Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2018

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 1er mars 2018 à Poitiers
Par Marie OUAIRY

Revue Systématique de la Littérature de l'Empathie en Médecine Générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Nematollah JAAFARI**

Membres : Madame le Professeur **Virginie MIGEOT**
Monsieur le Professeur **Pascal PARTHENAY**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 12/2017)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017)**
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy **(disponibilité d'octobre à janvier)**

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020)**
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de psychiatrie d'adultes,

Vous me faites l'honneur de juger et de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Virginie MIGEOT, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de santé publique,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver en retour l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, Professeur associé de médecine générale,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver en retour l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur François BIRAULT, Professeur associé de médecine générale,

Pour m'avoir accordé votre confiance, pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de la construction et de la rédaction de ma thèse. Disponible et à l'écoute, je vous remercie pour votre aide, votre patience et pour tout le temps consacré à répondre à mes questions et à la relecture de mon travail.

À tous mes Maîtres de stages,

Pour m'avoir transmis vos connaissances et prodigué de précieux conseils au cours des différents stages que j'ai effectués, afin d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer, du mieux possible, la médecine générale.

À ma famille,

À mes parents, pour m'avoir transmis leur goût de l'univers médical et paramédical. Pour leur soutien, l'éducation reçue et les valeurs inculquées qui m'ont permis d'arriver jusque-là. Le jour, tant attendu, de cette soutenance, est enfin venu et j'espère que vous serez fiers de moi.

À mes frères, pour qui 2018 sera également synonyme de changement et d'évolution… Pierrot, désolée, mais je passerai finalement ma soutenance avant toi !

À mes beaux-parents, pour leur accueil chaleureux dès notre première rencontre, leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études. Un immense merci à Catherine pour son implication dans la précieuse relecture et pour les corrections qu'elle a su apporter à cet « ouvrage » final.

Et à tous les autres membres de ma famille et de ma belle-famille.

À mes amis,

Dispersés un peu partout à travers la France mais néanmoins très présents. Pour tous les week-ends, soirées et autres vacances passés ensemble et pour les prochains à venir ! Mention spéciale à Florence qui s'est dévouée, en assurant la relecture et la correction des fautes.

À mon conjoint, mon acolyte, Fred,

Pour m'avoir, depuis le tout début, sans jamais faillir, soutenue, épaulée et encouragée. Pour m'avoir transmis certains traits de ton caractère, comme la ténacité et la persévérance, toi le battant, ce qui nous a permis, notamment, d'affronter ensemble les évènements difficiles que nous avons connus … Merci pour tout ce que tu m'as apporté et pour ce que l'avenir, à tes côtés, m'apportera encore …

ABRÉVIATIONS

BMI : Body Mass Index

BO : Burnout

CARE : Consultation and Relational Empathy Measure

CQI : Consultation Quality Index

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

EC : Empathic Concern

GP : General Practitioner

GPE : General Perceived Empathy

HAS :: Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

JSE : Jefferson Scale of Empathy

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPPPE : Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy

MBI : Maslach Burnout Inventory

MeSH : Medical Subject Headings

OR : Odd Ratio

PEI : Patient Enablement Instrument

PT : Perspective Taking

TEQ : Toronto Empathy Questionnaire

SOMMAIRE

LISTE DES ENSEIGNANTS 2
REMERCIEMENTS 4
ABRÉVIATIONS 6
PRÉAMBULE 8
INTRODUCTION 9
MATÉRIEL ET MÉTHODES 11
RÉSULTATS 14
DISCUSSION 30
CONCLUSION 35
BIBLIOGRAPHIE 36
RÉSUMÉ 43
SERMENT 44

PRÉAMBULE

Cette thèse est rédigée sous la forme d'un article.

Les consignes de la revue « Exercer » ont été suivies pour son écriture.

INTRODUCTION

Le concept d'empathie a été inventé en Allemagne par le philosophe Robert Vischer en 1873, sous la dénomination de « Einfühlung », qui signifie littéralement « ressenti de l'intérieur ». A l'origine, ce terme était utilisé dans le domaine de l'art et de l'esthétique, pour désigner la relation qu'un sujet peut entretenir avec un objet, une œuvre d'art ou le monde environnant (1).

La définition a ensuite évolué au cours du temps et diffère selon son domaine d'application. L'empathie se définit aujourd'hui généralement comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent (2). En médecine, dans les années 1950, le psychologue humaniste Carl Rogers fut l'un des premiers à introduire la notion d'empathie dans les soins, en parlant d'empathie clinique et en développant ainsi une « approche centrée sur la personne » (3). L'empathie dans la relation de soin englobe quatre composantes : affective (ou émotionnelle), cognitive, morale et enfin comportementale. Même si, de toute évidence, ces quatre composantes sont complémentaires et dépendantes les unes des autres, les deux premières sont les plus fréquemment abordées et développées en médecine. L'empathie affective révèle la capacité à ressentir les émotions des autres, tandis que l'empathie cognitive désigne la capacité à se représenter les états mentaux d'autrui, à percevoir les intentions du patient et à comprendre ce qu'il ressent par une écoute adaptée. Ces quatre composantes ont été précisées et développées par Morse en 1992 (4).

