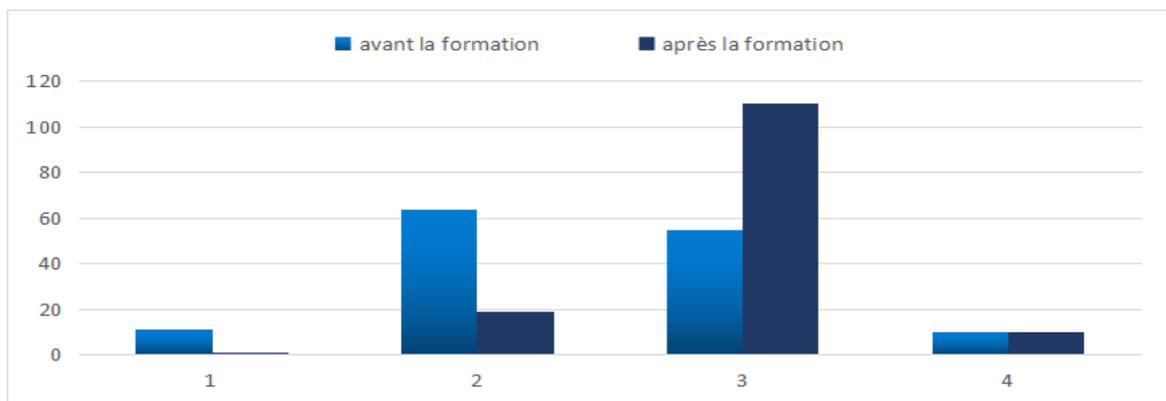


Figure 33 : Evolution du score total du premier item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 2** : {D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.}

On déduit une augmentation du score total du deuxième item de l'échelle de QCAE estimée à **21% (0.58)** après avoir assisté à la formation (Figure 34).

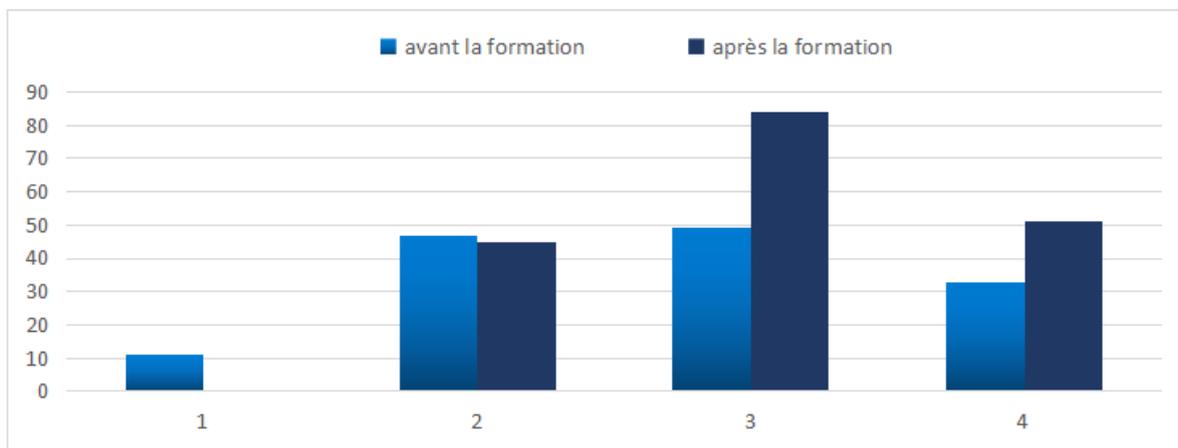


Figure 34 : Evolution du score total du deuxième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 3** : {En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.}

On déduit une augmentation du score total du troisième item de l'échelle de QCAE estimée à **35% (0.61)** après avoir assisté à la formation (Figure 35).

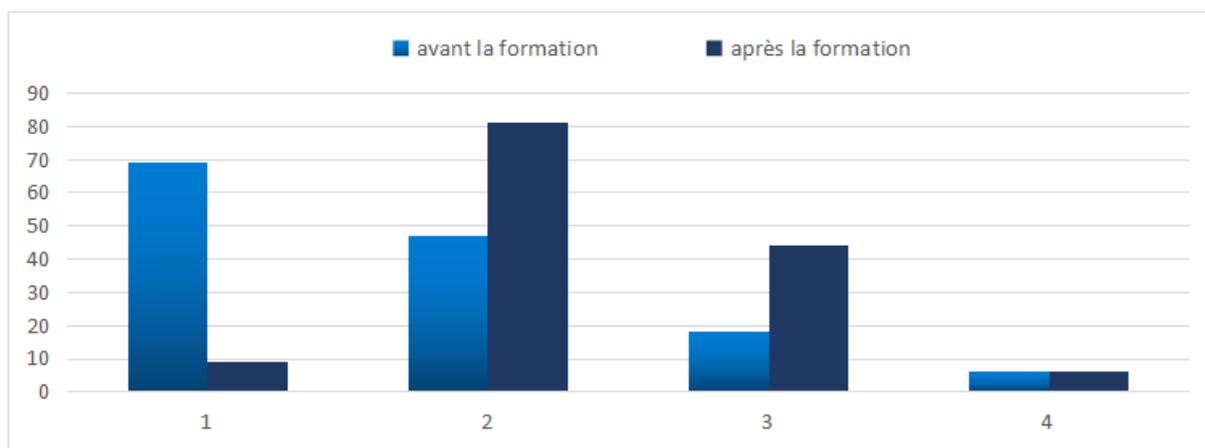


Figure 35 : Evolution du score total du troisième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 4** : {Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.}

On déduit une augmentation du score total du quatrième item de l'échelle de QCAE estimée à **35% (0.61)** après avoir assisté à la formation (Figure 36).

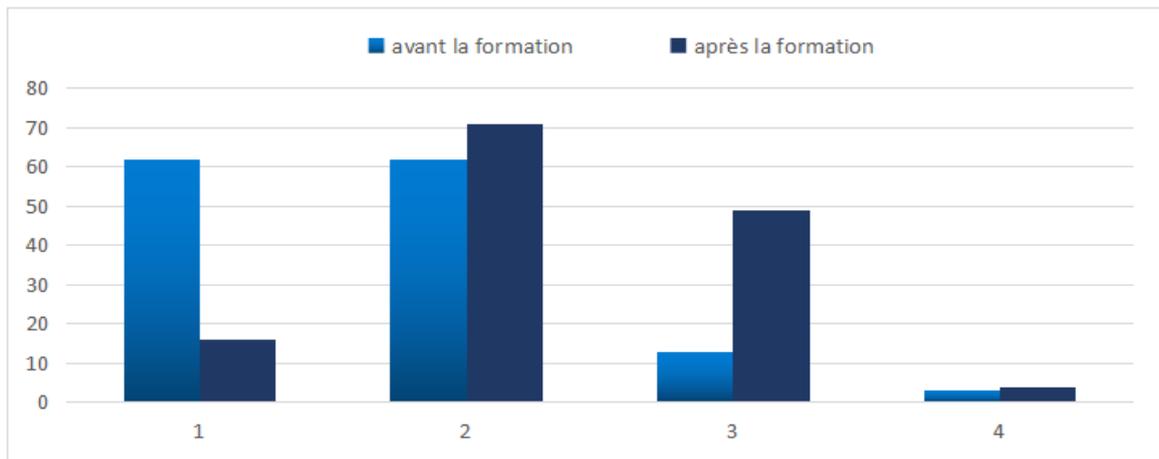


Figure 36 : Evolution du score total du quatrième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 5** : {Quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.}

On déduit une augmentation du score total du cinquième item de l'échelle de QCAE estimée à **22% (0.42)** après avoir assisté à la formation (Figure 37).

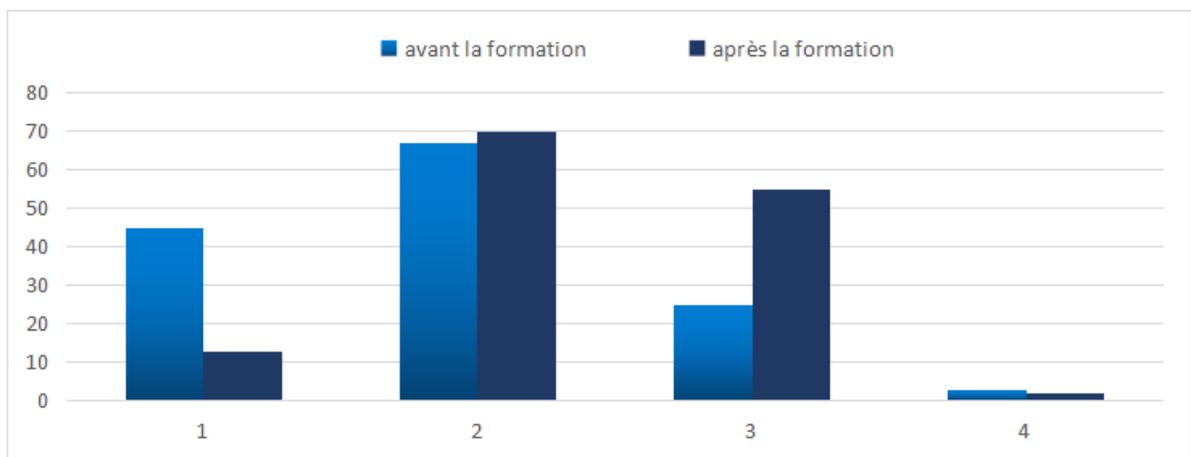


Figure 37 : Evolution du score total du cinquième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 6** : {Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.}

On déduit une augmentation du score total du sixième item de l'échelle de QCAE estimée à **40% (0.67)** après avoir assisté à la formation (Figure 38).

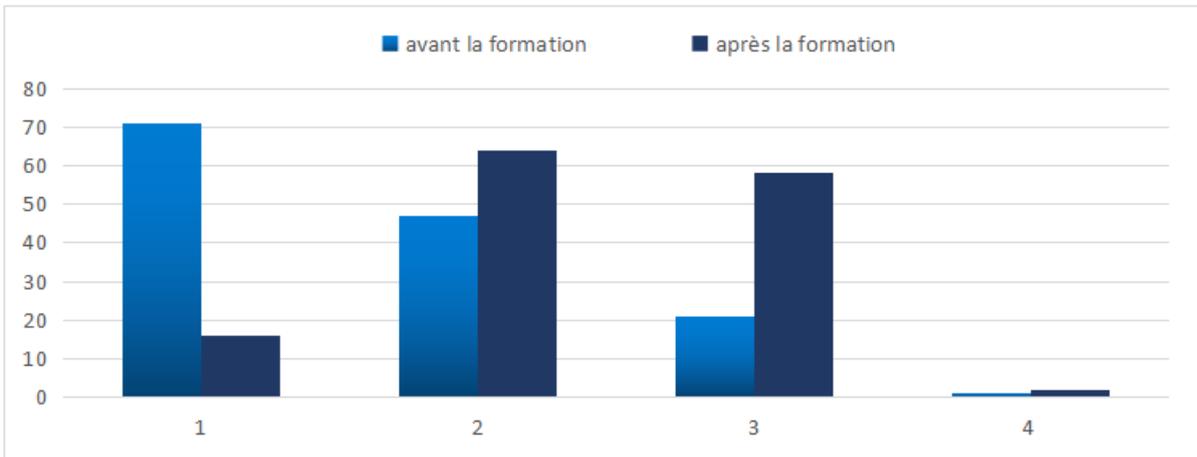


Figure 38 : Evolution du score total du sixième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 7** : {Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.}

On déduit une augmentation du score total du septième item de l'échelle de QCAE estimée à **21% (0.47)** après avoir assisté à la formation (Figure 39).

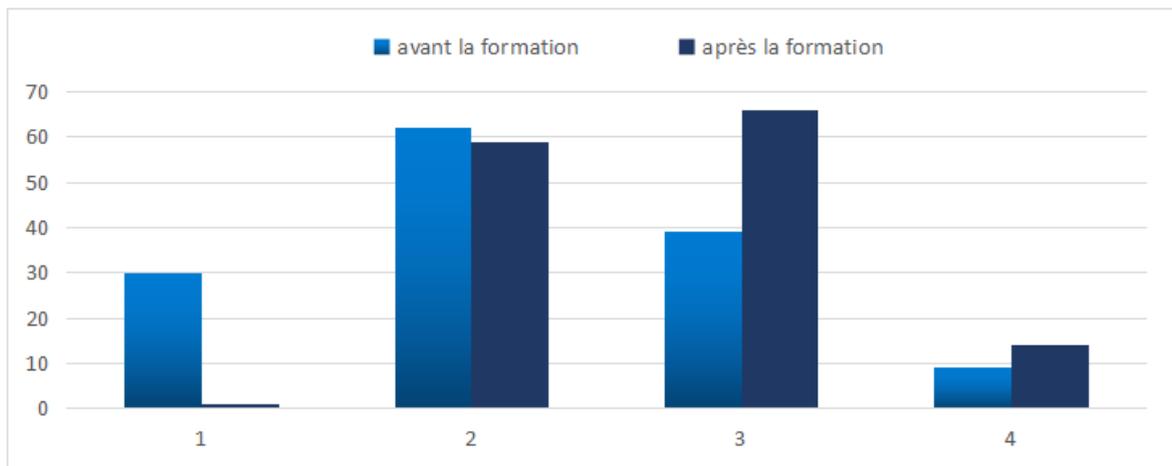


Figure 39 : Evolution du score total du septième item de l'échelle de QCAE.

- ❖ **Item 8** : {J'ai tendance à devenir nerveux (se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.}

On déduit une augmentation du score total du huitième item de l'échelle de QCAE estimée à 10% (0.27) après avoir assisté à la formation (Figure 40).

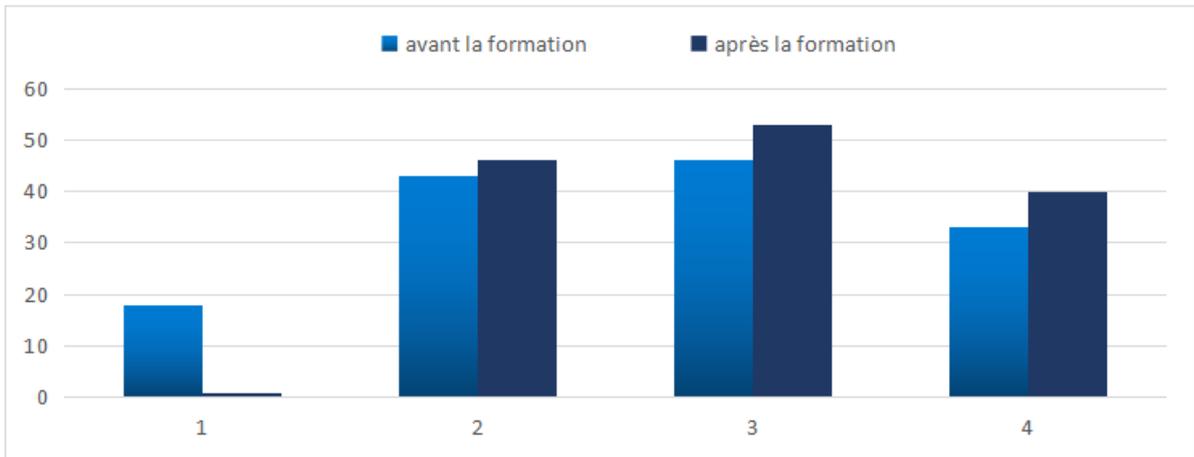


Figure 40: Evolution du score total du huitième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 9** : {Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.}

On déduit une augmentation du score total du neuvième item de l'échelle de QCAE estimée à 27% (0.59) après avoir assisté à la formation (Figure 41).

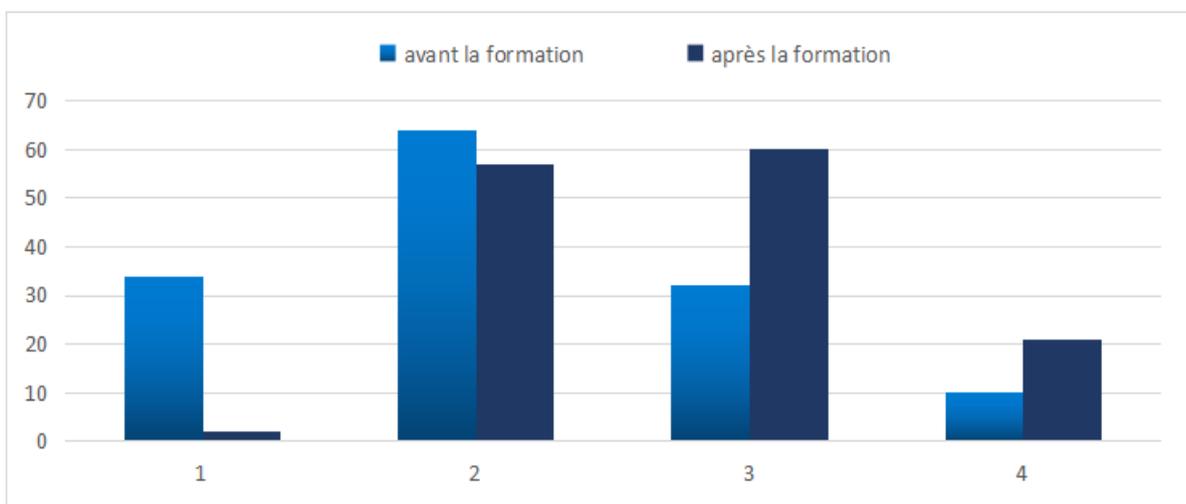


Figure 41 : Evolution du score total du neuvième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 10** : {Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié.}

On déduit une augmentation du score total du dixième item de l'échelle de QCAE estimée à **17% (0.42)** après avoir assisté à la formation (Figure 42).