En médecine générale, elle prend tout son sens en se plaçant au centre de la relation médecin-patient. Elle est de ce fait reconnue dans la formation médicale et mentionnée dans le guide HAS 2007 sur l'éducation thérapeutique, comme une compétence relationnelle nécessaire et indispensable aux médecins (5). Elle figure notamment dans le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales, dans le module d'apprentissage sur la relation médecin-malade : « établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs » (Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007 du Ministère de l'Éducation nationale) ainsi que dans le programme de DES de médecine générale (6) (7).

Par ailleurs, comment évoquer l'empathie sans aborder, en parallèle, le syndrome d'épuisement professionnel, plus communément appelé « burnout » ? Ce syndrome multidimensionnel lié au travail, se caractérise par trois facteurs : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (ou le cynisme)

et la diminution de l'accomplissement personnel. Il affecte particulièrement les médecins : 47% des médecins libéraux en présentent les symptômes (8).

Les conséquences de l'épuisement sont néfastes dans la relation médecin-patient. Il perturbe le bien-être et la santé des médecins, induisant une diminution de la qualité de vie et la survenue de pathologies organiques et psychologiques (9).

Il affecte également la qualité des soins avec des répercussions indéniables sur la santé des patients ainsi qu'une augmentation de la négligence et du risque d'erreurs médicales (10). Enfin, il représente un coût non négligeable pour la société, entraînant une augmentation significative de l'absentéisme, des changements de carrière et des modifications au niveau des offres et de la répartition des soins (11).

Des études expérimentales et des approches théoriques suggèrent que l'épuisement professionnel et l'empathie sont étroitement liés (12) (13). Il a d'ailleurs été récemment préconisé de considérer l'épuisement professionnel comme une « pathologie de la relation d'aide » (8) et ainsi de relier l'apparition de l'épuisement professionnel aux troubles de l'empathie chez les médecins.

Bien que l'intérêt pour l'empathie clinique se soit considérablement développé au cours de ces dernières années, il existe peu d'études expérimentales et observationnelles sur l'empathie des médecins et en particulier chez les médecins généralistes.

Approfondir et mieux comprendre cette notion d'empathie, afin d'améliorer son enseignement tant au niveau de la formation médicale initiale des internes que de la formation professionnelle continue auprès des médecins, pourrait par conséquent contribuer à la prévention du burnout chez les professionnels de santé, notamment chez les médecins généralistes. Il s'agit donc d'un enjeu primordial en termes de santé publique.

C'est pourquoi il nous est apparu utile, par une revue systématique, de faire le point sur l'empathie en médecine générale. L'objectif principal de cette étude est donc de dresser, dans la littérature médicale, l'état des connaissances actuelles sur l'empathie dans le cadre de la médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, en nous basant sur les recommandations PRISMA Statement « Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses » (14). Une déclaration sur le registre PROSPERO a été faite (15).

Pour y parvenir, deux examinateurs, MO (auteur de cette thèse) et FB (directeur de cette thèse) ont sélectionné les publications sur la pertinence de leur titre puis sur celle de leur résumé et de leur contenu.

Démarche méthodologique :

La première étape a consisté à lister les mots clés pertinents pour la recherche bibliographique en rapport avec notre objectif d'étude.

Les trois mots-clés sélectionnés (en français) ont été :

- Empathie
- Médecine générale
- Médecin généraliste

Afin d'obtenir la traduction de ces mots-clés en anglais, le thésaurus MeSH a été utilisé et confronté à la MeSH Database de PubMed afin de générer une équation de recherche adaptée à l'objet de notre étude.

Les équations de recherche utilisées ont été :

- "empathy" [MeSH Terms] AND "general practice" [MeSH Terms]
- "empathy" [MeSH Terms] AND "general practitioners" [MeSH Terms]

Ces deux équations de recherche ont été appliquées au sein de deux bases de données de la littérature scientifique *PubMed* et *The Cochrane Library.*

Sélection des références :

Afin d'être incluses pour analyse au sein de notre revue systématique, les références ont été confrontées aux critères d'éligibilité.

Les critères d'inclusion des références étaient :

- Date de publication : À partir de 1995
- Traitant de l'empathie des médecins généralistes ou de l'empathie en médecine générale
- Lieu d'étude : Monde entier
- Langue de publication : Anglais ou Français

Les critères d'exclusion étaient :

- Période d'étude antérieure à 1995
- Article rédigé dans une langue autre que l'Anglais ou le Français
- Critère de jugement non clairement défini

Le critère de jugement principal pour chaque étude était la mise en évidence de l'efficacité et/ou des bénéfices liés à l'empathie en médecine générale, l'objectif de notre revue étant de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur l'empathie en médecine générale.

La première étape de la sélection des articles a consisté dans la lecture de la totalité des titres des références sélectionnées par nos équations de recherche dans nos deux bases de données. Puis, selon nos critères d'éligibilité, la lecture ou non du résumé de la référence s'en suivait. Les articles répondant aux critères exigés, à la fois en termes de titre et de résumé, étaient alors récupérés pour être lus en version intégrale.

Analyse des données :

Afin d'analyser et de comparer chaque article sélectionné de manière systématique et identique, les informations suivantes ont servi à les ordonner **:**

- Niveau de preuve
- Type d'étude
- Méthode/Mesures utilisées
- Auteur et année de parution
- Population incluse
- Pays d'étude
- Question de recherche primaire
- Résultats principaux

Le niveau de preuve scientifique en lien avec le type d'étude a été défini selon la gradation des recommandations de bonne pratique de l'HAS (16).

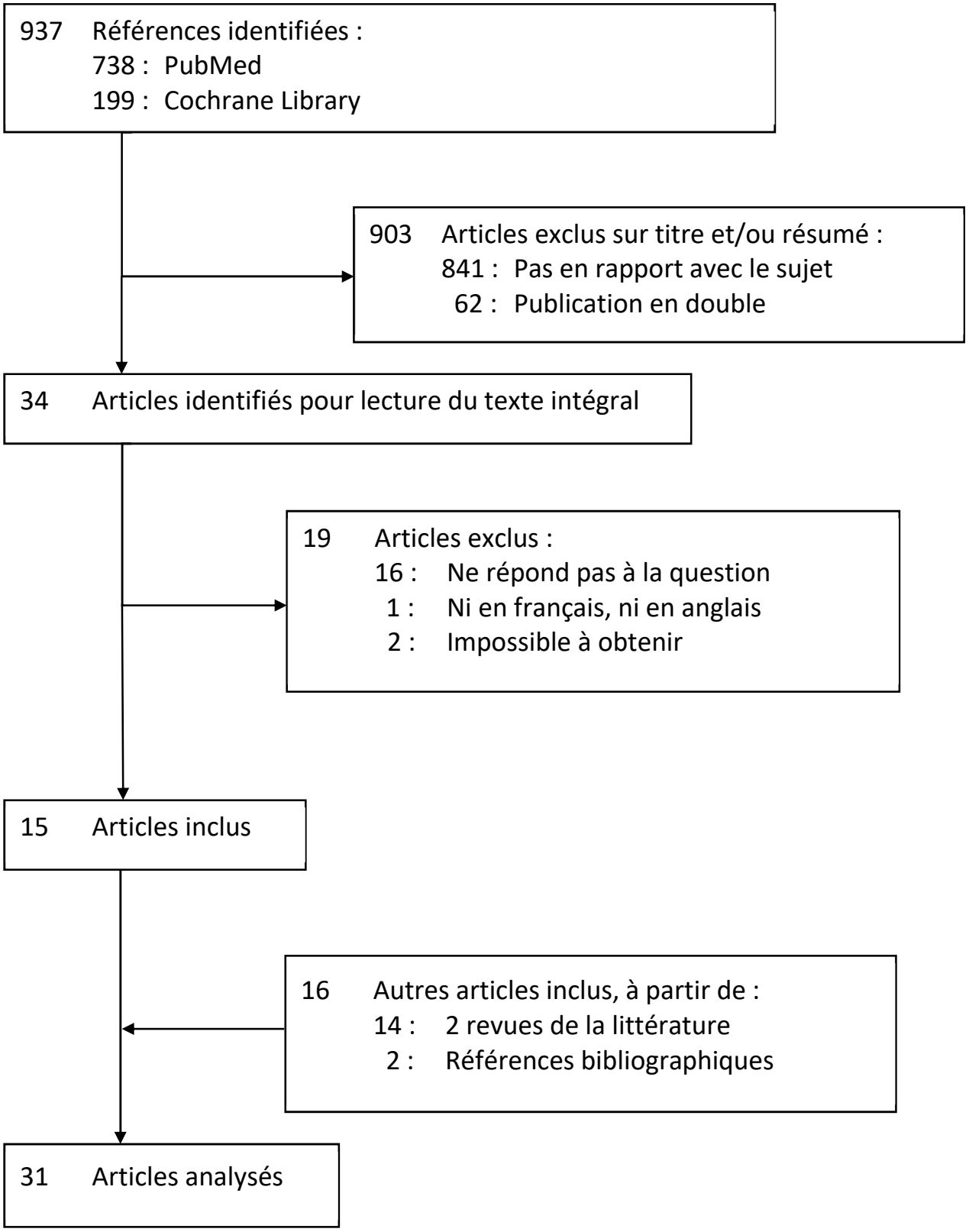
L'analyse des données a été réalisée de manière qualitative, sous la forme d'une synthèse descriptive, adaptée à l'objectif de recherche de notre revue systématique.

Le degré de significativité de certaines associations retrouvées dans des études (valeur « p ») a été rapporté chaque fois qu'il était précisé.

RÉSULTATS

Diagramme de flux

Figure 1 : Diagramme de flux de la sélection des articles



La recherche bibliographique aboutissant à l'inclusion finale des articles, pour notre revue systématique de la littérature, a été effectuée entre le 15 mai et le 30 octobre 2017.