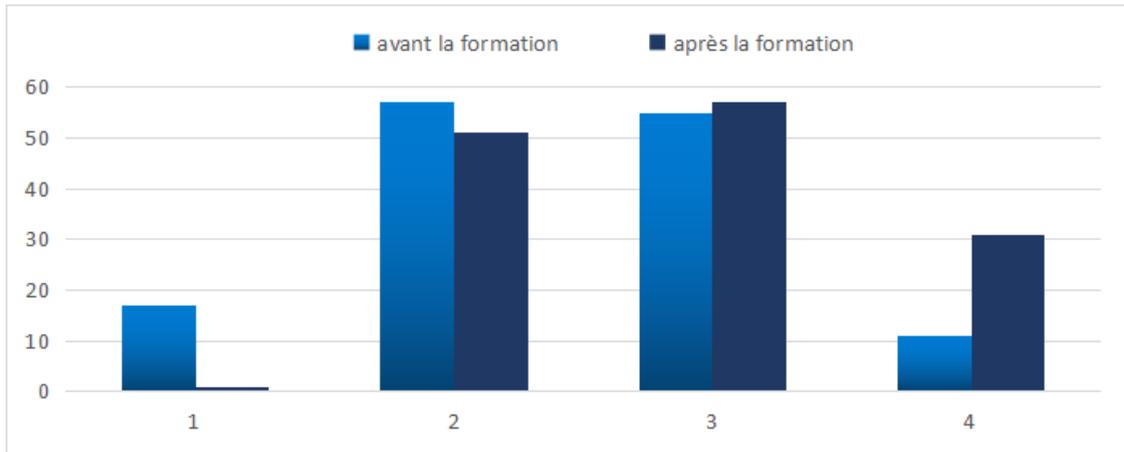


Figure 42 : Evolution du score total du dixième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 11** : {Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.}

On déduit une augmentation du score total du onzième item de l'échelle de QCAE estimée à **21% (0.52)** après avoir assisté à la formation (Figure 43).

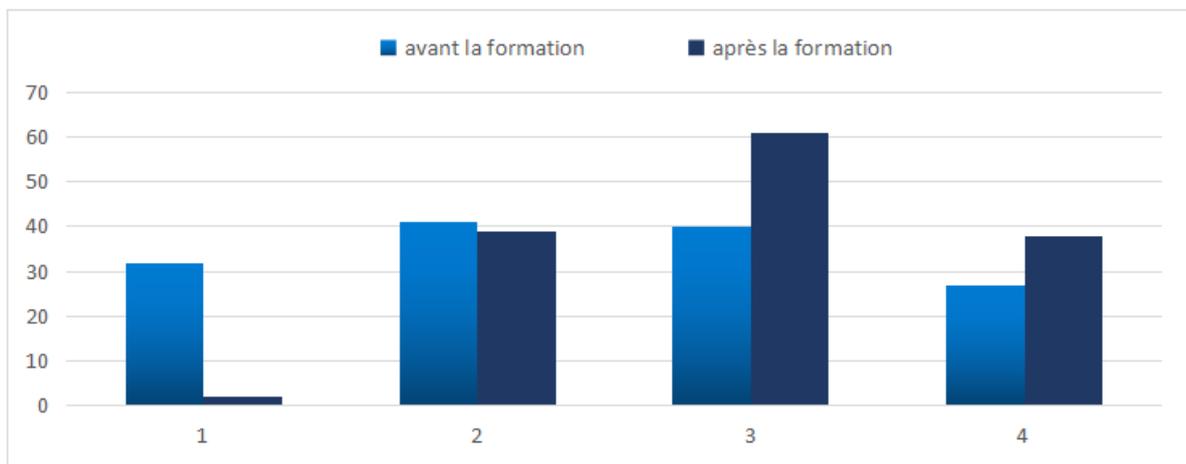


Figure 43 : Evolution du score total du onzième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 12** : {Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.}

On déduit une augmentation du score total du douzième item de l'échelle de QCAE estimée à 16% (0.39) après avoir assisté à la formation (Figure 44).

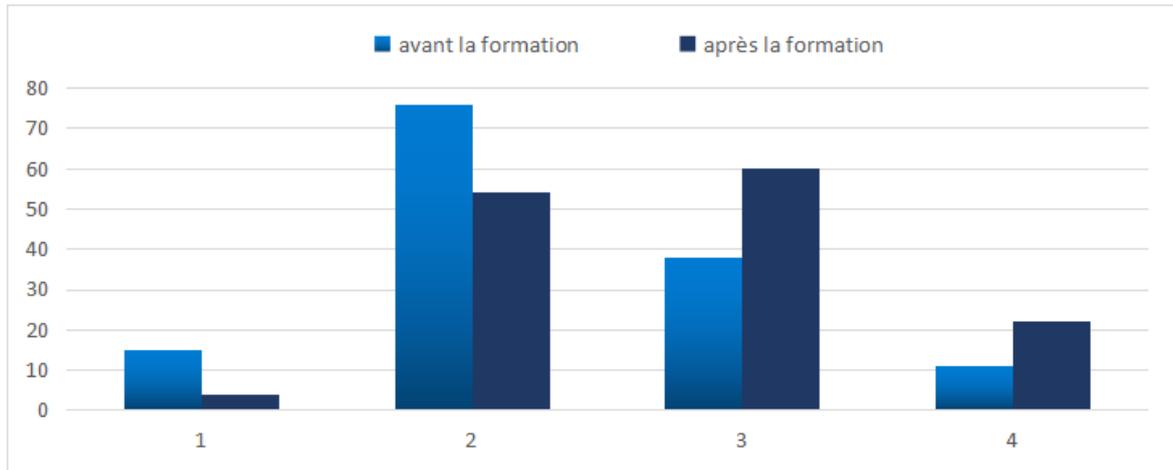


Figure 44 : Evolution du score total du douzième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 13** : {Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.}

On déduit une augmentation du score total du treizième item de l'échelle de QCAE estimée à 12% (0.34) après avoir assisté à la formation (Figure 45).

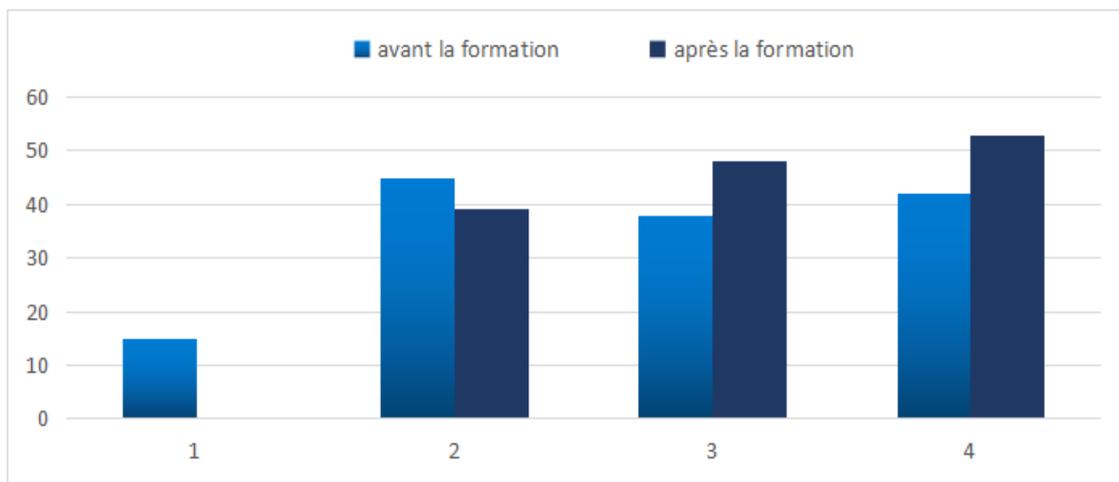


Figure 45 : Evolution du score total du treizième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 14** : {Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.}

On déduit une augmentation du score total du quatorzième item de l'échelle de QCAE estimée à 19% (0.44) après avoir assisté à la formation (Figure 46).

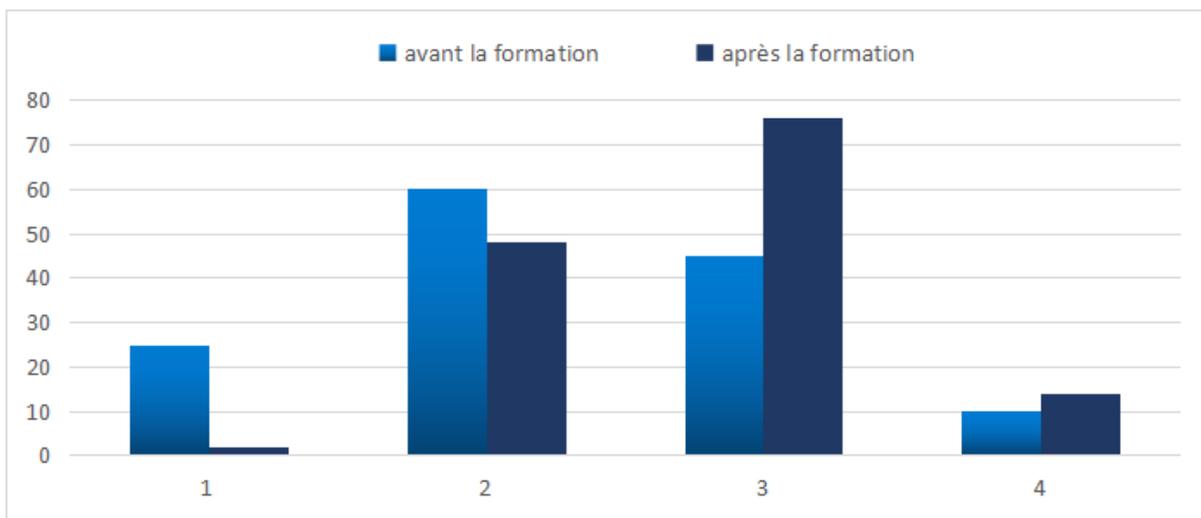


Figure 46 : Evolution du score total du quatorzième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 15** : {Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.}

On déduit une augmentation du score total du quinzième item de l'échelle de QCAE estimée à 22% (0.44) après avoir assisté à la formation (Figure 47).

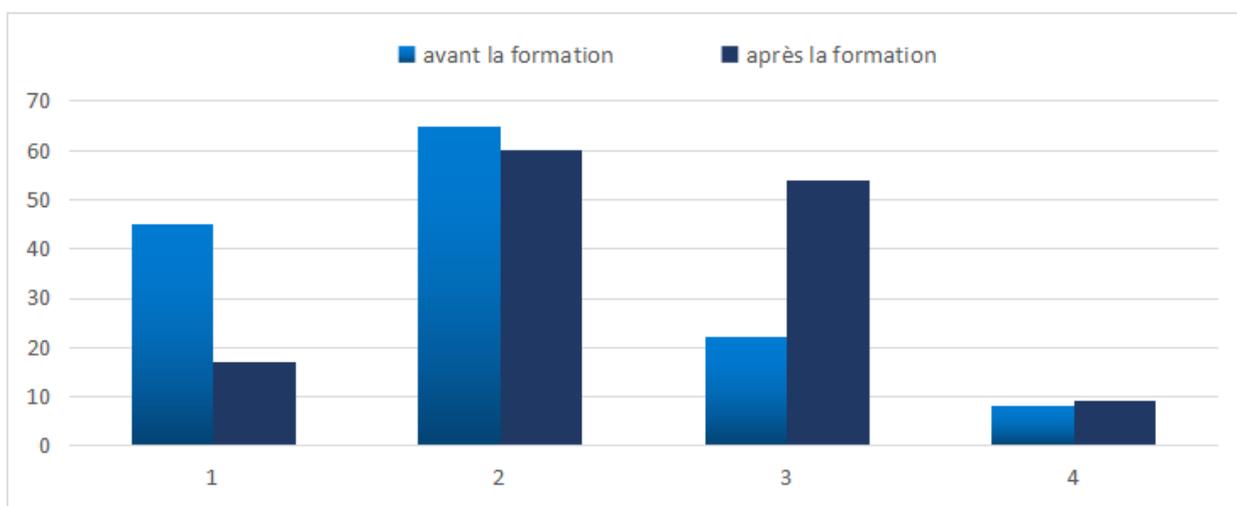


Figure 47 : Evolution du score total du quinzième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 16 :** {Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.}

On déduit une augmentation du score total du seizième item de l'échelle de QCAE estimée à 25% (0.51) après avoir assisté à la formation (Figure 48).

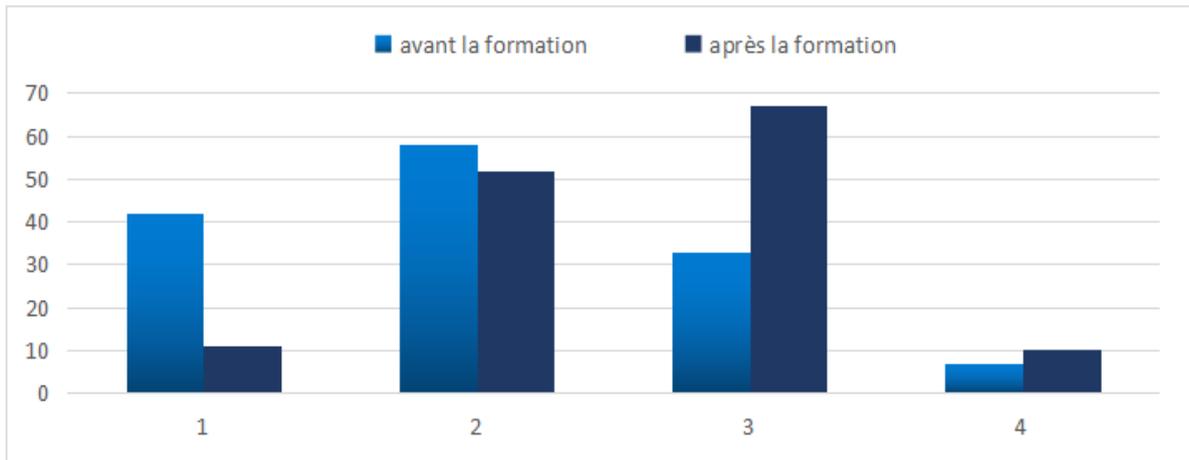


Figure 48 : Evolution du score total du seizième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 17 :** {Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.}

On déduit une augmentation du score total du dix-septième item de l'échelle de QCAE estimée à 15% (0.37) après avoir assisté à la formation (Figure 49).

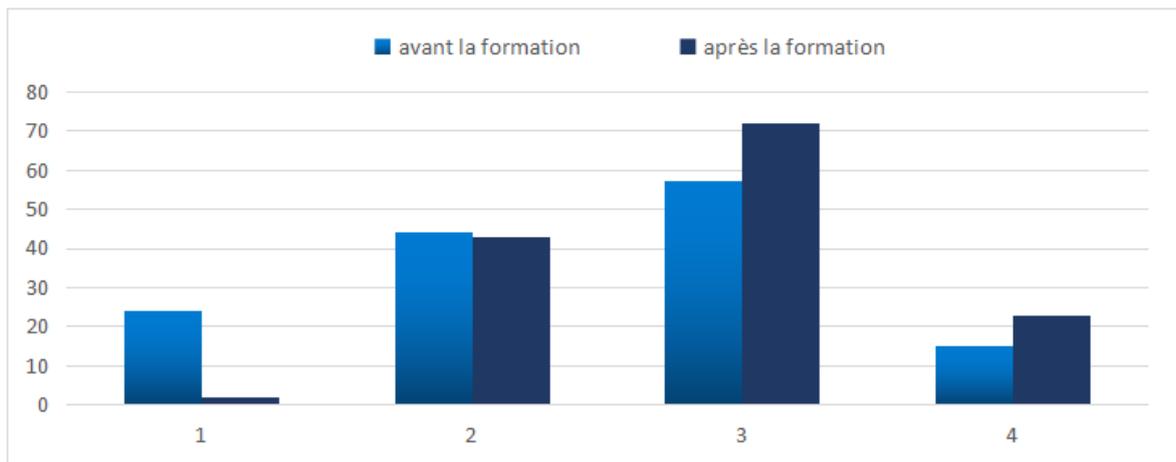


Figure 49 : Evolution du score total du dix-septième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 18** : {Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.}

On déduit une augmentation du score total du dix-huitième item de l'échelle de QCAE estimée à 11% (0.26) après avoir assisté à la formation (Figure 50).

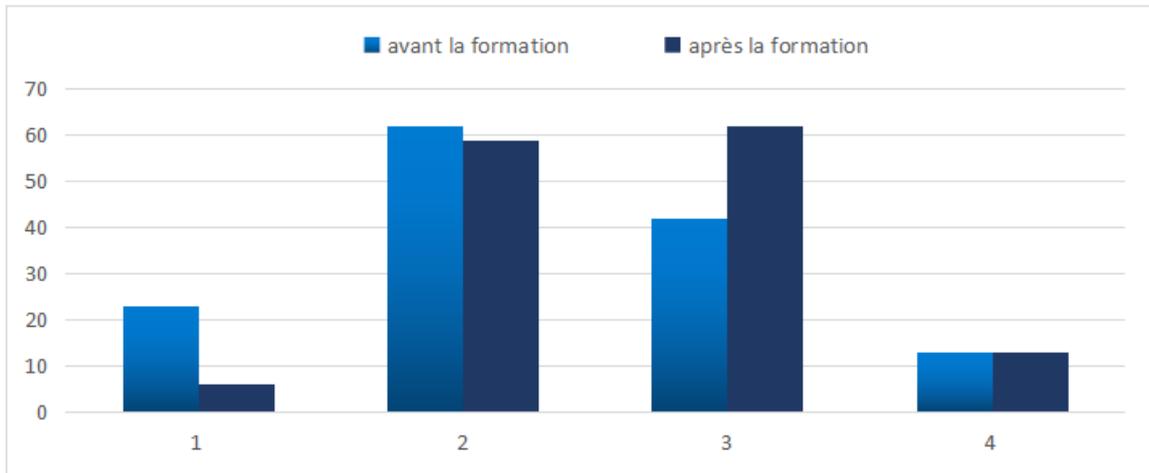


Figure 50 : Evolution du score total du dix-huitième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 19** : {Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.}

On déduit une augmentation du score total du dix-neuvième item de l'échelle de QCAE estimée à 18% (0.39) après avoir assisté à la formation (Figure 51).

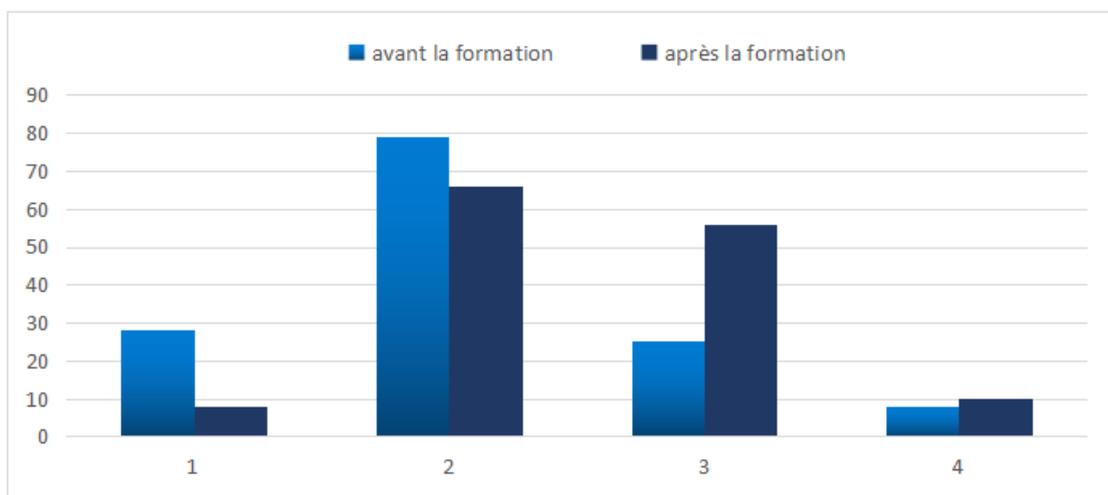


Figure 51 : Evolution du score total du dix-neuvième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 20 :** {Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.}

On déduit une augmentation du score total du vingtième item de l'échelle de QCAE estimée à **29% (0.53)** après avoir assisté à la formation (Figure 52).