Sur les 937 références identifiées dans *PubMed* et *The Cochrane Library*, 34 articles ont été retenus pour lecture du texte intégral. Après exclusion de dix-neuf articles, dont deux n'ont pu être obtenus (17) (18), quinze articles ont finalement été inclus. Seize autres ont ensuite été ajoutés à la sélection : quatorze issus de deux revues de la littérature abordant le thème de l'empathie dans la relation de soin, deux autres issus de références bibliographiques.

Au total, 31 articles ont été retenus pour analyse au sein de notre revue de la littérature, après consensus entre les deux examinateurs MO et FB. Parmi ces articles nous retrouvons :

- 1 étude comparative de niveau 1,
- 4 études de cohorte,
- 1 étude comparative de niveau 2,
- 14 études transversales,
- 3 longitudinales,
- 1 étude comparative de niveau 4,
- 7 études qualitatives.

L'analyse et les caractéristiques de chaque étude, incluse pour notre revue, sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique de la littérature

Article - Année	Pays	Type d'étude	Niveau de preuve	Population	Méthode / Mesures	Question de Recherche Primaire	Résultats Principaux
Rakel *et al,* 2011 (19)	États-Unis	Comparative Randomisée, simple aveugle, de forte puissance	1	719 Patients 5 Médecins généralistes	Questionnaires Méthode CARE Marqueurs de l'inflammation	Lien entre empathie du médecin et réduction gravité & durée du rhume ?	Empathie associée à une diminution significative de la sévérité (p=0,04) et de la durée du rhume. (5,89 jours contre 7,0 jours, p=0,003)
Mercer *et al,* 2016 (20)	Écosse	Cohorte Prospective	2	659 Patients 47 Médecins généralistes Zones aisées / défavorisées	Questionnaires Vidéos de consultation Méthode CARE	Perception de l'empathie du médecin : est-elle différente entre patients de zones aisées ou défavorisées ? Prédictive de meilleurs résultats à 1 mois ?	Perception empathie du médecin : - Significativement plus faible dans zones défavorisées. (P=0,02) - Prédictive significativement de meilleurs résultats sur sévérité des symptômes (p=0,01) & bien-être (p=0,04) du patient, un mois après la consultation dans les 2 zones.
Del Canale *et al*, 2012 (21)	Italie	Cohorte Rétrospective	2	242 Médecins généralistes 20.961 diabétiques recensés en 2009 sur Parme	Empathie : JSE Survenue de complications métaboliques aiguës	Lien entre empathie et diminution des complications métaboliques aiguës chez les patients diabétiques ?	Risque de complications métaboliques aiguës, nécessitant une hospitalisation, significativement plus faible chez patients diabétiques ayant un médecin avec haut score d'empathie contre empathie faible (respectivement 6,5 contre 4,0 pour 1.000 patients P<0,05))

W. Verheul *et al*, 2010 (22)	Pays-Bas	Comparative Randomisée, double aveugle, de faible puissance	2	30 femmes : 18 à 45 ans ayant douleurs menstruelles sévères 4 groupes alternant entre : - Communication : froide-formelle ou chaleureuse-empathique - Attentes incertaines ou positives	Anxiété Contrôle de la douleur du patient	Communication empathique couplée à des attentes positives : impact sur l'anxiété et les résultats cliniques du patient ?	Une communication empathique, couplée à des attentes positives, donne lieu à : - Diminution significative de l'anxiété du patient. (P<0,05) - Diminution significative de la durée de la douleur attendue. (P=0,049)
Cataldo KP *et al*, 2005 (23)	États-Unis	Cohorte Rétrospective	2	182 Médecins généralistes diplômés de Caroline du Sud entre 1982 et 1999 : - 113 participants Balint - 69 non participants Balint	Questionnaires Empathie : JSPE Satisfaction professionnelle	Différence d'empathie et de satisfaction professionnelle chez participants ou non aux groupes Balint ?	Pas de différence significative sur : - Scores d'empathie dans les 2 groupes (Balint 119,4 contre non Balint 116,7 p=0,25) - Satisfaction globale au travail (84.5 % Balint contre 79.5 % non Balint p=0.51)