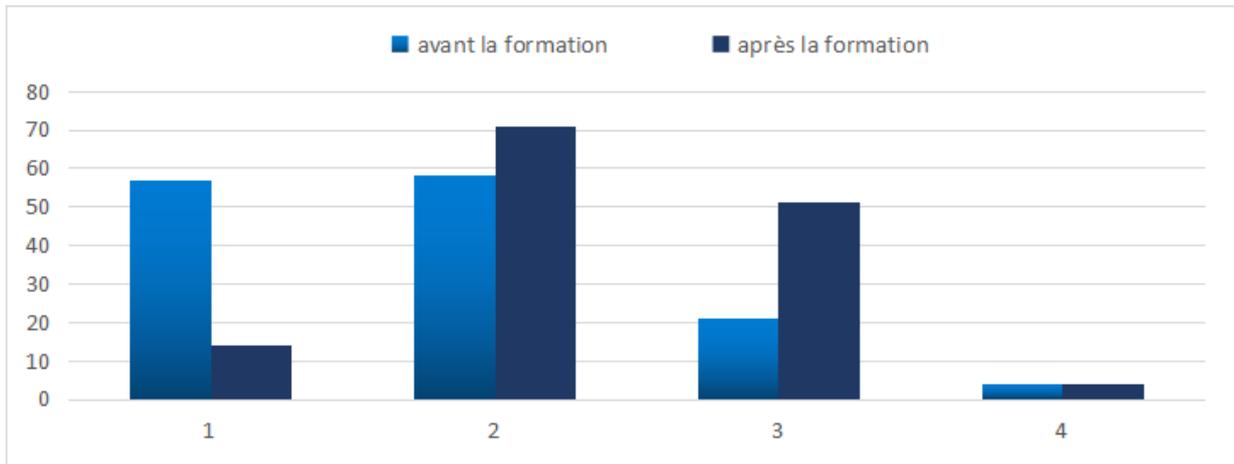


Figure 52 : Evolution du score total du vingtième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 21 :** {Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-et-un item de l'échelle de QCAE estimée à **24% (0.46)** après avoir assisté à la formation (Figure 53).

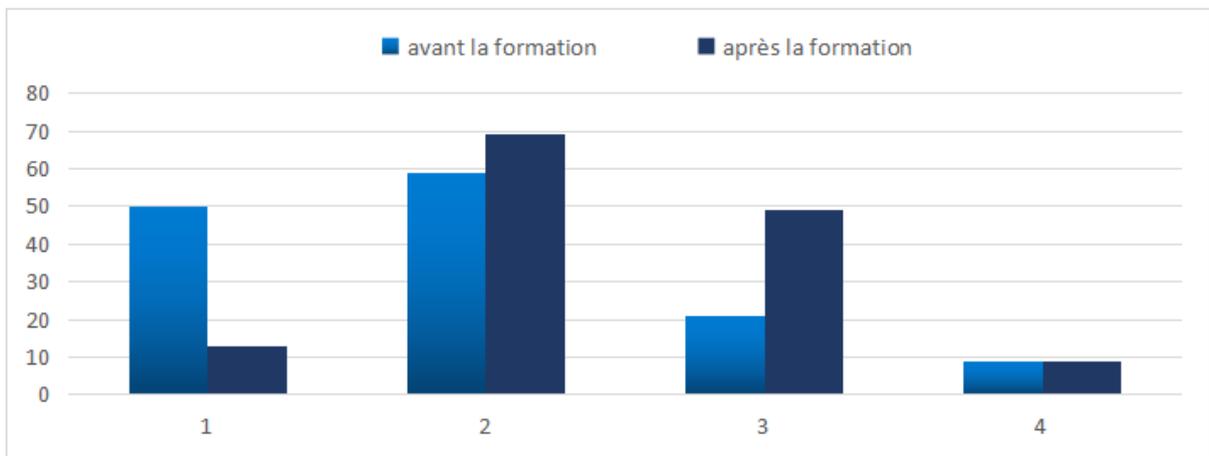


Figure 53 : Evolution du score total du vingt-et-un item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 22** : {Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-deuxième item de l'échelle de QCAE estimée à **25% (0.58)** après avoir assisté à la formation (Figure 54).

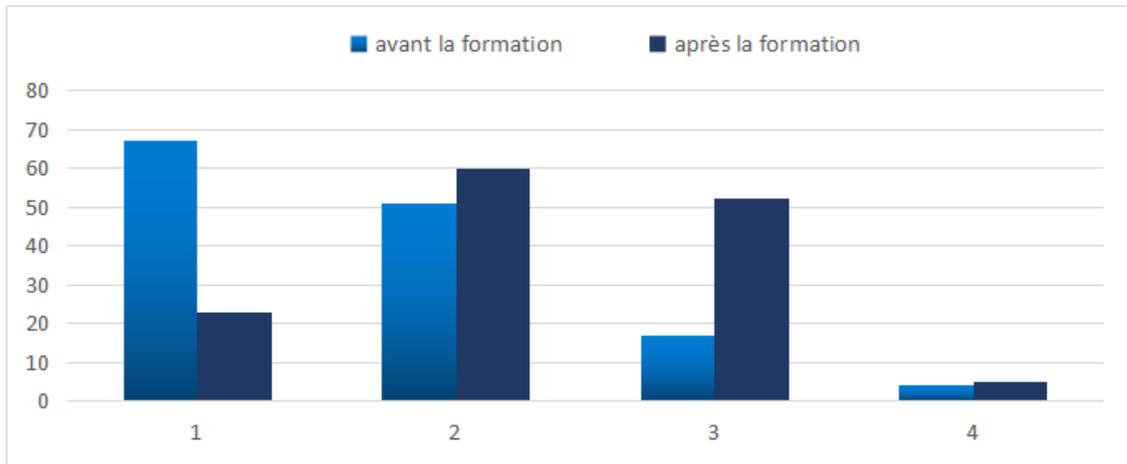


Figure 54 : Evolution du score total du vingt-deuxième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 23** : {Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).}

On déduit une augmentation du score total du vingt-troisième item de l'échelle de QCAE estimée à **35% (0.63)** après avoir assisté à la formation (Figure 55).

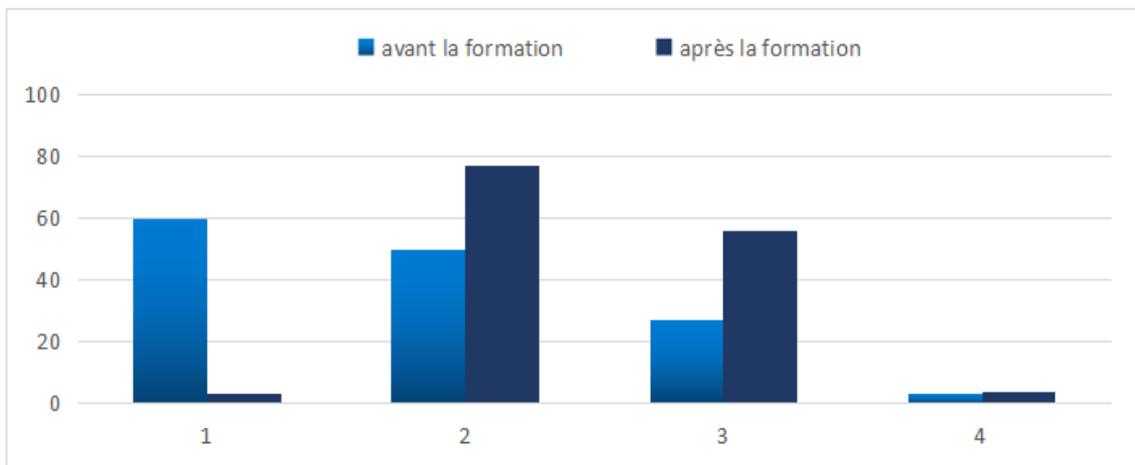


Figure 55 : Evolution du score total du vingt-troisième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 24 :** {Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-quatrième item de l'échelle de QCAE estimée à **33% (0.59)** après avoir assisté à la formation (Figure 56).

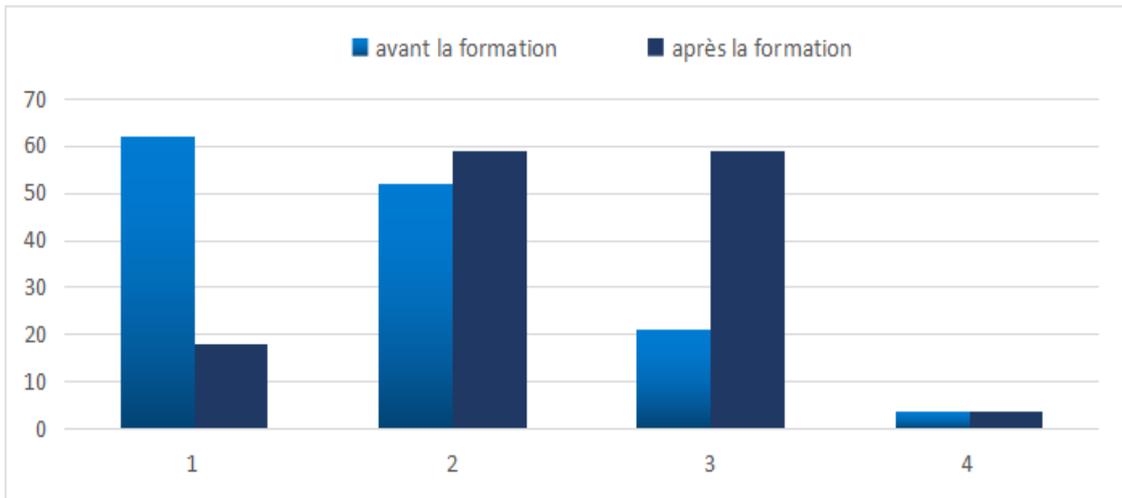


Figure 56 : Evolution du score total du vingt-quatrième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 25 :** {J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-cinquième item de l'échelle de QCAE estimée à **14% (0.31)** après avoir assisté à la formation (Figure 57).

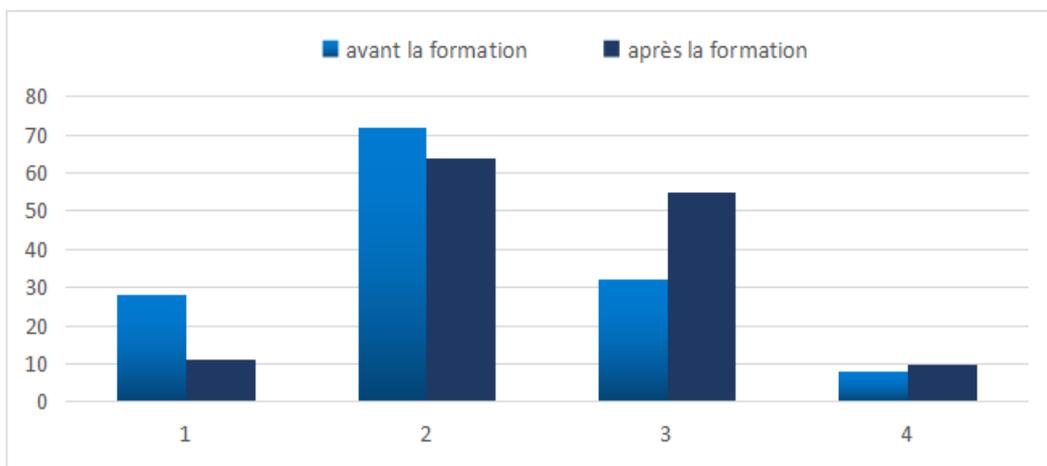


Figure 57 : Evolution du score total du vingt-cinquième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 26 :** {Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions}

On déduit une augmentation du score total du vingt-sixième item de l'échelle de QCAE estimée à 21% (0.31) après avoir assisté à la formation (Figure 58).

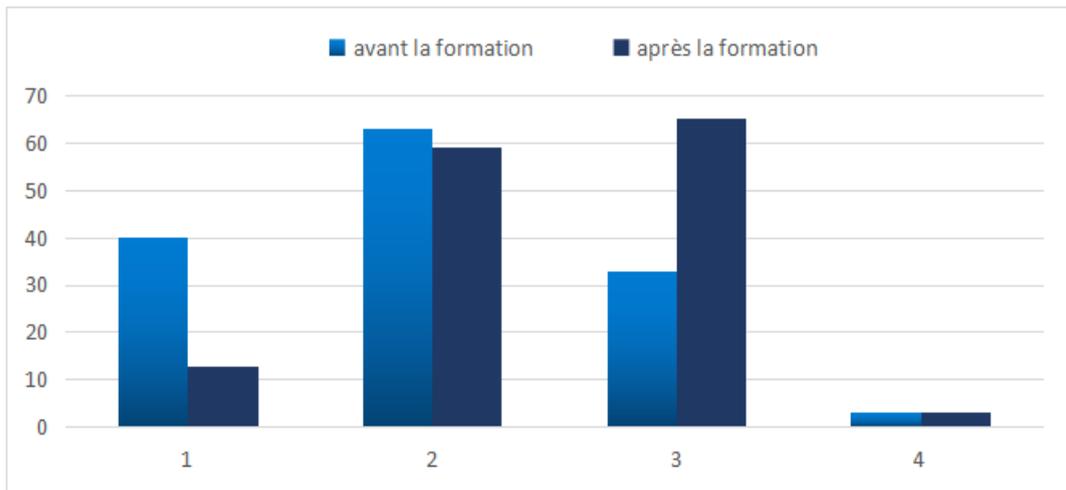


Figure 58 : Evolution du score total du vingt-sixième item de l'échelle de QCAE

❖ **Item 27 :** {Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-septième item de l'échelle de QCAE estimée à 11% (0.25) après avoir assisté à la formation (Figure 59).

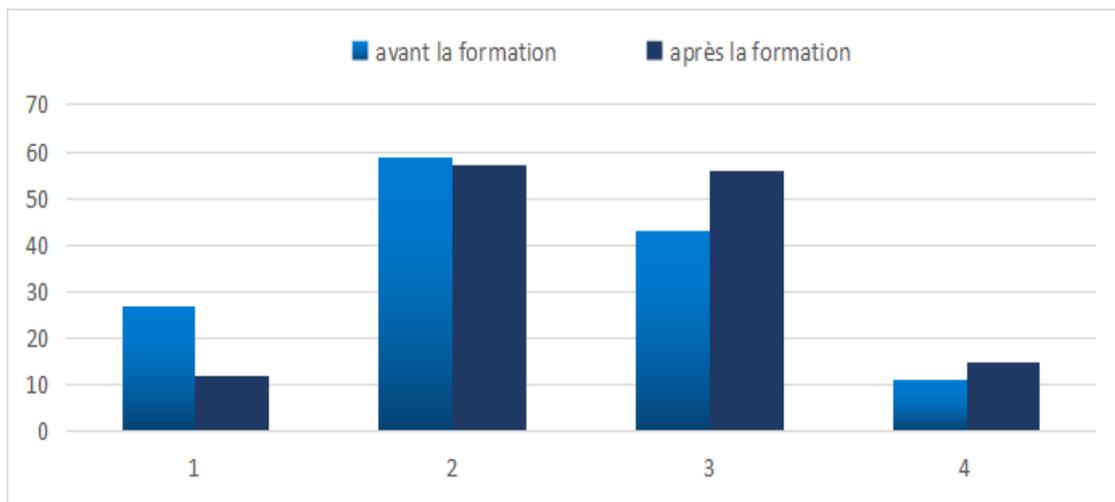


Figure 59 : Evolution du score total du vingt-septième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 28** : {Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-huitième item de l'échelle de QCAE estimée à **21% (0.43)** après avoir assisté à la formation (Figure 60).

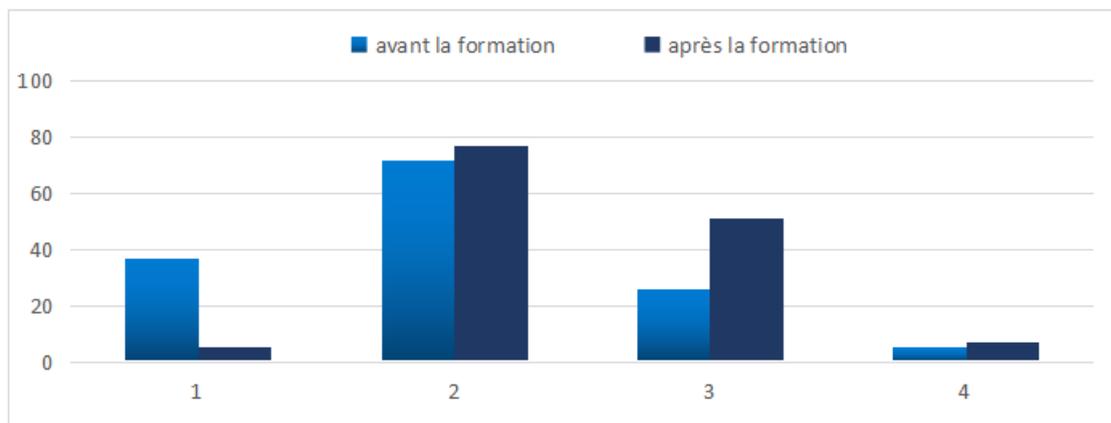


Figure 60 : Evolution du score total du vingt-huitième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 29** : {Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.}

On déduit une augmentation du score total du vingt-neuvième item de l'échelle de QCAE estimée à **15% (0.47)** après avoir assisté à la formation (Figure 61).

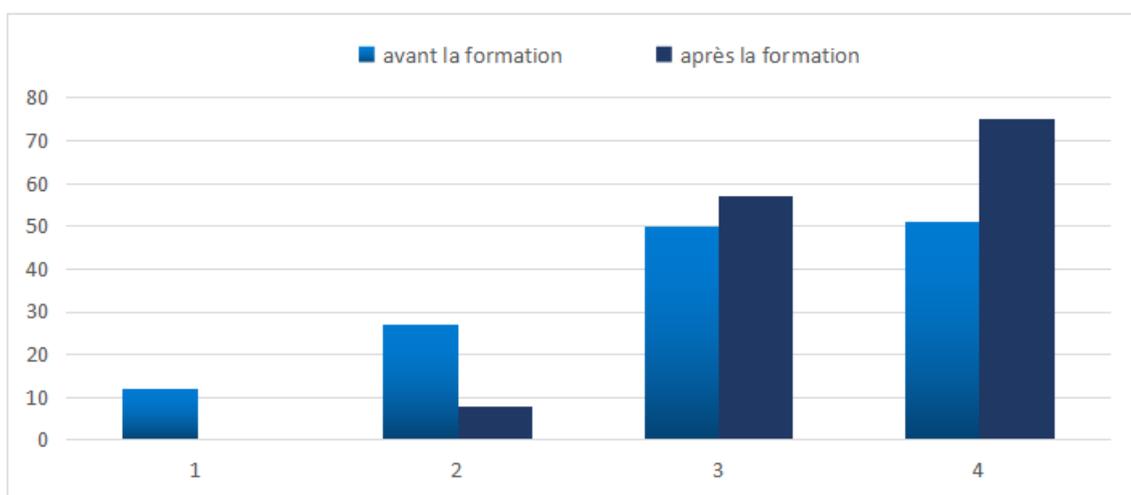


Figure 61 : Evolution du score total du vingt-neuvième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 30** : {J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.}

On déduit une augmentation du score total du trentième item de l'échelle de QCAE estimée à **36% (0.65)** après avoir assisté à la formation (Figure 62).

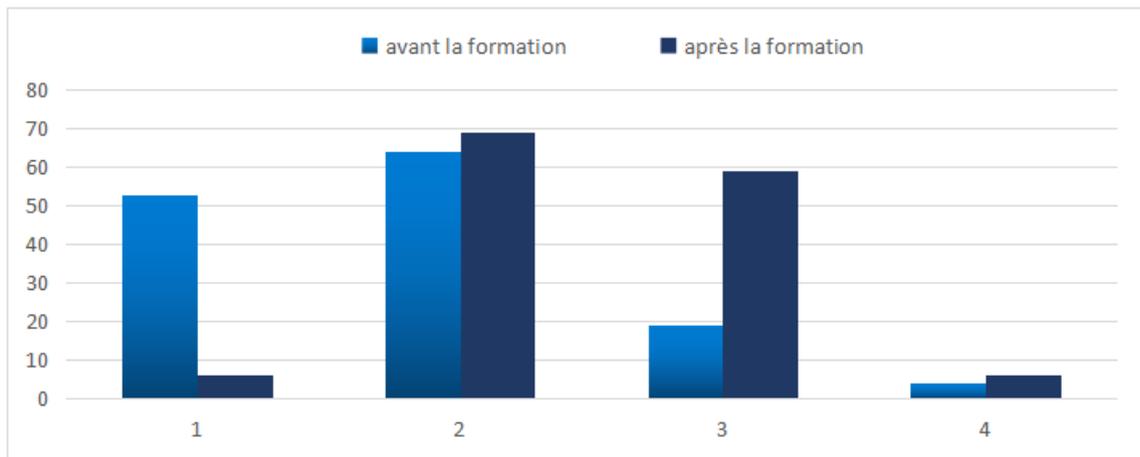


Figure 62 : Evolution du score total du trentième item de l'échelle de QCAE

- ❖ **Item 31** : {Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.}

On déduit une augmentation du score total du trente-et-un item de l'échelle de QCAE estimée à **32% (0.61)** après avoir assisté à la formation (Figure 63).

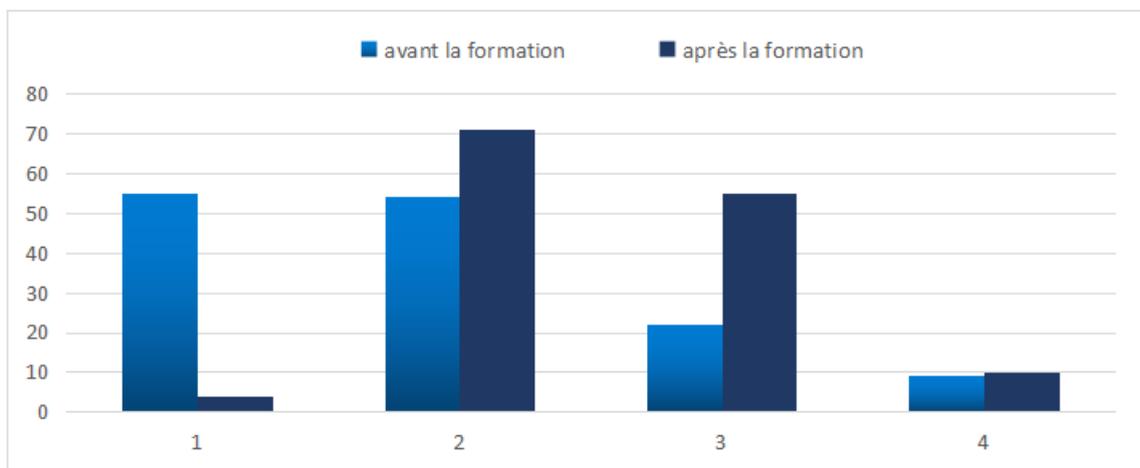


Figure 63 : Evolution du score total du trente-et-un item de l'échelle de QCAE

IV. Étude analytique :

Dans cette partie de notre étude, nous allons effectuer une analyse bi-variée des données afin de préciser les déterminants de l'empathie et son évolution après avoir assisté à la formation.

1. Résultats analytiques des facteurs associés :

Les caractéristiques de la population étudiée concernant les étudiants en médecine étaient comme suit (Tableau V) :

Tableau V : Caractéristiques de la population des étudiants en médecine.

Facteurs	Effectifs	(min-max)	Pourcentage	Moyenne
Age	140	22-26		23.22
Genre	140	F	67.14%	
		M	32.86%	
Statut marital	140	Célibataire	97%	
		Marié vivant ensemble	1%	
		Marié vivant séparément	2%	

Les moyennes des scores «Jefferson total» et «QCAE» chez les étudiants en médecine selon les caractéristiques étudiés étaient comme suit (Tableau VI) :

Tableau VI : Distribution des moyennes des scores «Jefferson total» et «QCAE» chez les étudiants en médecine selon les facteurs étudiés.

Facteurs	Min-Max	Moyennes des scores «Jefferson total»	Moyennes des scores «QCAE»
Age	22	86.31	66.06
	23	84.96	66.29
	24	84.94	66.29
	25	85.89	66.66
	26	97	64
Genre	F	85.24	66.29
	M	85	66.03
Statut marital	Célibataire	84.96	66.29
	Marié vivant ensemble	85	64
	Marié vivant séparément	83.73	64.57

L'analyse statistique a été réalisée en calculant le «p» de signification pour chacun des facteurs étudiés, afin de déterminer ceux qui étaient significativement associés ($p < 0.05$) avec le score «Jefferson total» et le score «QCAE» de l'empathie chez les étudiants de médecine (Tableau VII).

Tableau VII : Résultats des tests de signification de l'analyse bi-variée des étudiants en médecine.

Facteurs	Score «Jefferson total»	Score «QCAE»
Age	P=0.0004	P=0.001
Genre	P=0.0008	P=0.001
Statut marital	P=0.0003	P=0.0008

2. Analyse des résultats :

2.1. Facteurs associés :

Les résultats analytiques des facteurs associés nous ont permis, par le biais du test de signification de l'analyse bi-variée à travers le score « Jefferson total » et le score «QCAE», de mettre en évidence chez les étudiants en médecine, une association commune et significative entre l'empathie et :

a. L'âge :

Les moyennes des scores de l'empathie augmentaient avec l'âge chez les étudiants en médecine.

b. Le genre :

Les moyennes des scores de l'empathie des étudiants en médecine étaient plus élevées chez le sexe masculin par rapport au sexe féminin.

c. Le statut marital :

Les étudiants mariés avaient des moyennes des scores de l'empathie supérieures aux autres étudiants.

2.2. Evolution de l'empathie :

a. Score de Jefferson :

La moyennes du score « Jefferson total » de l'empathie augmentaient après avoir assisté à la formation (Figure 64).

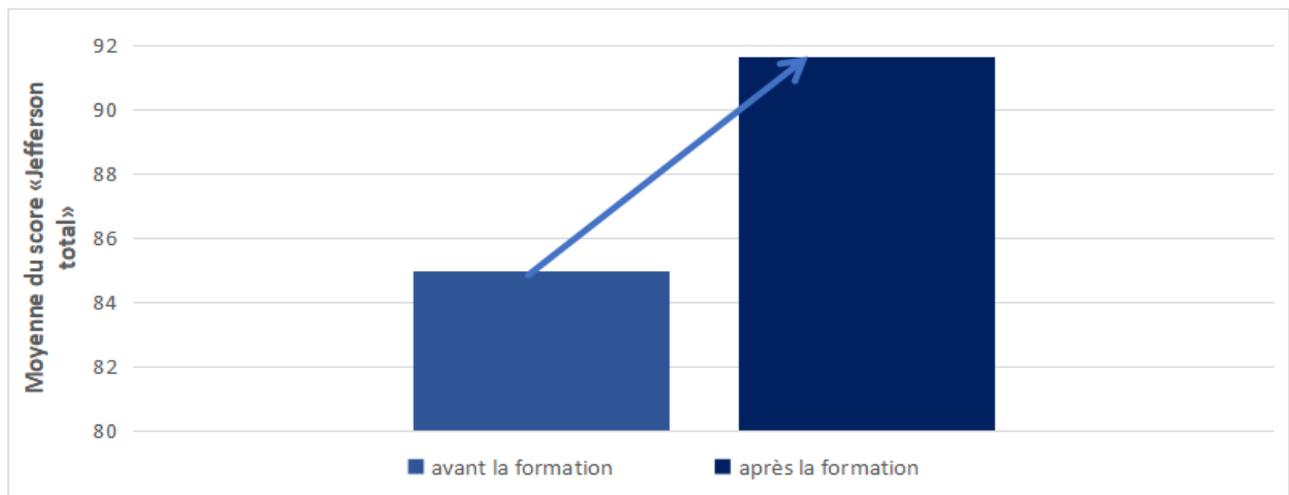


Figure 64 : Evolution de la moyenne du score «Jefferson total»

b. Score de «QCAE» :

La moyennes du score « QCAE » de l'empathie augmentaient après avoir assisté à la formation (Figure 65).

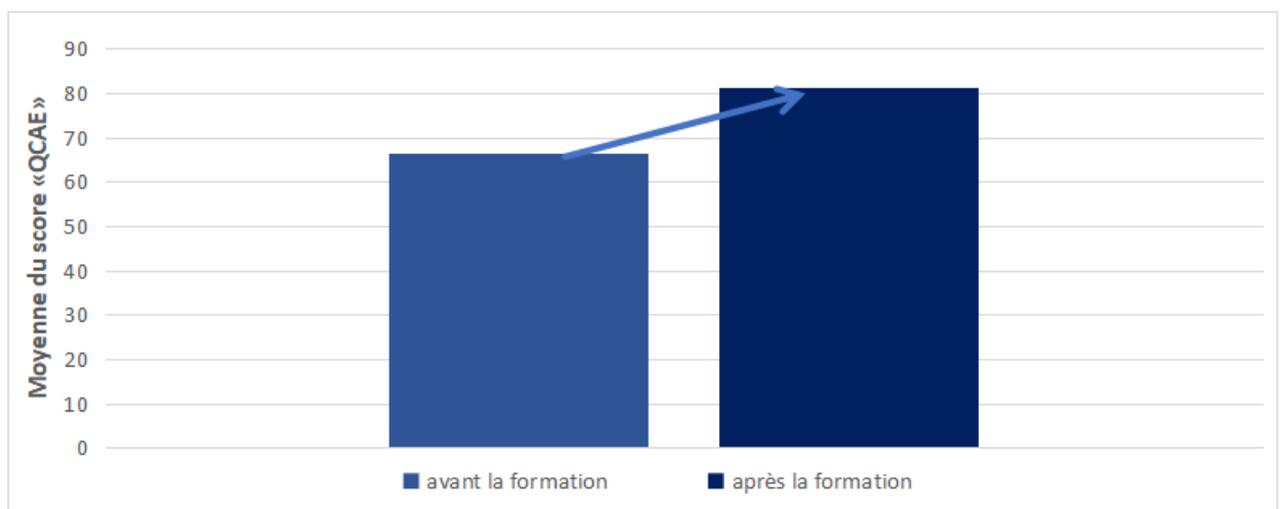


Figure 65 : Evolution de la moyenne du score «QCAE»



DISCUSSION



I. Généralités :

L'empathie est considérée comme étant un concept naturel et social, attribué aux différentes disciplines telles que la philosophie, la psychologie, la sociologie et la médecine. Cela montre la richesse du concept de l'empathie et explique les différentes définitions existantes.

D'où l'intérêt d'aborder et d'identifier les racines du terme «empathie».

1. Origine de l'empathie :

1.1. Origine esthétique :

L'origine du mot empathie provient du terme allemand «Einfühlung» créé par le théoricien Robert Vischer dans son essai «Sur le sentiment optique des formes ; Contributions à l'esthétique» en 1873.(4)

Le Einfühlung est donc à l'origine de la notion d'empathie suggérée par Vischer pour tenter de cerner la projection des sentiments psychiques réels qui porte à apprécier les gens et les choses qui nous entourent. C'est, en fait, une projection de soi dans la beauté de l'objet.(5)

En 1903, Théodore Lipps reprend la théorie du Einfühlung pour l'adapter à la psychologie. Dans cet écrit, il définit l'empathie de manière très générale comme « [le] fait d'être intérieurement "dans" une chose ou "auprès" d'elle », c'est-à-dire, plus précisément, comme la capacité à se projeter, en tant que sentiment du moi, sur les objets appréhendés dans la conscience et à prendre part subjectivement à ces derniers.(6)

1.2. Origine fondamentale :

Au début, la définition de l'empathie a été limitée dans son caractère en rapport avec l'émotion de l'être humain envers le monde extérieur. Ceci a fait l'objet de nombreuses études ce qui a permis de donner à l'empathie un caractère multifactorielle.

Selon le psychothérapeute Carl Rogers, l'empathie est définie comme étant une variable significative de la relation d'aide. Il s'agit de percevoir de l'intérieur les réactions personnelles et les sentiments essentiels du client, tels qu'ils apparaissent au client lui-même, et de lui communiquer cette compréhension. Rogers écrit : « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».(7)

Pour Jean Decety, l'empathie n'implique pas seulement une réponse affective déclenchée par l'état émotionnel d'une autre personne mais elle nécessite également une reconnaissance et une compréhension minimales des états mentaux de cette personne. Donc l'empathie repose sur notre capacité à reconnaître qu'autrui nous est semblable mais sans confusion entre nous-même et lui. Par conséquent, une autre caractéristique essentielle de l'empathie réside dans la distinction entre soi et l'autre, et ce parallèlement avec l'expérience d'un partage affectif.(8)

Deux composantes interagissent pour créer l'empathie :

- Une composante de résonance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique, non contrôlable et non intentionnel.
- La prise de perspective subjective de l'autre qui est plus contrôlée et intentionnelle.(8)

Hoffman, le principal théoricien de l'empathie, y voit deux dimensions. D'abord, il y a la reconnaissance des états internes d'autrui (pensées, perception et émotions d'une autre personne) puis, la réponse affective vicariante. En fait, Hoffman conçoit l'empathie comme «une réponse affective qui est plus en lien avec la situation d'une autre personne qu'avec la nôtre». (9)

1.3. Pyramide de Tisseron :

L'empathie peut en effet être représentée sous la forme d'une pyramide constituée de trois étages superposés (Figure 66), correspondant à des relations de plus en plus riches, partagées avec un nombre de plus en plus réduit de gens. (10)

a. Premier étage : Empathie directe (unilatérale) :

Elle correspond à ce qu'on appelle plus couramment identification. Elle consiste à comprendre le point de vue de l'autre (c'est l'empathie cognitive) et ce qu'il ressent (c'est l'empathie émotionnelle). « S'identifier » ne signifie pas que l'on se mette totalement à la place de l'autre, mais qu'une résonance s'établit entre ce que l'autre éprouve et pense, et ce que l'on éprouve et pense soi-même. L'identification ne nécessite pas de reconnaître à l'autre la qualité d'être humain (11). Ses bases sont neurophysiologiques et elle est toujours assurée chez le bébé, aussitôt qu'il est capable de faire la distinction entre l'autre et lui-même, sauf difficultés liées à l'existence de troubles envahissants du développement psychomoteur.

b. Deuxième étage : Empathie réciproque :

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 (11). Toute relation qui implique cette dimension de la reconnaissance « ne construit pas fictivement son objet, mais le saisit dans tous les aspects de sa particularité concrète » (12).

La reconnaissance mutuelle a trois facettes :

- Reconnaître à l'autre la possibilité de s'estimer lui-même comme je le fais pour moi (c'est la composante du narcissisme).
- Lui reconnaître la possibilité d'aimer et d'être aimé (c'est la composante des relations d'objet).

- Lui reconnaître la qualité de sujet du droit (c'est la composante de la relation au groupe).

c. Troisième étage : Inter subjectivité :

Elle consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des aspects de moi-même que j'ignore. C'est ce que je nomme l'« empathie extimisante », pour la rapprocher de la notion d'extrémité (13). Dans l'empathie extimisante, il ne s'agit plus seulement de s'identifier à l'autre, ni même de reconnaître à l'autre la capacité de s'identifier à soi en acceptant de lui ouvrir ses territoires intérieurs, mais de se découvrir à travers lui différent de ce que l'on croyait être et de se laisser transformer par cette découverte (11).

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 (14).

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 ne s'agit plus seulement de s'identifier à l'autre, ni même de reconnaître à l'autre la capacité de s'identifier à soi en acceptant de lui ouvrir ses territoires intérieurs, mais de se découvrir à travers lui et de se laisser transformer par cette découverte (15).