Hojat *et al,* 2011 (24)	États-Unis	Cohorte Rétrospective	2	891 Patients diabétiques traités entre juillet 2006 et juin 2009 29 Médecins généralistes	HbA1c LDL-C Empathie : JSE	L'empathie du médecin favorise-t-elle de meilleurs résultats cliniques chez les patients diabétiques ?	Bon contrôle de l'HbA1c (<7,0 %) significativement meilleur avec médecin ayant score d'empathie élevé contre faible. (Respectivement 56 % contre 40 %, P<0,01) Bon contrôle du LDL-C (< 100) significativement meilleur avec médecin ayant score d'empathie élevé contre faible. (Respectivement 59 % VS 44%, P <0,01)
Yuguero *et al,* 2017 (25)	Espagne	Transversale	4	126 Médecins généralistes de Lleida	Burnout : MBI Empathie : JSPE HTA	Association entre niveau d'épuisement professionnel et empathie du médecin : influence sur contrôle de pression artérielle du patient ?	Médecin ayant niveau d'empathie élevé et faible niveau de BO : meilleur contrôle de la TA, significatif comparé aux médecins ayant faible empathie et BO élevé (p<0,05).
Yuguero *et al,* 2017 (26)	Espagne	Transversale	4	115 Médecins généralistes de Lleida	Burnout : MBI Empathie : JSPE Critères socio-démographiques	Association entre BO et empathie ? Différences en fonction des caractéristiques démographiques ?	Différences d'empathie significative selon pratique (p=0,019) : empathie élevée plus commune dans milieu urbain, faible empathie plus commune dans milieu rural. Association significative entre faible empathie et BO élevé et inversement. (p=0,001, IC 95%)
Yuguero *et al,* 2015 (27)	Espagne	Transversale	4	108 Médecins généralistes dans 22 centres de soins primaires de Lleida	Mai à Juillet 2014 Questionnaires Burnout : MBI Empathie : JSPE	Lien entre empathie, burnout et prescription de congés maladie ?	Pas d'association significative entre prescription de congés maladie et niveau d'empathie & de burnout du médecin. Empathie élevée associée à un faible épuisement professionnel. (p<0,05)

Lamothe *et al,* 2014 (28)	France	Transversale	4	294 Médecins généralistes	Questionnaires Burnout : MBI Empathie Cognitive (Prise de perspective PT) : JSPE Empathie affective (Préoccupation empathique EC) : TEQ	Lien entre empathie cognitive et affective dans prédiction du burnout ?	Femmes : ont un niveau d'épuisement émotionnel plus élevé que les hommes. (p<0,01) Niveau élevé (EC x PT) protège contre le BO. (OR 0,31, IC 95%, p<0,001) PT : facteur protecteur seul contre le BO indépendamment de EC. (OR 0,37, IC 95%, p<0,001)
Lelorain *et al,* 2013 (29)	France	Transversale	4	295 Médecins généralistes	Questionnaires Empathie : JSPE Préoccupation empathique : TEQ	Lien entre empathie clinique & préoccupation empathique ?	Préoccupation empathique significativement associée positivement à l'empathie clinique. (p<0,001) Temps de consultation suffisant (p<0,001) + participer à une activité réfléchie (groupe Balint (p<0,005)) contribuent significativement à développer l'empathie clinique.
Boujut *et al*, 2012 (30)	France	Transversale	4	308 Médecins généralistes	Questionnaires Enquête sociodémographique et de pratique Empathie : JSPE Burnout : MBI	Lien entre empathie et caractéristiques socio-démographiques ? Association négative entre empathie et burnout ?	Plus d'empathie car plus de soins de compassion chez : - Femmes médecins (p=0,015) - Médecins en couple (p=0,005) Lien négatif entre épuisement professionnel et empathie, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques et de pratique : - Plus dépersonnalisation est grande, plus soins de compassion sont bas donc plus niveau d'empathie est bas. (p<0,001) - Plus accomplissement personnel est élevé, meilleure est la prise de perspective & donc plus l'empathie est grande. (p<0,0001)

Mercer *et al,* 2012 (31)	Écosse	Transversale	4	3.044 Patients 26 Médecins généralistes de l'ouest de l'Écosse : - 16 dans zones défavorisées : 1.966 patients -10 dans zones aisées : 1.078 patients	Questionnaires Méthode CARE Habilitation du patient : PEI	L'empathie du médecin influence-t-elle l'habilitation du patient, en fonction de sa situation socio-économique ?	Scores PEI plus élevés chez patients percevant leur médecin empathique, sans différence entre les 2 zones. (P = 0,00001) Empathie du médecin a un effet positif sur l'habilitation du patient, sans différence significative suivant le niveau socio-économique.
Hojat *et al,* 2011 (32)	États-Unis	Transversale	4	535 Patients	Questionnaires Satisfaction du patient Perception du patient de l'empathie du médecin : JSPPPE	Lien entre perception de l'empathie du médecin et satisfaction du patient ?	Perception de l'engagement empathique du médecin généraliste a un effet positif et significatif sur satisfaction du patient.
Pollack *et al,* 2011 (33)	États-Unis	Transversale	4	40 Médecins généralistes 320 Patients en surpoids ou obèses (BMI >25)	Entrevue motivationnelle Satisfaction du patient Soutien de l'autonomie	Utilisation des techniques d'entrevue motivationnelle durant les consultations de suivi de perte de poids augmente-t-elle la satisfaction du patient et son autonomie ?	Empathie du médecin significativement liée à taux de satisfaction plus élevé du patient. (*P*=0,004) Plus le médecin apporte un soutien à l'autonomie du patient, plus celui-ci est confiant dans sa capacité à perdre du poids. (p=0,003)