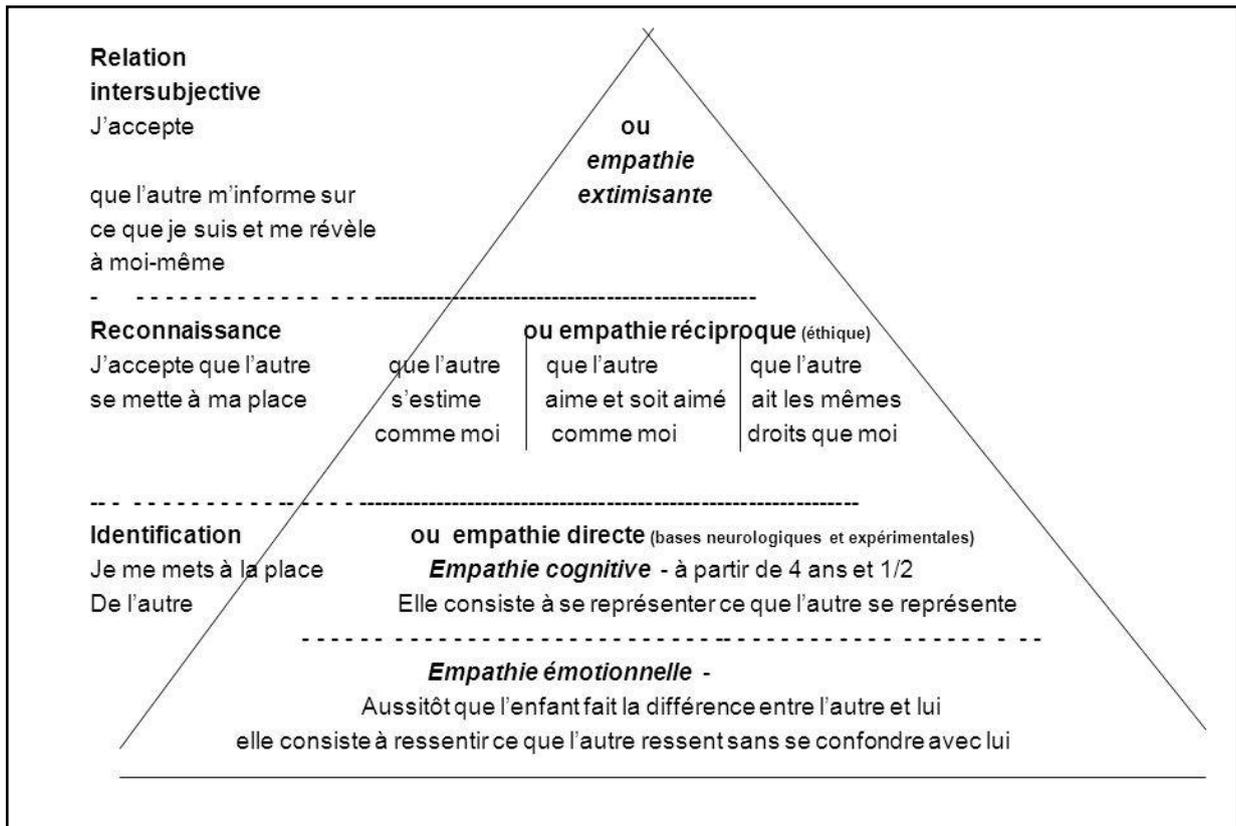


Figure 66 : Schéma récapitulatif de la pyramide de Tisseron (16).

1.4. Définition par négation :

L'empathie est souvent confondue avec la sympathie, la compassion et l'identification, alors qu'elle en est différente (10). Donc il est possible de définir l'empathie par opposition :

a. Empathie et compassion :

Il existe probablement un large débat philosophique sur la distinction ou la proximité entre l'empathie et la compassion. Selon le moine bouddhiste «Matthieu Ricard», la compassion est définie comme le désir de mettre fin aux souffrances d'autrui et à leurs causes. La compassion n'est rien d'autre que l'amour donné à ceux qui souffrent (17).

Mais dans notre référentiel occidental, la compassion « met l'accent sur la souffrance » : elle véhicule l'idée d'une victime à protéger, à défendre et peut alors s'accompagner d'un sentiment de supériorité (10).

Donc La compassion est le fait de souffrir avec quelqu'un alors que l'empathie c'est le fait d'entrer en résonance avec un sujet en face nous et se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux comprendre (18).

b. Empathie et sympathie :

L'empathie est souvent mal distinguée de la sympathie car les deux termes présentent des points communs.

Selon l'étymologie des mots, Sym-pathie désigne « ressentir avec », c'est à dire faire un avec l'objet observé et partager ses pensées et sentiments, la sympathie s'accorde donc à «être dans l'émotion» avec autrui(19).Alors que le terme empathie correspond à «ressentir en dedans».

Pour conclure même si l'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre ; la détresse en retour ou la sympathie induisent une motivation égoïste (aide lorsqu'il est difficile de faire autrement) tandis que l'empathie suscite une motivation altruiste (aide même lorsqu'il est possible de se dérober facilement à la situation pénible de l'autre) (20).

Ce tableau élaboré par Diane Dechièvre en 2006 reprend les différences entre l'empathie, la sympathie et la compassion.Le tableau définit les 3 concepts de manière théorique voir utopique, ce qui a néanmoins l'intérêt de bien les déduire. Dans la réalité aucune de ces 3 notions ne peut être respectée de manière absolue.

Tableau VIII : Récapitulatif des différences entre empathie, sympathie et compassion
(Dechièvre 2006)

	Objectif	Manière	Implication émotionnelle	Conséquences probables
Empathie	La compréhension de l'interlocuteur. Qu'il s'agisse de choses <u>positives</u> comme de choses <u>négatives</u> .	Se mettre à la place de l'autre tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre (pas de projection).	Idéalement : aucune ! Neutralité.	L'optimisation de la communication, par la prise en considération de ce qui est exprimé par l'autre. La qualité de l'accueil de l'autre.
Sympathie	Le bien-être de son interlocuteur. Sa séduction pour un retour de sentiment positif. Créer des sentiments <u>positifs</u> .	Sourire, compliments, invitation à faire « avec », à partager. Créer un climat de confiance et un esprit d'équipe avec son interlocuteur.	Emotions positives chez l'interlocuteur éveillées par celui qui est sympathique.	Création de sentiments d'amour ou d'amitié réciproques. Un meilleur esprit d'équipe. Risques : - hypocrisie - manipulation
Compassion	La consolation de la souffrance de son interlocuteur. Vivre des sentiments <u>négatifs</u> .	Se confondre avec l'interlocuteur pour vivre les mêmes émotions négatives que lui.	Emotions négatives véhiculées par celui qui souffre et vécues comme telles par celui qui compatit.	Un lien confidentiel très fort. Risques ultérieurs : - dépendance psychologique ; - abus de faiblesse.

© Diane Dechièvre, 2006

c. Empathie et contagion émotionnelle :

La contagion élémentaire serait présente chez le nouveau né ressentant les émotions de ses parents et autrui autour de soi. Les processus d'inhibition qui vont permettre de se déduire de l'autre ne sont pas encore mis en place (21).

La contagion émotionnelle est la composante automatique qui rend possible l'empathie à condition d'acquiescer les fonctions de régulation, d'inhibition. « On peut ainsi se représenter l'empathie comme un « partage » plus ou moins intense mais toujours « mesuré » de l'émotion de l'autre. Si la « mesure » n'est plus là, on peut considérer que l'on est dans le registre de la contagion émotionnelle »(22).

1.5. Place de neuroscience dans l'empathie :

Les études en neuroimagerie fonctionnelle et les observations de patients porteurs de lésions cérébrales indiquent que les dimensions de l'empathie mettent en jeu des circuits neuronaux qui interagissent mais sont relativement distincts (23).

Le développement de l'empathie suit la dynamique de la maturation progressive du cerveau et des représentations qu'il instancie et intègre en interaction avec l'environnement social. Il existe une variabilité de la maturation de la matière grise selon les régions cérébrales ainsi que de la myélinisation de la substance blanche, responsable de leurs connexions au cours de l'ontogenèse (23).

Dans le contexte du traitement de l'émotion, il a été proposé que la perception d'une émotion chez un autre individu active chez l'observateur les mécanismes neuronaux qui sont responsables de l'expérience d'une émotion similaire (24). Cette idée repose sur la découverte des « neurones miroirs » (c'est-à-dire les neurones sensorimoteurs) chez le singe, situés dans les cortex prémoteur ventral, moteur primaire et pariétal postérieur (25).

Les études qui rapportent l'implication des neurones miroirs dans la perception des émotions chez l'homme sont souvent basées sur le simple fait qu'une activation a été détectée dans le gyrus frontal inférieur (région homologue du cortex prémoteur ventral chez le singe dans laquelle ces neurones ont été découverts). Ces études interprètent leurs résultats de façon circulaire, s'appuyant sur un raisonnement logique fallacieux : puisque cette région est activée dans la condition expérimentale et que des neurones miroirs ont été localisés dans cette même région (dans d'autres études), alors

le système des neurones miroirs est impliqué dans cette tâche. Une référence plus indirecte à la contribution des neurones miroirs dans l'empathie, devenue populaire au cours des cinq dernières années, s'appuie sur l'interprétation d'une activation commune – au sein d'une même région cérébrale – à l'expérience d'un état émotionnel et à son observation chez autrui (26).

En résumé, la référence aux neurones miroirs dans l'empathie, devenue populaire durant les dernières années, repose le plus souvent sur l'interprétation de toute activation commune entre l'expérience d'un état émotionnel et l'observation du même état chez un autre individu comme activité miroir, ou circuits neuronaux partagés.

De nombreuses études indiquent que lorsque nous percevons ou imaginons autrui dans des situations douloureuses, les régions impliquées dans la douleur physique sont actives chez l'observateur. Ce circuit inclut le cortex somatosensoriel secondaire (mais pas systématiquement), l'insula antérieure, le cortex cingulaire antérieur (dans sa partie ventrale et parfois dorsale), l'aire motrice supplémentaire et la PAG (27). Chez l'homme, ce mécanisme de détection de la détresse de l'autre est modulé de façon non consciente (il peut être inhibé ou amplifié) par divers facteurs sociaux tels que les relations interpersonnelles ou l'appartenance à un groupe (ethnique, politique, religieux). percevoir ou imaginer un autre individu souffrir ou en détresse est associé à des réponses hémodynamiques dans le réseau neuronal traitant les aspects affectifs et sensoriels de la douleur. Il est important de noter que ce réseau (cortex cingulaire antérieur, insula, PAG et amygdale) n'est pas spécifique à l'expérience émotionnelle de la douleur. Il est aussi impliqué dans des processus plus généraux tels que l'attention, l'évaluation des stimuli négatifs et la sélection de mouvements défensifs squeletto-musculaires associés à des mécanismes de survie tels que l'aversion et le retrait lorsqu'un organisme est face à un danger ou à une menace (28).

Jean Decety est un neurobiologiste et professeur au département de Psychiatrie et Neurosciences de l'université de Chicago, qui a beaucoup étudié l'empathie d'un point de vue neuroscientifique. Il décompose l'empathie en 4 composantes, chaque composante étant basée sur un substrat neuronal spécifique (29) :

- -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 pré frontal 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 » [28]. 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 » (29).

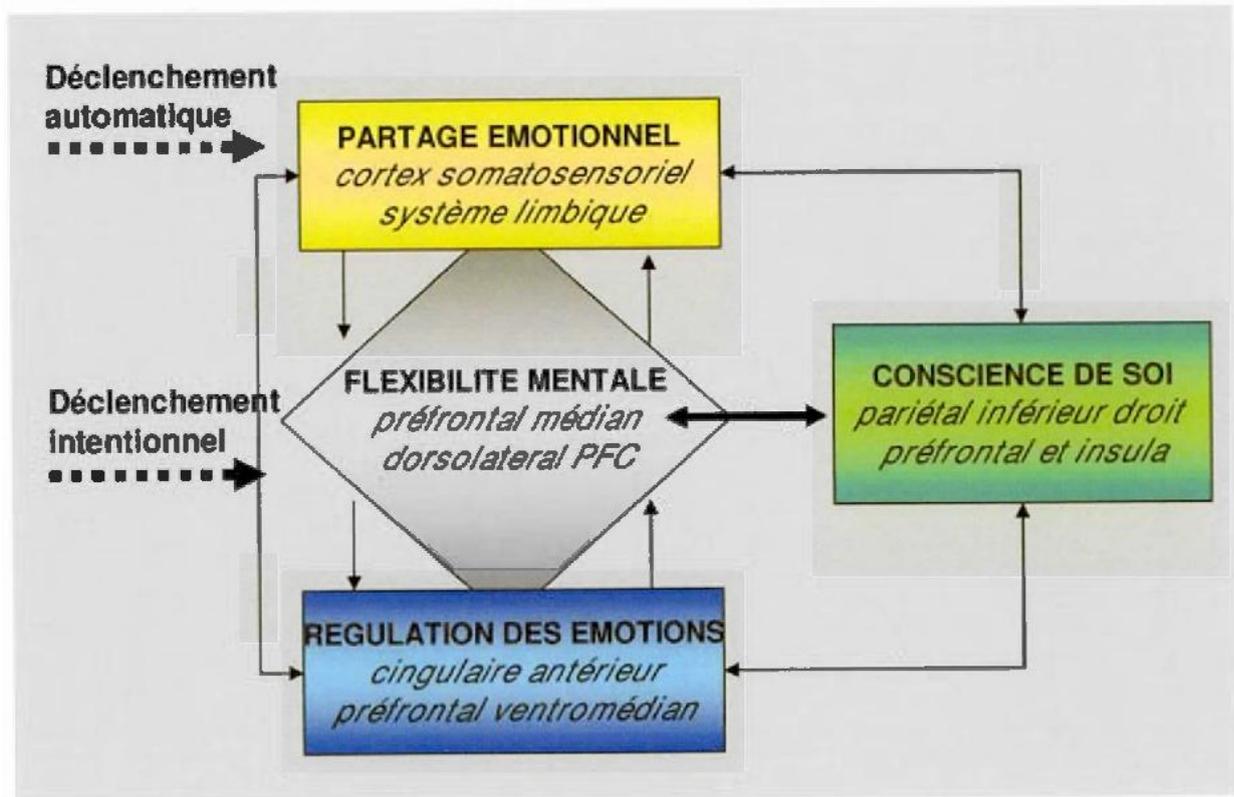


Figure 67 : Principales composantes impliquées dans le mécanisme d'empathie.

En conclusion, l'empathie repose sur une disposition innée et une capacité consciente c'est à dire la faculté de se mettre à la place d'autrui (30).

Pour Carl Rogers «l'état d'empathie,ou la qualité d'être empathique » est alors défini comme« consistant à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent comme si l'on était la personne, elle même mais sans perdre de vue le « comme si » (39). Des études actuelles confirment les travaux de Rogers sur l'importance de l'empathie et de la relation thérapeutique : «L'empathie est la composante essentielle de la relation d'aide développée par C. Rogers.[...]Elle est considérée avec l'écoute comme l'un des éléments clés de la relation thérapeutique» (41).

2.3. Intérêt de l'empathie dans la RMM;

L'empathie est une qualité primordiale que le patient attend de son médecin.

a. Intérêt pour le patient et pour la RMM :

L'empathie permet :

- **L'amélioration de la satisfaction et de l'adhésion des patients**

L'étude de Hojat menée en 2011 et ayant pour objectif de développer un instrument de mesure de la satisfaction des patients en 10 items, a montré une corrélation entre la satisfaction des patients et la perception du patient quant à l'empathie du médecin (42).

- **La diminution de l'anxiété et du sentiment de stress**

Dans l'étude de Van Dulmen (43), l'auteur met en évidence deux types de comportements que le médecin peut avoir lors d'une consultation, en réponse à une préoccupation du patient.

Le comportement instrumental, qui vise à renforcer la capacité de compréhension du patient, afin de maîtriser son problème de santé et permettre une autogestion. Il s'agit par exemple de l'information sur sa maladie, de la pose de question sur sa compréhension du biomédical. En somme, ce qui peut s'apparenter à de l'éducation thérapeutique.

Le comportement affectif, qui a pour but de faciliter la divulgation d'information et de renforcer l'adaptation émotionnelle du patient. L'empathie et l'utilisation de paraphrases font partie de ce comportement affectif. En répondant ainsi aux préoccupations d'un patient, le médecin reconnaît le contenu émotionnel d'un énoncé du patient, le patient se sent compris, soulagé, ce qui permet de donner davantage d'informations à son médecin et ainsi une meilleure alliance thérapeutique. A l'inverse, si dans ce contexte le médecin donne une réponse instrumentale, en ignorant le contenu émotionnel, le patient reste dans son état d'anxiété. Il s'agit pour le médecin de pouvoir jongler entre ces 2 comportements, de manière adaptée à une situation donnée.

Dans cette étude, il a été constaté que plus la réponse du médecin était appropriée, en faisant preuve d'empathie, et plus l'anxiété du patient diminuait (43).

- **De meilleurs diagnostics et résultats :**

D'après l'étude de Levison et Roter (44), les médecins ayant des attitudes positives à l'égard des problèmes psychosociaux de leurs patients, en montrant plus d'empathie et de réassurance, et en utilisant moins de questions fermées, arrivaient à obtenir plus d'informations sur les problèmes psychologiques et sociaux de leurs patients. Grâce à ces modèles de communication, les médecins obtenaient une meilleure adhérence thérapeutique, posaient de meilleurs diagnostics puisqu'ils avaient davantage d'informations. Cette étude a montré que les patients des médecins ayant une attitude positive (empathie, réassurance, utilisation de question ouverte) étaient plus actifs aux soins (posaient des questions, exprimaient une opinion).

- **De meilleurs diagnostics et résultats :**

Une étude prospective réalisée dans un cabinet de 5 médecins généralistes en Écosse a montré que les plaintes des patients changeaient de manière positive et qu'ils étaient plus autonomes lorsqu'ils avaient un médecin généraliste qui était plus empathique(45).

b. Intérêt pour le médecin :

• La diminution du risque de burn-out du médecin

Le Pr Cedric Lemogne a déclaré lors d'une conférence devant l'Académie Française de médecine : « Le partage des émotions des patients peut entraîner un risque d'épuisement professionnel chez les médecins et les étudiants en médecine et réduire leurs capacités d'empathie. De fait, un déclin de ces capacités est observé au cours des études de médecine. Une meilleure prise de perspective semble protéger les médecins en exercice des effets potentiellement délétères de l'empathie tout en préservant leurs préoccupations empathiques. Les interventions destinées à promouvoir l'empathie clinique chez les étudiants en médecine devraient cibler aussi bien les compétences communicationnelles que les valeurs humanistes qui leur sont transmises, les premières dépendant des secondes pour se développer. » (46).

D'après la thèse d'exercice d'Aude Woerner, il a été démontré que les médecins en burn-out présentaient des scores d'empathie affective et cognitive plus faibles (47).

3. Les déterminants de l'empathie :

3.1. Facteurs socio-démographiques :

❖ L'âge :

Des études ont montré l'absence de corrélation entre l'âge des médecins et leurs scores à différentes échelles de mesure de l'empathie (3).

L'empathie, comme d'autres compétences relationnelles, ne bénéficie pas de l'expérience (48).

❖ Le genre :

Hojat a réalisé des études sur les variations d'empathie en fonction du sexe des médecins : elle a d'abord montré aux États-Unis (3) que les femmes obtenaient un meilleur score que les hommes ($p=0,08$). Elle a ensuite effectué la même étude au Japon (49) avec le même résultat ($p=0,02$), puis en Italie (50) qui retrouvait la même tendance mais la différence n'était pas significative ($p=0,17$).

Les psychiatres ont reçu une note moyenne de compassion qui était nettement supérieure à celle des médecins spécialisés en anesthésiologie, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, radiologie, chirurgie cardiovasculaire, obstétrique, gynécologie et chirurgie générale. Aucune différence significative n'a été observée sur les scores d'empathie chez les médecins spécialisés en psychiatrie, médecine interne, pédiatrie, médecine d'urgence, et médecine de famille. (3)

❖ **La formation du médecin :**

Un essai randomisé a été réalisé par le Dr Bonvicini (54) et retrouve une modification de l'empathie suite à des cours de communication chez des médecins. On y retrouvait une augmentation de l'empathie des médecins de 37%.

Le Dr Riess retrouve dans son étude sur les internes d'ORL une modification de l'empathie suite à leur formation. Leur capacité à être empathique a été évaluée avant et après une formation sur l'empathie et les résultats semblent orientés vers une augmentation de l'empathie. La formation était basée sur l'apprentissage des mécanismes neurobiologiques de l'empathie et une sensibilisation à sa physiologie (55).

Tandis que le Dr Buffel du Vaure ne retrouve pas d'association significative entre les différentes dimensions de l'empathie et les formations évaluées. (51)

❖ **La durée de consultation :**

Un temps de consultation long est associé à un gain d'empathie (51).

❖ **Le « Burn-out » et stress :**

Pour T. Tournebise, « l'empathie produit une sorte d'état fusionnel, générant illusion, confusion et affectivité ». Il est en effet reconnu que les médecins éprouvent du stress et du chagrin vis à vis des souffrances de leurs patients (40). Les émotions peuvent alors compromettre le bien être personnel du clinicien, le conduire au burn out, au stress moral, voir aux mauvaises décisions médicales.

Toutes ces émotions négatives et ce stress ont un effet négatif sur la prise en charge du patient (56). Landau va jusqu'à penser que l'empathie n'est pas utile voire dangereuse et qu'il faut l'éviter en médecine (57).

Selon l'étude «burn-out et empathie dans les soins primaires : trois hypothèses » (58), 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.

Concernant le lien avec le stress, plusieurs arguments tendent à faire penser qu'il existe un lien avec l'empathie (59).

En effet, le burn-out survient chez un individu exposé à un stress chronique (60). Or, comme le burn-out a une corrélation négative avec l'empathie, on peut supposer, comme les médecins allemands, que le stress entraîne une diminution de l'empathie.

Passalacqua S.C. et Segrin C ont réalisé une étude en 2012 sur l'impact des longues gardes sur les internes (61). Ils ont demandé aux internes de remplir un questionnaire évaluant l'empathie, le stress et le burnout au début et à la fin de leur garde. Les auteurs retrouvent que ces longues périodes d'exercice entraînent une augmentation du stress, du burnout et une diminution de l'empathie (59).

L'erreur médicale est également un facteur de stress non négligeable auquel sont soumis beaucoup d'internes. En effet selon Mizrahi en 1984, 47% des internes pensent avoir réalisé d'importantes erreurs médicales au cours de leur cursus (62). Or, une étude longitudinale prospective, réalisée par Colin P. et Mashele M. et al sur trois ans en 2006 (63) s'est intéressée, entre autre, à l'impact de l'auto perception des erreurs médicales des internes sur leur empathie avec l'IRI. Les auteurs ont remarqué que la perception des erreurs médicales entraînait un déclin de l'empathie.

En somme, l'empathie des internes et étudiants en médecine est modifiée au cours du temps par des déterminants contextuels variables au cours du temps et des conditions d'exercices. Ils sont les suivants :

- ❖ Diminution de la qualité de vie
- ❖ Détresse professionnelle liée à un burnout
- ❖ Situation de stress liée aux conditions de travail et à l'exposition aux erreurs médicales (59).

4. Évolution de l'empathie au cours des études médicales :

Devant l'importance de l'empathie dans la pratique du soin, il convient de développer et renforcer cette compétence au cours des études de médecine. De nombreuses études observationnelles ont été réalisées dans le but de savoir comment l'empathie évoluait au cours du cursus médical.

Partant du constat déjà documenté que les étudiants en médecine font preuve de plus en plus de cynisme au cours de leur cursus de formation, Hojat montre, dans une première étude datant de 2004, une décroissance, modeste mais statistiquement significative, du score global d'empathie sur la JSPE-S entre le début et la fin de la troisième année chez des étudiants en médecine aux États-Unis – la troisième année, étant aux USA, la première année durant laquelle les étudiants sont en contact avec des patients au cours de stages – qui est donc le début de leur apprentissage clinique (64).

Il a ensuite réalisé une seconde étude, afin de déterminer exactement l'évolution de l'empathie au cours des études de médecine. Dans cette étude longitudinale, il a distribué aux étudiants de deux promotions (2002 et 2004) une JSPE-S à remplir avant le début de leur première année puis à la fin de leur première, deuxième, troisième et quatrième année de formation. Il a ainsi montré que le score moyen d'empathie chez les étudiants en médecine reste stable jusqu'à la fin de la deuxième année, puis qu'une baisse, cette fois-ci importante, du score moyen d'empathie survient lors de la mesure

effectuée en fin de troisième année. Le score moyen reste bas en fin de quatrième année. Les résultats en sous catégories suggèrent que cette tendance se vérifie aussi bien chez les femmes que chez les hommes et quelle que soit la spécialité envisagée (65). Les résultats étaient identiques dans une autre étude, menée également aux États-Unis (66).

Dans une étude plus récente (67), également située aux États-Unis, l'empathie des étudiants a été testée simultanément par la JSPE-S et le QCAE. Si les résultats montraient un déclin significatif de l'empathie mesurée par la JSPE-S, en revanche, testée avec le QCAE, le score global d'empathie augmentait de manière significative, ainsi que le score pour chaque sous-partie de l'échelle en-dehors de « online simulation ».

Dans une revue de la littérature ultérieure (68), Neumann a de nouveau retrouvé un déclin significatif de l'empathie au cours des études médicales, en particulier au moment du cursus où les étudiants débutent leur formation clinique.

Elle s'est attachée également à expliciter les raisons de ce déclin. Outre les facteurs dont nous avons déjà pour certains discutés (la spécialité envisagée, le début de l'expérience clinique face aux patients, le burnout, la mauvaise qualité de vie, la dépression), elle décrit plus particulièrement les facteurs de détresse en lien avec ce que nombre d'auteurs nomment le « curriculum caché » (il s'agit de l'influence des expériences vécues à l'hôpital, des échanges et des observations d'attitudes) :

- La maltraitance par les supérieurs ou les mentors (harcèlement, humiliation, rabaissement, dégradation, discriminations spécifiques)
- La vulnérabilité : régression des valeurs idéalistes, enthousiastes et humaines au moment de la confrontation avec la réalité clinique et la priorisation des aspects techniques et objectifs sur les aspects humains de la médecine

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

- Le soutien social : manque de soutien de la part des pairs, diminution des contacts familiaux
- La charge de travail importante, qui ne laisse que peu de place à la relaxation (69).

Les raisons du déclin de l'empathie au cours des études ont également été explorées de façon qualitative auprès d'étudiants britanniques à la fin de leur première année d'apprentissage clinique (70). La plupart ont identifié une « érosion éthique » au cours de leur cursus et chez leurs collègues. Les raisons perçues par les participants à l'étude et invoquées étaient :

- Le temps limité passé avec le patient, du fait d'un trop grand nombre de patients et de tâches à gérer
- Le niveau de stress lié à la pression et l'environnement du travail
- Les variabilités inter-spécialités
- La charge de travail
- Les moyens de défense, tel que l'humour parfois inapproprié, employés contre un éventuel engagement émotionnel
- Leur propre perception et leur position dans la société, comparée à celle des patients, voire leurs jugements envers les patients. (70)

Il est intéressant de noter que la plupart des études retrouvant une diminution de l'empathie ont été réalisées aux États-Unis. On en retrouve certaines ayant les conclusions inverses dans d'autres pays. Par exemple au Royaume-Uni, Quince et al en

2011 retrouvent une stabilité de l'empathie au cours des études médicales (71) et Tavakol et al en 2001 notent une augmentation des scores (71). Une autre étude faite en Éthiopie montre une augmentation de l'empathie affective entre la première et la dernière année de médecine (72).

❖ **Mauvais jugement médical :**

L'empathie chez les médecins peut conduire à un mauvais jugement médical. Les médecins empathiques ont un plus grand risque de faire une évaluation imprécise parce qu'ils laissent leurs émotions prendre le pas sur le côté scientifique de leur travail"(77)

❖ **Sensation d'être meilleur cliniquement :**

Les étudiants ont la sensation d'être meilleurs cliniquement quand ils ont plus d'empathie. Ceux ayant des scores d'empathie plus élevés ont des notes plus élevées lors des examens oraux alors que les notes des examens écrits ne sont pas corrélées au niveau d'empathie. Ceci est expliqué que par le fait que comprendre les sentiments et les expériences du patient influence les relations interpersonnelles (78). Le danger est alors d'oublier de se remettre en question.

5.2. Les biais de l'empathie:

Nos sentiments d'empathie ne sont pas distribués de manière égale entre les personnes que nous côtoyons. Gibert et al évoquent 3 principaux biais pour expliquer pourquoi nous éprouvons plus d'empathie pour une personne que pour une autre..

❖ **Le biais racial et social : similarité avec nous-mêmes :**

La résonance empathique est diminuée par le contexte social et les « a priori » que nous avons d'une population cible (79,80). Cette résonance empathique a de même été retrouvée comme facteur influençant le traitement contre la douleur en fonction de la race (81). Cela signifie que la race des patients, de même que le contexte social, influent sur la prise en charge. Le médecin se sent plus proche de ceux auxquels il ressemble.

En conclusion, nous pouvons dire que nous éprouvons plus d'empathie pour les gens qui nous ressemblent.

Les déterminants de l'empathie et l'attention particulière accordée à l'empathie des étudiants en médecine sont autant d'indices des points d'intérêt ou de vigilance auxquels une telle formation doit répondre.

7. Échelles d'évaluation de l'empathie :

Après avoir défini le concept d'empathie et ses implications dans la RMM, nous allons ici aborder la question de mesure de l'empathie. L'empathie est une notion subjective, sa mesure apparaît difficile voir impossible, donc peut-on mesurer ce qui est subjectif?

Nous avons recensé vingt sept échelles évaluant l'empathie sur une période allant de 1942 à 2007. La plupart servent à mesurer l'empathie dans une population générale (Carkhuff, 1967; *Interpersonal Reactivity Index*, Davis, 1980 ; *Empathy Scale*, Hogan, 1969 ; *Questionnaire Measure of Emotional Empathy*, Mehrabian et Epstein, 1972 etc.). Certaines ne ciblent qu'un aspect de l'empathie : cognitif ou émotionnel (*Questionnaire Measure of Emotional Empathy*, Mehrabian et Epstein, 1972 ; *Emotional Empathy Scale*, Ashraf, 2004), et d'autres concernent une population spécifique : les adolescents (*Basic empathy Scale*, Joliffe *et al.*, 2006), les personnes atteintes du syndrome d'Asperger (*Empathy quotient*, Baron Cohen et Wheel Wright, 2004)... Quant aux échelles d'empathie employées en recherches médicales et en soins infirmiers, elles sont majoritairement auto évaluatives (82).

Une revue de la littérature (Hemmerdinger *et al.*, 2007) concernant les tests d'empathie en milieu médical confirme cette tendance. Les auteurs ont recensé 36 instruments de mesure de l'empathie : 14 échelles auto évaluatives, 5 échelles hétéro évaluatives remplies par les patients et 17 grilles d'observation effectuées par des chercheurs (83).

Cependant, cette échelle a des résultats discordants quant à sa reproductibilité et ne capture pas l'essence entière de l'empathie selon Baron-Cohen et Wheelwright en 2004 (86) et serait plutôt intéressante comme mesure des capacités sociales.

7.2. L'échelle d'empathie basale (BES) de Jolliffe et Farrington en 2005 (87) :

Cette échelle fut créée pour évaluer l'empathie cognitive et affective chez les adolescents d'environ 15 ans. Les items se basent sur la réaction du sujet à quatre des cinq "émotions de bases" : la peur, la colère, la tristesse et la joie.

L'évaluation initiale retrouvait une corrélation attendue entre les items de l'échelle et la mesure de la sympathie, de la prise de perspective de l'IRI, de l'alexithymie (difficulté à exprimer ses émotions (88), de l'amabilité, de la rigueur, de l'ouverture d'esprit. Carré et al en 2013 (89) ont montré la validité de cet outil de mesure de l'empathie affective et cognitive chez les adultes et dans sa version française.

7.3. Le quotient d'empathie (EQ) de Baron-Cohen et Wheelwright en 2004 (86) :

Ce quotient se compose de 40 items relatifs à l'empathie et de 20 items de "remplissage" présents pour distraire et éviter que le participant ne se focalise sur l'empathie. Ces items se cotent sur une échelle de Likert de 4 points allant de "fortement d'accord" à "fortement en désaccord". La tentative initiale des auteurs de séparer les items entre catégories purement cognitive ou affective fût abandonnée car ces composantes interviennent en même temps et il est difficile de les déduire. La validation initiale de ce test a été faite en montrant que les adultes ayant des troubles autistiques type Asperger avaient des scores moins élevés que les sujets témoins.

Des analyses ultérieures du quotient d'empathie retrouvaient l'émergence de trois facteurs : l'empathie cognitive, la réactivité émotionnelle et les compétences sociales. Mis à part les compétences sociales, les deux autres facteurs avaient une corrélation modérée avec les sous-catégories préoccupation empathique et prise de perspective de l'IRI (90). Du fait de sa conception initiale, le quotient d'empathie a principalement son intérêt en psychopathologie car il permet d'estimer l'empathie chez des sujets présentant des troubles des interactions interpersonnelles (91).

7.4. L'indice de réactivité interpersonnelle de Davis en 1983 (IRI) :

L'IRI est une échelle d'auto-évaluation développée par Davis en 1980. Basée sur le postulat que l'empathie est un concept multidimensionnel, compris comme un ensemble de construits, reliés entre eux en ce qu'ils concernent tous la capacité de réponse aux autres, tout en étant clairement distincts les uns des autres. Elle mesure l'empathie dans la population générale. L'échelle contient 28 items permettant de mesurer 4 sous-échelles, chacune décrivant l'un des aspects de l'empathie dans sa globalité.

La première sous-échelle est la « perspective taking », la tendance spontanée à adopter le point de vue psychologique des autres.

La deuxième sous-échelle est la « fantasy scale », la tendance à se transposer par l'imagination à l'intérieur des ressentis et actions de personnages fictifs dans les livres, films, pièces de théâtre.

La troisième sous-échelle est le « empathic concern », évaluant les sentiments de sympathie et de souci orientés vers les personnes infortunées.

La quatrième sous-échelle est la « personal distress », qui mesure les sentiments internes d'anxiété personnelle ou de mal être dans les situations d'interactions tendues (92).

Dans une étude ultérieure, Davis a montré l'association entre ces quatre sous-échelles et cinq construits de la relation : les compétences sociales/fonctionnement interpersonnel, l'estime de soi, l'émotivité, la sensibilité aux autres et l'intelligence. (92)

Par ailleurs, il montre dans cette étude l'association entre ces quatre sous-échelles et les échelles de mesures utilisées antérieurement pour évaluer de façon distincte les dimensions cognitive et affective de l'empathie : la HES (dimension cognitive) et le QMEE (dimension affective). C'est la sous-échelle de « perspective taking » qui semble la plus fortement liée à la HES, et le plus faiblement au QMEE.

Au royaume uni, tavakol et al. (99) ont préféré nommer la troisième variable détachement émotionnel plutôt que "marcher dans les chaussures du patient.

Devant ces critiques des variables de la structure latente de l'échelle Jefferson, Hojat et LaNoue ont publié en 2014 (96) une analyse voulant confirmer leur modèle à trois variables de l'échelle. Les auteurs concluent à une validité de leurs trois variables qui restent stables même dans différentes cultures avec tout de même une faiblesse du "walking in patient shoes" qui n'est évalué que par deux items. Par souci de simplicité et de cohérence avec les créateurs de ce questionnaire, nous reprendrons dans les résultats et l'analyse ce modèle à trois variables évoqué par Hojat et LaNoue.

Ainsi, la prise de perspective est évaluée par les items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20; le soin compassionnel par les items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 et le "walking in patient shoes" par les items 3 et 6.

7.8. Le questionnaire d'empathie cognitive et affective (QCAE) de Reniers et al en 2010 (100) :

Les auteurs ont souhaité créer un outil permettant à la fois d'évaluer l'empathie cognitive et l'empathie affective qui serait plus fiable que le BES déjà existant. La définition de l'empathie des auteurs du BES n'est, selon eux, pas assez précise, en ce sens qu'elle exclue les aspects liés au fonctionnement interpersonnel.

Le QCAE se compose de 31 items se cotant sur une échelle de Likert de quatre niveaux (parfaitement d'accord, assez d'accord, pas vraiment d'accord et pas du tout d'accord). L'examen attentif des items a permis de faire émerger cinq composantes latentes de l'empathie : deux pour l'empathie cognitive et trois pour l'empathie affective. Concernant l'empathie cognitive, il s'agit tout d'abord de la prise de perspective ("perspective taking"), commune à de nombreux questionnaires, mesurant l'empathie cognitive, puis la simulation en ligne ("online simulation") qui consiste à la tentative de se projeter dans la position d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir, et serait plutôt utilisée pour des intentions futures.