Nicolai *et al,* 2010 (34)	Allemagne	Comparative Randomisée avec biais	4	100 Etudiants allemands Entrevue médicale sous forme : - Vidéo - Audio - Transcrite	Empathie du médecin	Le comportement non verbal a-t-il un impact sur l'évaluation du niveau d'empathie du médecin ?	Lire une version transcrite d'une consultation développe significativement moins d'empathie qu'une version audio ou vidéo. (p<0,05)
Mercer *et al,* 2008 (35)	Écosse	Longitudinale Prospective	4	5 Médecins généralistes Zone socio-économique faible de Glasgow	Questionnaires Empathie : Méthode CARE Habilitation du patient : PEI	L'empathie du médecin a-t-elle un impact sur l'habilitation du patient lors de la consultation et 1 mois après ?	Relation significative positive entre perception du patient de l'empathie du médecin et habilitation du patient à la 1ère consultation + prédit changements positifs dans plainte principale & bien-être de ce patient 1 mois après. (p<0,001)
Glaser *et al*, 2007 (36)	États-Unis	Transversale	4	36 Internes de médecine générale 90 Patients	Empathie du médecin : JSPE Perception du patient de l'empathie du médecin : JSPPPE	Corrélation entre scores d'empathie complétés par le médecin et perception de l'empathie du médecin par le patient ?	Corrélation significative entre empathie autodéclarée du médecin et perception du patient de l'engagement empathique du médecin. (p<0,05)
Vedsted *et al*, 2007 (37)	Danemark	Transversale	4	50.191 Patients 690 Médecins généralistes	Enquête " DanPEP "entre 2002-2005 Questionnaire Europep	Sur quels critères le patient recommanderait-il son médecin traitant à des amis ?	Critères en lien avec empathie du médecin : - S'intéresse à situation & problèmes émotionnels du patient - Orienté vers le patient, à l'écoute - Informatif et coordinateur - Compétent et qualifié

Mercer *et al*, 2006 (38)	Écosse	Transversale	4	3.044 Patients 26 Médecins généralistes de l'Ouest de l'Écosse	Questionnaires CQI = PEI + Continuité des soins + Durée de consultation Méthode CARE	Évaluer le CQI-2 comme nouvelle version du CQI, en y intégrant mesure de l'empathie avec méthode CARE.	Empathie auto-évaluée du médecin, significativement corrélée au score CQI-2. (P<0,05) Médecins avec scores CQI-2 élevés obtiennent scores significativement plus élevés en termes de : -Confiance du patient -Recommandation à famille ou amis -Satisfaction CQI-2 nouvel outil de mesure de soins interpersonnels pour différencier niveau d'empathie des médecins.
Hojat *et al*, 2005 (39)	États-Unis	Longitudinale Rétrospective	4	106 Médecins 17 Médecins généralistes	Empathie : JSPE	Lien entre scores d'empathie auto-évalués en 3e année et scores d'empathie évalués par directeur du programme d'internat 3 ans plus tard. (1re année d'internat)	Déclin systématique des scores d'empathie entre externat et internat. Différence significative dans groupe avec empathie élevée durant l'externat : scores d'empathie plus élevés 3 ans plus tard comparé au groupe avec empathie faible (p<0,05)
Mercer *et al*, 2005 (40)	Écosse	Transversale	4	3.044 Patients 26 Médecins généralistes : -16 dans zones aisées -10 dans zones défavorisées de l'Ouest de l'Écosse	Questionnaires Méthode CARE	L'outil de mesure CARE est-il pertinent en médecine générale dans des zones socio-économiques différentes ?	Pas de différence significative d'empathie du médecin en fonction de la zone socio-économique. (P<0,05) Pas de différence significative dans moyenne CARE entre les 2 zones.

Van Dulmen *et al*, 2004 (41)	Pays-Bas	Longitudinale prospective	4	142 Médecins généralistes 698 Patients	Questionnaires Vidéos Mesure avant et après consultation : - Anxiété du patient - Préférence et perception de l'empathie du médecin	Lien entre réponses des médecins aux préoccupations du patient et perception de l'empathie du médecin, en fonction de l'anxiété du patient, avant et après la consultation ?	Avant la consultation : - 61% des patients préfèrent un médecin empathique. - Plus les patients sont anxieux, plus ils préfèrent un médecin empathique. (p= 0,02) Après la consultation : - La perception de l'empathie du médecin diminue l'anxiété du patient. (p= 0,03) - 95 % des patients ont perçu leur médecin comme empathique.
Hojat *et al*, 2002 (42)	États-Unis	Transversale	4	704 Médecins de Philadelphie 69 Médecins généralistes	Empathie : JSPE	Examiner la fiabilité d'une nouvelle échelle d'empathie et étudier les différences de niveaux d'empathie en fonction du sexe & de la spécialité médicale.	Genre : Score moyen d'empathie des femmes presque significativement supérieur aux hommes. (120,9 contre 119,1 p=0,08) Spécialité : - Plus haut score moyen d'empathie pour psychiatre 127, contre 120,5 pour médecin généraliste, sans différence significative entre les 2 spécialités. - Haut score d'empathie moyenne pour médecin généraliste.

Derksen *et al,* 2017 (43)	Pays-Bas	Qualitative		28 Patients	Entrevues	Expérience personnelle des patients et attentes en matière d'empathie.	Soin et habilitation personnalisés quand empathie présente. Frustrations quand empathie absente, pouvant amener à éviter de consulter leur médecin. Piège de l'empathie qui peut amener le patient à dévoiler des informations privées, situation génératrice d'anxiété.
Derksen *et al,* 2016 (44)	Pays-Bas	Qualitative		30 Médecins généralistes	Interviews Entre juin 2012 et janvier 2013	Obstacles à l'empathie + comment les gérer ?	Conflit entre soins axés sur protocoles, exigences administratives & indicateurs de rémunération plutôt que centrés sur patient. Équilibre émotionnel et distance professionnelle : risque de développer burnout. Difficulté avec patients "indisciplinés" agressifs ou souffrant de troubles de la personnalité. Espace personnel : cabinet surchargé, nécessité temps de consultation plus long, organisation efficace.
Brugel *et al,* 2015 (45)	Pays-Bas	Qualitative		120 Patients 8 Internes	32 vidéos 4 types différents suivant effet du regard et orientation du corps Empathie générale perçue : GPE	Lien entre effet du regard et orientation du corps du médecin sur empathie perçue par le patient ?	Effet significatif du regard et de l'orientation du corps sur l'empathie générale perçue par le patient. ($p < 0.001$)

Ahrweiler *et al,* 2014 (46)	Allemagne	Qualitative Rétrospective		42 Médecins de spécialités différentes 5 Médecins généralistes	Questionnaires	Facteurs favorisant ou inhibant le développement de l'empathie durant les études médicales ?	Facteurs favorisants : - Interactions avec patients - Auto-développement : pratique réfléchie - Interactions avec collègues : influence en tant que modèle Facteurs inhibants : - Stress - Pression du temps - Conditions de travail défavorables
Derksen *et al,* 2014 (47)	Pays-Bas	Qualitative		30 Médecins généralistes	Entrevues enregistrées et transcrites Entre juin 2012 et janvier 2013.	Comment les médecins généralistes expérimentent-ils et appliquent-ils l'empathie en pratique ? Obstacles à l'empathie et moyens pour la faciliter ?	Adopter un comportement empathique : Verbal et non verbal Obstacles : Condition physique, vie privée, pression de temps, organisation inefficace, perturbation téléphonique, barrières personnelles ou organisationnelles. (Directives médicales strictes, recommandations, traitements normalisés) Faciliter l'empathie : Auto réflexion-perfectionnement, temps de consultation plus long, compensation financière. Effets positifs de l'empathie : Adhésion thérapeutique, meilleures interprétations des plaintes, meilleure satisfaction professionnelle, défense contre burnout.

Fox *et al,* 2009 (48)	Royaume-Uni	Qualitative		17 Médecins généralistes	Entrevues semi-structurées individuelles	L'expérience d'une maladie personnelle (grave ou chronique) pour le médecin a-t-elle une incidence ultérieure sur sa pratique ?	Expérience en tant que patient : Aperçu des mécanismes d'anxiété, vulnérabilité, mise en garde de l'auto divulgation d'informations personnelles. Développement de l'empathie : Empathie accrue envers les patients ayant des maladies ou affections similaires, meilleure compréhension. Pratique de l'autonomisation : Prise de conscience des craintes de patients dans recherche de diagnostics, mise en place de techniques de réassurance.
Buszewicz *et al,* 2006 (49)	Royaume-Uni	Qualitative		20 Patients 12 Médecins généralistes du centre-nord de Londres	Entrevues semi-structurées	Aspects utiles pour les patients consultant pour des problèmes psychologiques ?	Intérêt d'une écoute chaleureuse, attentive avec empathie. Sentiment d'être mieux compris devant un médecin attentif avec écoute empathique.

Les résultats ont porté sur l'analyse des bénéfices liés à l'empathie, au cours de consultations de médecine générale, tant pour le patient que pour le médecin.

Pour le patient :

- Meilleurs résultats cliniques

L'empathie était associée à une diminution de la sévérité et de la durée du rhume (19).

Chez les patients diabétiques, elle était en lien avec une diminution du risque de complications aiguës nécessitant une hospitalisation (21) ainsi qu'avec un meilleur contrôle biologique des taux d'HbA1c et de LDL-C (24).

Un niveau d'empathie élevé, associé à un faible niveau de burnout des médecins, permettait également un meilleur contrôle de la tension artérielle des patients (25).

Enfin, l'empathie du médecin perçue par les patients, prédisait de meilleurs résultats cliniques notamment en diminuant la sévérité de certains symptômes ou en améliorant le bien-être de ces patients, y compris à distance de la consultation (20).

- Satisfaction du patient

La perception, par les patients, de l'engagement empathique des médecins avait une conséquence directe sur leur niveau de satisfaction et sur leur propension à se confier (32) (33) (38).

- Adhésion thérapeutique

Les patients adhéraient mieux au traitement prescrit par un médecin ayant une attitude empathique. Ils avaient une meilleure observance, ce qui impliquait des changements positifs sur leur état de santé et de bien-être, y compris à distance, notamment 1 mois après la consultation (31) (35) (43) (47).