Cette présentation des différents questionnaires visant à "mesurer" l'empathie d'un individu n'est pas exhaustive. Il en existe de nombreux autres qui n'ont pas été abordés, n'étant pas pertinents pour notre étude. Chaque questionnaire fut créé afin d'évaluer un aspect spécifique de l'empathie pour une population cible. Par conséquent, ils doivent être sélectionnés en fonction de l'objectif et de la population du protocole d'étude.

II. Applications et corrélations à l'étude :

L'objectif de ce travail était de mesurer l'empathie chez les étudiants en médecine, à travers l'échelle de Jefferson et le questionnaire d'empathie cognitive et affective et de comparer nos résultats avec les résultats des autres études déjà publiées et pouvoir mettre en évidence les facteurs influençant l'empathie ainsi que son évolution chez la population étudiée, avec l'ambition d'apporter des éléments pour une amélioration de l'empathie, à travers les formations ou à travers la pratique.

Le point fort de notre travail est l'effort de réaliser une étude avant et une autre après avoir bénéficié d'une formation sur l'éducation thérapeutique dans le cadre du module de médecine de famille afin d'évaluer son impact sur la perception des étudiants en médecine sur l'empathie.

A noter que 140 étudiants en 6ème année de médecine ont participé à cette étude.

1. Discussion des corrélations :

D'après les résultats analytiques de notre étude, nous avons pu mettre en évidence une association significative et commune pour la population étudiée entre l'empathie et :

1.1. Âge :

Nous observons que plus l'âge des étudiants en médecine est élevé plus le score « Jefferson total » et le score total « QCAE » de l'empathie sont bas.

Ces résultats sont cohérents avec une étude française faite en 2015 (101) qui a trouvé que les externes les plus jeunes étaient plus empathiques.

D'autres travaux de Lin et Carmel, retrouvent aussi cette association dans leurs études respectives (102,103), et qui ont également montré que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont empathiques.

1.2. Genre :

Concernant le genre, nos résultats mettent en évidence une association positive entre l'empathie et le sexe féminin pour les deux échelles utilisés.

En effet, ces résultats rejoignent plusieurs autres résultats d'études trouvés dans la littérature, notamment pour Hojat, qui a mené ses travaux dans différents pays (3,104,49), et qui explique ces résultats par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Shariat et Zenasni sont eux aussi arrivés à la conclusion qu'un degré élevé d'empathie est corrélé au fait d'être une femme (105, 106).

On peut conclure que les étudiantes sont plus susceptibles que les étudiants à engager une communication positive avec le patient, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du patient, en utilisant des échanges plus souvent verbaux, en passant souvent plus de temps avec le patient et en s'axant plus sur la prévention.

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude faite en France en 2015 (101) qui a trouvé aussi que les étudiantes sont plus empathiques que les étudiants. Par contre une étude faite en France 2012 (51) n'a pas trouvé d'association entre l'empathie et le genre des étudiants en médecine.

1.3. Statut marital :

D'après nos résultats, nous observons que les étudiants mariés vivant ensemble ont les scores « Jefferson total » et des scores « QCAE total » de l'empathie les plus élevés, et sont donc plus empathiques que les étudiants célibataires ou mariés mais vivant séparément.

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Marrakech) avec 6 études faites dans d'autres pays notamment en Autriche, en USA, en Allemagne, en Iran et en France :

- En Iran (108), 1187 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 101,4.
- En Autriche (Vienne) (109), 516 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 110,52
- En USA (110), 265 étudiants des professions de la santé ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 115,1.
- En Allemagne (111), 127 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 113,26.
- En France (59), 160 internes en médecine générale ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 106.3
- A Marrakech (112), 433 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyenne des scores « Jefferson total » était de 88,69.
- Dans notre étude, 140 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyennes des scores « Jefferson total » était de 84.96.

La moyenne des scores « Jefferson total » la plus élevée était de 115.1, en USA.

Concernant les moyennes des scores « QCAE » des étudiants, quelques études étaient faites dans ce sens en mesurant l'empathie des étudiants en médecine dans différents pays. Les scores « QCAE » variaient d'une étude à une autre.

Le tableau ci-dessous résume ces différentes études (Tableau XI).

Tableau XI : Comparaison des moyennes des scores « QCAE » de notre étude avec la littérature.

Études	Population	Outils	Moyenne des scores «QCAE total»
Liège (Belgique)	146 professionnels soignants du service des urgences au CHR Verviers	QCAE	67.4
Bordeaux(France)	204 internes	QCAE	68.16
Bardou-Roux (France)	160 internes	QCAE	40.6
Notre étude (Marrakech-Maroc)	140	QCAE	66.29

Ce tableau compare notre étude faite au Maroc (Marrakech) avec 3 études faites dans d'autres pays notamment en Belgique et en France :

- En Belgique (113), 146 professionnels soignants du service des urgences au CHR Verviers ont participé à l'étude et la moyenne du score «QCAE total» était de 67.4.
- En France (114), 204 internes en médecine générale ont participé à l'étude est la moyenne du score «QCAE total» était de 68.16.
- En France (59), 160 internes en médecine générale ont participé à l'étude est la moyenne du score «QCAE total» était de 40.6.
- Dans notre étude, 140 étudiants en médecine ont participé à l'étude et la moyennes des scores «QCAE total» était de 66.29.

La moyenne des scores « QCAE total » la plus élevée était de 68.16, en France.



**SUGGESTIONS ET
RECOMMANDATIONS**



Peut-on enseigner l'empathie?

L'empathie est présentée en pratique sous de multiples aspects : attitude, aptitude, valeur, comportement, techniques de communication verbale et non-verbale, compétence émotionnelle. Il n'y a pas d'opposition entre techniques et authenticité mais une continuité pour soutenir une attitude empathique. Il est donc important d'utiliser différentes approches pour travailler et soutenir ces différents aspects.

Selon certains auteurs, l'empathie ne peut être enseignée, juste favorisée. L'empathie affective peut être développée en mettant l'accent sur les ressentis des étudiants auprès des patients, en leur laissant de l'espace pour s'exprimer, en valorisant une vision humaniste des soins, en leur apprenant l'écoute, le respect, la tolérance et en diminuant leur anxiété.

D'autres auteurs recherchent des manières pratiques de l'enseigner en se fondant sur la composante cognitive de l'empathie. Plusieurs méta-analyses ont été conduites afin de déterminer les méthodes efficaces pour cultiver l'empathie chez les étudiants en médecine. Ces méthodes ont été classées selon le type d'interventions : l'enseignement des compétences de communication, notamment par l'analyse de séquences audio ou vidéo d'entretiens étudiant-patient avec feedback et l'apprentissage de techniques de communication en petits groupes, la médecine narrative, les ateliers d'écriture réflexive, le théâtre, l'apprentissage par l'expérimentation.

Ces méthodes ont montré une amélioration significative du niveau d'empathie pré-/post-test, ce qui est encourageant quant à l'intérêt de les inclure dans la formation médicale. En fonction des méthodes, les auteurs ont mis en avant leur utilité pour développer des compétences relationnelle ou émotionnelle.

En France, le programme de l'ECN comprend pour premier item : «La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale». L'aspect relationnel est donc mis au premier plan.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade. □
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs. □
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès.
- Élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, de ses croyances.

Un nouveau programme a été élaboré pour l'ECN 2016 où l'on retrouve encore cette notion d'empathie et d'importance de la relation médecin malade : item 1 : «La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri-professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale, ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale».

- 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. □
- 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.

Le terme empathie apparaît dans ces deux programmes indiquant bien la prise de conscience du rôle majeur de l'empathie dans la pratique du médecin.

En Canada, parmi les vingt-quatre items des compétences à évaluer lors du résidanat en médecine de famille, l'un apprécie les capacités d'«écoute et empathie», c'est-à-dire les «capacités du résident à reconnaître l'expérience unique du patient et à lui démontrer sa compréhension».

En USA, au niveau de l'internat : L'ACGME, déjà évoquée, fait de l'empathie l'une des capacités «accréditées » exigées (Macnaughton 2009) : « Specifically, residents are expected to form effective therapeutic relationships with patients and families, to build relationships through listening, narrative or nonverbal skills, and to develop skill in education and counseling of patients and their families, all of which are relevant to physician-patient empathic engagement» Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).

Au niveau de la formation initiale :

L'Association of American Medical Colleges, membre de l'ACGME, a lancé le projet d'uniformiser la formation médicale initiale en publiant un consensus sur les compétences, les attitudes et les connaissances que les étudiants en médecine devraient posséder (Association of American Medical Colleges 1999). Parmi les trente objectifs figure : « Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients »

On peut suggérer l'intégration du concept de l'empathie dans la formation des étudiants en médecine afin d'améliorer la RMM, prévenir le risque de burn-out ce qui reflète négativement sur la capacité d'empathie en éliminant les facteurs associés à cette diminution tel que la maltraitance à l'égard des étudiants, la pression du temps et le manque de sommeil résultant du volume élevé d'éléments à apprendre.

Pour cela, on recommande l'adaptation d'un système d'auto-suivi de l'empathie afin d'évaluer les modes de formation tel que les jeux de rôles, les simulations mais surtout promouvoir la communication.



CONCLUSION



L'empathie, ou la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent, a passé à travers plusieurs progrès en cours des années avant d'être reconnue comme étant une des principales bases d'une relation médecin-malade fondée sur la confiance résultant d'une amélioration de l'observance et de l'efficacité thérapeutique, elle permet donc d'éviter la relation paternaliste en faisant du patient un acteur de la prise en charge.

Son importance reconnue, l'intègre comme une compétence nécessaire dans le programme de la formation médicale, en France comme ailleurs. Alors qu'en commençant les études de médecine, les étudiants sont remplis d'idéalisme, d'enthousiasme, et s'engagent dans cette science humaine dans l'intention d'aider ceux qui en ont besoin, on trouve que de nombreux articles ont montré une tendance au déclin de l'empathie au cours de la formation médicale. Les auteurs attribuent cette baisse au stress majeur des étudiants par manque d'un système de support, à l'absence des modèles et la dépendance excessive des étudiants à l'égard des technologies diagnostiques et thérapeutiques ce qui limite leur vision de l'importance des interactions humaines dans les rencontres avec les patients.

Ce travail a visé à mesurer l'empathie clinique chez les étudiants en médecine et l'impact de la formation sur l'éducation thérapeutique sur l'évolution de l'empathie chez les étudiants en 6ème année médecine.

Nous avons pu mettre en évidence chez les étudiants que le sexe féminin était plus empathique que le sexe masculin, et que l'âge qui augmentaient réduisaient l'empathie des étudiants, de même les étudiants mariés étaient de plus empathiques.

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact positif de la formation sur l'évolution de l'empathie dont on a trouvé une augmentation significative des scores de l'empathie.

Cette étude a montré le lien entre empathie et le bien-être. Nous avons apporté plusieurs éléments robustes montrant que le bien-être du praticien lui permet une meilleure communication mais également une meilleure écoute et une meilleure empathie. Nous avons trouvé dans la littérature que certains établissaient un lien entre bien-être et résilience.

D'où se pose la question de son enseignement : peut-on apprendre, étudier, développer l'empathie lors des études médicales? Différentes modalités de formations à l'empathie existent. En voici quelque exemple : l'utilisation du théâtre permettait de façon efficace d'enseigner des techniques d'empathie. Des cours de littérature, poésie, théâtre pourraient de même aider les étudiants et les internes, à mieux percevoir le point de vue du patient en comprenant plus précisément le contexte socioculturel auquel ce dernier appartient. Des jeux de rôle ou de simulation sont parfois proposés par des universités comme des techniques de vidéo.

Une des pistes proposée pour améliorer l'empathie par le biais du bien être est d'ailleurs l'apprentissage de la résilience. Les programmes d'enseignement de résilience, de la même manière que les autres programmes de formation tentant d'avoir un impact sur l'empathie (simulation, mise en scène, groupes de parole), demandent certainement un investissement en termes d'organisation et de structure.



RESUMES



Résumé

L'empathie est un concept qui existe depuis moins de deux siècles, évoluant sans cesse. Nous pouvons considérer l'empathie du médecin comme une compétence pour comprendre une situation, la perspective et les sentiments du patient, sans oublier sa propre individualité. Le médecin sait communiquer sur sa compréhension de l'histoire de son patient, en vérifiant son exactitude, et en agissant ainsi de manière thérapeutique optimale et adaptée. Donc on peut déduire que l'empathie fait partie intégrante de la relation médecin-patient avec un rôle central et que cette relation est une responsabilité professionnelle.

Pour la réalisation de notre travail, nous avons demandé à des étudiants de la 6ème année médecine de Marrakech de remplir un questionnaire anonyme avant et après la formation fait de deux parties :

- Des informations personnelles et sociodémographiques.
- L'échelle Jefferson d'attitudes d'empathie dans son adaptation française, mesurant l'empathie clinique en 3 composantes (affective, cognitive et comportementale) et le questionnaire de l'empathie cognitive et affective (QCAE).

Nous avons distribué 160 questionnaires et on a retenu 140 questionnaires exploitables.

Les étudiants ont rempli 140 questionnaires avant et après dont 67% étaient des étudiantes. Ces étudiants avaient un âge moyen de 23.22 ans avec une moyenne du score « Jefferson total » de 84.96 et une moyenne de score «QCAE total» de 66.29. Nous avons retrouvé que l'empathie des étudiants était associée au genre et que les filles étaient plus empathiques que les garçons. Ainsi nous avons trouvé que plus l'âge des étudiants augmentaient, l'empathie diminuait et de même les étudiants mariés étaient de plus empathiques.

L'étude a montré une amélioration positive des moyennes des scores de l'empathie après avoir bénéficié de la formation sur l'éducation thérapeutique dont on constate une augmentation de la moyenne du score de «Jefferson total» allant de 84.96 à 92, du même pour la moyenne du score total de QCAE allant de 66.29 à 81.10.

En conclusion, nous discutons la nature de l'empathie, est-elle une capacité innée ou acquise ?

Est ce qu'on peut l'améliorer par des mesures de psychothérapie ?

Et est ce qu'on peut l'enseigner ?

Abstract

Empathy is a concept that has existed for less than two centuries, constantly evolving. We can view physician empathy as a skill to understand a situation, the patient's perspective and feelings, without forgetting their own individuality. The doctor knows how to communicate his understanding of his patient's history, checking its accuracy, and thus acting in an optimal and appropriate therapeutic manner. So we can deduce that empathy is an integral part of the doctor-patient relationship with a central role and that this relationship is a professional responsibility.

To carry out our work, we asked 6th year medical students from Marrakech to complete an anonymous questionnaire before and after the training made up of two parts :

- Personal and socio-demographic information.
- The Jefferson Empathy Attitudes Scale in its French adaptation, measuring clinical empathy in 3 components (affective, cognitive and behavioral) and the cognitive and affective empathy questionnaire (QCAE).

We have distributed 160 questionnaires and we retained 140 usable questionnaires.

The students completed 140 questionnaires before and after, of which 67% were female students. These students had an average age of 23.22 years with an average Jefferson total score of 84.96 and an average QCAE total score of 66.29. We found that students' empathy was associated with gender and that girls were more empathetic than boys. Thus we found that as the age of the students increased, empathy decreased and similarly married students were more empathetic. The study showed a positive improvement in the average empathy scores after benefiting from training on therapeutic education, including an increase in the average "Jefferson total" score

ranging from 84.96 to 92, of the same for the average of the total QCAE score ranging from 66.29 to 81.10.

In conclusion, we discuss the nature of empathy, is it an innate or acquired ability? Can it be improved through psychotherapy measures? And can we teach it?

ملخص

التعاطف هو مفهوم موجود منذ أقل من قرنين من الزمان، ويتطور باستمرار. يمكننا أن ننظر إلى تعاطف الطبيب باعتباره مهارة لفهم الموقف، ومنظور المريض ومشاعره، دون أن ننسى شخصيته الفردية. يعرف الطبيب كيفية توصيل فهمه لتاريخ مريضه، والتحقق من دقته، وبالتالي التصرف بطريقة علاجية مثالية ومناسبة. لذلك يمكننا أن نستنتج أن التعاطف جزء لا يتجزأ من العلاقة بين الطبيب والمريض مع دور مركزي وأن هذه العلاقة هي مسؤولية مهنية.

لتنفيذ عملنا، طلبنا من طلاب الطب في السنة السادسة من مراكش إكمال استبيان مجهول من قبل و بعد التدريب المكون من جزأين المعلومات الشخصية والاجتماعية والديموغرافية.

مقياس مواقف جيفرسون التعاطفي في نسخته الفرنسية، ومقياس التعاطف السريري فر3 مكونات (العاطفي والمعرفي والسلوكي) واستبيان التعاطف المعرفي والعاطفي (QCAE).

قمنا بتوزيع 160 استبيانًا واحتفظنا 140 استبيانًا قابلاً للاستخدام.

أكمل 140 طالب الاستبيان قبل وبعد التدريب، 67% طالبات. كان متوسط

عمر هؤلاء الطلاب 23.22 عامًا مع متوسط إجمالي درجات جيفرسون 84.96 ومتوسط إجمالي نقاط QCAE 66.29. لقد وجدنا أن تعاطف الطلاب كان مرتبطًا بالجنس وأن الفتيات كن أكثر تعاطفًا من الأولاد. وهكذا وجدنا أنه مع زيادة عمر الطلاب، انخفض التعاطف وكان الطلاب المتزوجون بالمثل أكثر تعاطفًا.

أظهرت الدراسة تحسناً إيجابياً في متوسط درجات التعاطف بعد الاستفادة من التدريب على التعليم العلاجي، بما في ذلك زيادة في متوسط درجات "إجمالي جيفرسون" التي تتراوح من 84.96 إلى 92، ونفس الشيء بالنسبة لمتوسط درجات QCAE الإجمالية التي تتراوح من 66.29 إلى 81.10.

وفي الختام نناقش طبيعة التعاطف، هل هو قدرة فطرية أم مكتسبة؟ هل يمكن تحسينه من خلال تدابير العلاج النفسي؟ وهل يمكننا تعليمه؟



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Chers participants,

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire composé de 3 parties, afin de nous permettre d'apprécier l'empathie clinique chez les médecins spécialistes en endocrinologie et les médecins résidents du service d'endocrinologie de Marrakech.

NB : toutes les informations recueillies sont **confidentielles et anonymes**.

1. Informations générales :

Sexe : F M

Age : ans

Statut marital :

Célibataire

Marié(e) vivant ensemble

Marié(e) vivant séparément

Divorcé(e)

2. JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy, Hojat, 2002), traduit et validé par Zenasni et al. (2012)

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

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

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. QCAE (Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy, Reniers et al), traduit par ECIPSY EBG & PR

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

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

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

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

Evaluation de l'empathie chez les étudiants en médecine

26	Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
27	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
29	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

Merci pour votre participation.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Hochmann J.**
Une histoire de l'empathie.
Paris : Odile Jacob. 2012.

2. **Woerner A.**
Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes.
Thèse de doctorat. Université Paris Descartes; 2013.

3. **Hojat M, Gonnella Js, Nasca Tj, Mangione S, Vergare M, Magee M.**
Physician empathy : definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty.
Am J Psychiatry. sept 2002;159(9) :1563-9.

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

5. **Wispe, L.**
History of the concept of empathy. In N. Eisenberg et J. Strayer, Empathy and its development.
New York : Cambridge University Press; 1987 p17-37.

6. **Romand.D.**
Theodor Lipps (1851-1914), théoricien de l'empathie. In : D. Romand, J. Bernard, S. Pic et J. Arnaud, Biomorphisme. Approches sensibles et conceptuelles des formes du vivant.
Paris : Editions Naima; 2021 p 745-799.

7. **Simon.E.**
Processus de conceptualisation d'empathie.
Recherche en soins infirmiers. 2009; 98(3) : 28-31.

- 8. Decety, Jean.**
L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui?. In : Alain Berthoz éd. L'empathie.
Paris : Odile Jacob; 2004 p.53-88.
- 9. Hoffman, M. L.**
The contribution of empathy to justice and moral development. In N. Eisenberg et J. Strayer (Eds), Empathy and its development.
New York : Cambridge University Press; 1987 p. 47-80
- 10. Tisseron S.**
L'Empathie, au cœur du jeu social.
Paris : Albin Michel; 2010.
- 11. Tisseron. S, Bass.H.**
L'empathie, au cœur du jeu social,
Le Journal des psychologues. 2011;286(3) : 20-23.
- 12. Honneth A.**
La réification. Petit traité de théorie critique.
Paris : Gallimard; 2007.
- 13. Tisseron S.**
L'intimité surexposée.
Paris : Hachette; 2002.
- 14. Tisseron S.**
Virtuel, mon amour : penser, aimer et souffrir à l'ère des nouvelles technologies.
Paris : Albin Michel; 2008.
- 15. Tisseron, S.**
Empathie : le danger des mystifications.
Prisme; 2013.

- 16. Tisseron, S.**
L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?
Médecine Des Maladies Métaboliques. 2011; 5(5) : 545-548.
- 17. Ricard M :**
L'empathie et la pratique intensive de la compassion.
Http://www.matthieuricard.org/blog/posts/l-empathie-et-la-pratique-intensive-de-la-compassion.
- 18. Velluet L.**
Le champ de la subjectivité. In : Conférence permanente de la médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique.
Paris : Editoo.com; 2002.
- 19. Consoli SM.**
Relation médecin-malade. In Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin malade.
EMC référence. Paris : Elsevier;2004
- 20. Berthoz.A, Gérard.J, Et Collectif.**
L'empathie.
Paris : Odile Jacob; 2004 p308.
- 21. Morse.Jm, Anderson.G, Bottorff.JI, Yonge.O, O'brien. B, Solberg.Sm.**
Exploring Empathy :A conceptual fit for nursing practice ?
Image J NursSch. 1992; 24(4) : 273-280.
- 22. Favre.D, Joly.J, Reynaud.C, Salvador. L.**
Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions.
Enfance : 2005; 57 (4) : 363.
- 23. J.Decety, C.Holvet.**
Déficits précoces de l'empathie et psychopathologie, neuropsychologie de
l'enfance et l'adolescence. 2021; 69(3) : 147-152.

24. **Preston SD, De Waal FBM.**
Empathy : Its ultimate and proximate bases.
Behav Brain Sci 2002 ; 25 : 1–72.
25. **Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V.**
Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and the imitation of action.
Nat Rev Neurosci 2001 ; 2 : 661–70.
26. **Decety, J.**
Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie.
Revue de neuropsychologie : 2010; 2(2) : 133–144.
27. **Jackson PI, Rainville P, Decety J.**
From nociception to empathy : The neural mechanism for the representation of pain in self and in others.
Pain 2006 ; 125 : 5–9.
28. **Yamada M, Decety J.**
Unconscious affective processing and empathy : An investigation of subliminal priming on the detection of painful facial expressions.
Pain 2009 ; 143 : 71–5.
29. **Decety J.**
Une anatomie de l'empathie.
PSN; 2005 : 3(11).
30. **Frans De Waal.**
L'âge de l'empathie : Leçons de nature pour une société solidaire, 1ère édition.
Paris :Les liens qui libèrent; 2010.
31. **Contenus De La Relation Médecin–Malade : Place Des Modèles Psychologiques.**
Académie nationale de médecine : une institution dans son temps. [Cité 9 juill 2023]

- 32. Droits De L'homme Et Biomédecine.**
[cité 14 mai 2023].IV. Cadre théorique de la relation médecin-patient.
- 33. Llorca, G.**
L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale.
Médecine. 2006; 2(7) : 330
- 34. Parizeau.M-H, Hottois G.**
Les mots de la bioéthique – un vocabulaire encyclopédique.
Bruxelles : De Boeck; 1993.
- 35. Emanuel Ej, Emanuel Ll.**
Four models of the physician-patient relationship.
JAMA J Am Med Assoc : 1992; 267(16) : 2221-2226.
- 36. 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.
- 37. Vannotti M.**
Écouter, penser, parler.
Rev Med Suisse. 2008; 4(174) : 2182.
- 38. Loignon C, Boudreault-Fournier A.**
Du paternalisme à l'encadrement bienveillant.
Can Fam Physician. 2012 ;58(11) : 618-9.
- 39. Rogers C.**
L'approche centrée sur la personne.
Paris : Ambre ; 2013.
- 40. Eydaleine.C.**
La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale.
Thèse de doctorat. Université Paris Descartes; 2014.

- 41. Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figeon S.**
Efficacité thérapeutique de l'effet médecin en soins primaires.
La presse Médicale. 2006 ;6(1) :967-973.
- 42. Hojat M, Louis Dz, Maxwell K, Markham Fw, Wender Rc, Gonnella Js.**
A brief instrument to measure patients overall satisfaction with primary care physicians.
Fam Med. 2011; 43(6) : 412-7
- 43. Van Dulmens, Van Den Brink-Muinen A.**
Patients preferences and experiences in handling emotions : a study on communication sequences in primary care medical visits.
Patient Educ Couns. 2004; 55(1) : 149-152.
- 44. Levinson W, Roter D.**
Physicians psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills.
J Gen Intern Med. 1995; 10(7) : 375-379.
- 45. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Et Al.**
General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland a pilot prospective study using structural equation modeling.
Patient Educ Couns. 2008 ;73(2) : 240-245.
- 46. Jean-Yves Nau.**
Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel.
RevMedSuisse 2015; 11 : 838-839.
- 47. Aude Woerner.**
Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes.
Université Paris Descartes.Paris 5. UFR de médecine;2013

48. **Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., And Till J.**
Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. 1991; 303(6814) :1385-1387.

49. **Kataoka Hu., Koide N., Ochi K., Hojat M., Gonnella Js.**
Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students : Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education.
Academic Medicine. 2009; 84(9) :1192-7

50. **Di Lillo M., Cicchetti A., Scalzo Al., Taroni F., Hojat M.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians.
Academic Medicine. 2009 ;84(9) :1198-202

51. **Buffel Du Vaure.C.**
Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique, thèse de doctorat en médecine. Sorbonne université, 2011.

52. **Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T. Et Al.**
Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents.
Journal of general internal medicine. 2005 ;20(7) : 559-64.

53. **Kraus M.W., Cote S., Keltner D.**
Social Class, Contextualism, and Empathic Accuracy.
Psychological Science, 2010; 21 (11) : 1716.

54. **Bonvicini K.A., Perlin M. J., Bylund C.L., Carroll G., Rouse R.A., Goldstein M.G.**
Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters.
Elsevier. 2009 ; 75(1) :3-10.

55. **Riess H., Kelley Jm., Bailey R., Konowitz Pm., Gray St.**
Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents : a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(1) :120-2.*

- 56. Sanchez Reilly.S, Morrison.LJ, Carey.E, Bernacki.R, O'Neill.L, Kapo.J, Periyakoil.VS, & Thomas, J.Del.**
Caring for oneself to care for others : physicians and their self care.
The journal of supportive oncology. 2013 ;11(2) :75-81
- 57. Landau.RL.**
And The Least Of These Is Empathy.
In :Spiro. H,Peschel.E,Mccrea. MG,Deborah.SJ. Empathy and the Practice of Medicine : Beyond Pills and the Scapels.
Reprint edition. New Haven Conn : Yale University Press;1996.
- 58. Zenasni.F, Boujut.E, Woerner.A, Sultan.S.**
Burnout and empathy in primary care : three hypotheses.
British Journal of General Practice. 2012; 62(600) : 346-347
- 59. Bardou-Roux,J, Ulysse Paultre.**
Étude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine.
Thèse de doctorat. Université de Bordeaux,2016.
- 60. Maslach C, Jackson Se.**
The measurement of experienced burnout.
J occup behav. 1981; 2 : 99-113
- 61. Passalacqua Sc, Segrin C.**
The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centred communication during the long call shift.
Health commun. 2012;27(5) :449-456
- 62. Mizrahi T.**
Managing medical mistakes : ideology, insularity, and accountability among internists-in-training.
Soc Sci Med. 1984;19 :135-146

63. **Colin P, Mashele M, Et Al.**
Association of perceived medical errors with resident distress and empathy.
JAMA. 2006; 9(296) : 1071-1078
64. **Hojat M, Mangione S, Nasca T, Rattner S, Erdmann Jb, Gonnella Js, Mage M.**
An empirical study of decline in empathy in medical school,
Medical Education. 2004 ; 38 :934- 941
65. **Hojat M, Vergare Mj, Maxwell K, Brainard G, Herrine Sk, Isenberg Ga, Veloski J, Js Gonnell.**
The Devil is in the Third Year : A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School.
Acad Med. 2009 ; 84(9) :1182-1191
66. **Chen D, Kirshenbaum D, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine R.**
Characterizing changes in student empathy throughout medical school.
Medical Teacher. 2014;34 :305-311.
67. **Smith K, Norman G, Decety J.**
The complexity of empathy during medical school training : Evidence for positive changes.
Med Educ. 2017;51(11) :1146-1159
68. **Neumann M, EdelhäUser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer.C,**
Empathy decline and its reasons : A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents.
Acad Med.2011;86(8) :996-1009.
69. **Stratta E, Riding D, Baker P.**
Ethical erosion in newly qualified doctors : perceptions of empathy decline,
International Journal of Medical Education, 2016 ;7 :286-292
70. **Colliver Ja, Conlee Mj, Verhulst Sj, Dorsey Jk.**
Reports of the Decline of Empathy During Medical Education Are Greatly Exaggerated : A Reexamination of the Research.
Acad Med. 2010 ; 85(4) :588-593

71. **Tavakol S, Dennick R, Tavakol M.**
Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest.
Educ Prim Care.2011;22 :297-303
72. **Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M.**
Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma university, Ethiopia : steady state of the heart and opening of the eyes.
BMC Med Educ. 2012;12 :34
73. **Newton Bw, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'sullivan P.**
Is there hardening of the heart during medical school?
Acad Med. 2008;83 :244-249
74. **Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J.**
A cross-sectional measurement of medical student empathy.
J Gen Intern Med. 2007;22 :1434-1438
75. **Coulehan J, Williams Pc.**
Vanquishing virtue : The impact of medical education.
Acad Med. 2001;76 :598-605
76. **Vadot.C.**
Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique.
Thèse de doctorat.Université Paris Descartes. 2019.
77. **Haque.Os, Waytz.A.**
Why Doctors Should Be More Empathetic But Not Too Much More.
Scientific American.2011.
78. **Hojat.M, Gonnella.Js, Mangione.S, Nasca.Tj, Veloski.Jj, Erdmann.Jb, Callahan.Ca, Magee. M.**
Empathy in medical students as related to academic performance,clinical competence and gender.
Med Educ. 2002;36(6) :522-527

79. **Akitsuki.Y, Decety J.**
Social context and perceived agency affects empathy for pain :an event related fMRI investigation.
Neuroimage.2009;47(2) :722]34
80. **Decety,J, Echols.S, Correll.J.**
The blame game : the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal of cognitive Neuroscience. 2010 ;22(5) :985]97.*
81. **Kaseweter.Ka, Drwecki.Bb, & Prkachin, K. M..**
Racial differences in pain treatment and empathy in a Canadian sample. *Pain and research management. 2012;17(6) :381-4.*
82. **Lancelot, Anne, Et Al.**
Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue.
Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2009;82(2) : 25-42.
83. **Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D. R. Et Lilfort, R. J.**
A systematic review of tests of empathy in medicine.
BMC Medical Education.2007; 7(24).
84. **Brunel, M. L. Et Martiny, C.**
Les conceptions de l'empathie : avant, pendant et après Rogers.
Carrierologie.2004; 9(3-4),473-500.
85. **Hogan R.**
Development of an empathy scale.
Journal of consulting and clinical psychology, 33 : 307-316
86. **Baron-Cohen S, Wheelwright S.**
The empathy quotient : an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences.
J Autism Dev Disord. 2004;2(34) :163-175

87. **Jolliffe D, Farrington Dp.**
Development and validation of the Basic Empathy Scale.
Journal of adolescence 2006; 29 : 589–611
88. **Wikipédia. Alexithymie.**
http://fr.wikipedia.org/wiki/Alexithymie. Page consultée le 12/2/2024.
89. **Carré A Et Al.**
The basic empathy scale in adults : factor structure of a revised form.
Psychological assessment. 2013; 3 (25) : 679–691
90. **Lawrence EJ Et Al.**
Measuring empathy : Reliability and validity of the empathy quotient.
Psychological medicine. 2004; 34 : 911–924
91. **Berthoz S Et Al.**
Cross-cultural validation of the empathy quotient in a frenchspeaking sample.
The canadian journal of psychiatry. 2008; 7 (53) : 469–477
92. **Davis M.**
Measuring Individual Differences in Empathy : Evidence for a Multidimensional Approach.
Journal of Personality and Social Psychology. 1983 ; 44(1) : 113–126.
93. **Spreng NH, Margaret C Et Al.**
The Toronto empathy questionnaire : scale development and initial validation of a factor analytic solution to multiple empathy measures.
J Pers Assess. 2009; 91(1) : 62–71
94. **Chen.Yj, Chin.Wy,Fung.Sc, Wong.Ck, Tsang, J. P.**
Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test : validity of the CARE measure.
*Med Educ Online.*2015;20 :10

95. **Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Et Al.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : development and preliminary psychometric data.
Educational and Psychological Measurement. 2002; 61 :349-365.
96. **Hojat M, Lanoue M.**
Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy.
International journal of medical education. 2014 ;5 :73-81
97. **Hojat M.**
Empathy in patient care : Antecedents, development, measurement, and outcomes. *Springer. 2005*
98. **Fjortoft N, Van Winkle Lj, Hojat M.**
Measuring empathy in pharmacy students.
Am J Pharm Educ. 2011;75 :109
99. **Tavakol S, Dennick R, Tavakol M.**
Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy.
BMC Med Educ. 2011;11 :54
100. **Reniers RI.,Corcoran R, Drake R, Shryane Nm,Vollm Ba.**
The QCAE: a questionnaire of cognitive and affective empathy. *Journal of Personality Assessments. 2011 ; 93 :84-95*
101. **Audrey Morice-Ramat.**
Approche psychométrique de l'empathie, de la résilience et de la maîtrise émotionnelle chez les internes de médecine générale de Nantes.
Thèse de doctorat. Université de Nantes, 2015
102. **Lin H-C, Xirasagar S, Laditka Jn.**
Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics.
International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2004; 16(6) :437-45.

- 103. Carmel S, Glick Sm.**
Compassionate-empathic physicians: personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern.
Soc Sci Med 1982. ;43(8) :1253-61 (1996)
- 104. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, M.**
The Jefferson Scale of Physician Empathy : preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2009 ;84(9) :1198-202.
- 105. Shariat Sv, Eshtad E, Ansari S.**
Empathy and its correlates in Iranian physicians : A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy.
Med Teach.2010;32(10) :e417-21.
- 106. Zenasni F, Boujout E, Buffel Du Vaure C, Et Al.**
Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners.
Int J Pers Centered Med. 2(4) :759-66.
- 107. Évolution De L'empathie D'étudiants En 4e Année De Médecine Après Un Module Obligatoire De Formation A La Relation Thérapeutique.**
Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique. Volume 181, issue10.
Pages 871-879 :2023
- 108. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J.**
Empathy in Iranian medical students : A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school.
Med Teach. 2010;32(11) : 471-8.
- 109. Preusche I, Wagner-Menghin M.**
Rising to the challenge : cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S).
Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2013;18(4) :573-87.

- 110. Fields Sk, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M.**
Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy : Health provider – student version.
J Interprof Care. 2011; 25(4) :287-93.
- 111. Koehl–Hackert N, Schultz J–H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, Van Den Bussche H, Et Al.**
Burdened into the job – final–year students' empathy and burnout.
Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 2012;106(2) :116-24.
- 112. Hamdaoui.A.**
Place et déterminants de l'empathie dans la pratique médicale –À propos de 787 participants–.
Thèse de doctorat. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech. 2021.
- 113. Goumdiss.M.**
Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes.
Master en sciences psychologiques. Liège université. 2016.
- 114. Belaube.C.**
Étude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux.
Thèse de doctorat. Université de Bordeaux. 2016.

قسم الطب

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 كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار 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 وعلانيّتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

تقديم التهتف لدى طلب الطب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/04/19

من طرف

الأنسة فاطمة الزهراء ظريف

المزداة فكي ماي 1998 بالصورة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

تعاطف - مقياس جيفرسون

إستبيان التعاطف المعرفي والعاطفي - تدريب

اللجنة

الرئيسة	السيدة	ن. الأنصاري
المشرفة	السيدة	أستاذة في طب أمراض الغدد و الأمراض الاستقلابية غ. الأمغاري الطبيب
الحكام	السيدة	أستاذة في طب أمراض الغدد و الأمراض الاستقلابية م. الصباني
	السيد	أستاذة مبرزة في الطب الاجتماعي ه. بيزري
	السيد	أستاذ في طب أمراض الغدد و الأمراض الاستقلابية ع. بن علي
		استاد في الطب النفسي