- Anxiété du patient

L'empathie du médecin, perçue par les patients, entraînait une diminution des symptômes liés à leur anxiété (22) (41).

Pour le médecin :

- Prévention de l'épuisement professionnel (26) (27) (28) (30)

Des scores élevés d'empathie (cognitive et affective) étaient des facteurs préventifs contre le burnout. En effet, plus le niveau d'empathie était élevé, meilleure était la prise de perspective, avec pour conséquence un niveau d'accomplissement personnel plus important.

Inversement, de faibles scores d'empathie allaient de pair avec un épuisement professionnel élevé. Plus le niveau d'empathie était bas, moins les soins de compassion étaient présents et donc plus la dépersonnalisation était manifeste.

- Satisfaction professionnelle (47)

De par une meilleure interprétation des plaintes des patients, l'empathie permettait de réaliser des diagnostics plus pointus et d'obtenir une meilleure adhésion thérapeutique des patients, contribuant ainsi également à augmenter la satisfaction professionnelle des médecins.

Obstacles à l'empathie :

Le tableau des résultats nous renseigne également sur les principaux obstacles à la communication empathique, suggérés par les médecins généralistes: la durée moyenne de consultation (trop courte), le comportement de certains patients (indisciplinés ou demandeurs), le stress, les perturbations téléphoniques durant les consultations, certaines directives médicales de prescriptions, certains traitements normalisés, le manque de temps pour participer à une activité réfléchie (Formation continue ou groupe Balint) et celui, indispensable, à consacrer à la vie privée (personnelle & familiale) (43) (44) (46) (47) (48).

Intérêt du comportement non verbal :

L'orientation du corps du médecin, tout comme ses gestes mais aussi son regard, influaient sur la perception de l'empathie par les patients. La communication non verbale ne pouvait donc pas être négligée puisque déterminante dans la façon d'adopter ou non une attitude empathique dans la relation de soin (34) (45).

Formation initiale :

Une étude révélait un déclin systématique des scores d'empathie obtenus par les médecins entre l'externat et le début de l'internat (39).

DISCUSSION

Résumé des principaux résultats :

L'objectif principal de cette revue était de dresser, dans la littérature médicale, un état des lieux des connaissances actuelles sur le thème de l'empathie en médecine générale. Nous pouvons ainsi confirmer son rôle essentiel, au sein de la relation médecin-patient, profitant aussi bien à l'un qu'à l'autre.

Quand elle est présente, elle invite le patient à éprouver une plus grande confiance et satisfaction envers le médecin. Elle favorise une meilleure adhésion et observance du traitement médical prescrit. En plus de contribuer à la diminution des symptômes d'anxiété du patient, elle permet également d'obtenir de meilleurs résultats cliniques, voire même biologiques, chez certains patients diabétiques notamment.

Pour le médecin généraliste, l'empathie vis-à-vis de ses patients est primordiale, voire même indissociable de sa fonction. Elle est véritablement source de satisfaction professionnelle et joue, par conséquent, un rôle fondamental dans la prévention de l'épuisement professionnel.

Nombreux cependant sont les obstacles qui peuvent empêcher les médecins généralistes d'adopter cette attitude empathique. En plus des contraintes administratives et de certaines directives parfois imposées, les agendas médicaux surchargés sont régulièrement évoqués comme l'un des principaux facteurs, avec, à l'évidence, le manque de temps dédié à chaque consultation mais également, en parallèle, la réduction du temps à consacrer à leur vie privée. Les perturbations durant les entretiens et le comportement de certains patients irrespectueux ou souffrant de troubles de la personnalité sont également des freins à une écoute empathique.

Forces et limites de l'étude :

Tout d'abord, la force de notre étude réside dans sa méthode. Il s'agit d'une revue systématique faisant un état des lieux de la littérature médicale des vingt dernières années.

Notre équation de recherche a permis d'examiner de nombreux articles, éminents et récents sur le sujet avec, au final, 31 études analysées. En revanche, notre sélection s'est concentrée uniquement sur deux bases de données, *PubMed* et *The Cochrane Library*. Malgré une méthodologie rigoureuse, il est probable que certaines études aient été omises et n'aient, par conséquent, pas été incluses. Certains articles ont cependant été ajoutés à notre sélection, issus de revues de la littérature ou de références bibliographiques.

Par ailleurs, le fait d'écarter des études, plus anciennes ou écrites dans une langue autre que l'anglais ou le français, peut constituer un biais de sélection. Un biais de confirmation n'est également pas à exclure, suite à une mauvaise interprétation des références ou à la non exploitation de certaines données, jugées non pertinentes, à tort.

On ne peut guères ignorer non plus le risque que représente le biais de publication. En effet, les études présentant des résultats positifs et significatifs sont davantage susceptibles d'être publiées que celles dont les résultats sont négatifs ou nuls, ce qui a pour conséquence de fausser la perception globale du sujet même de la recherche menée et les conclusions qu'on pourrait en tirer.

Toutefois, les méthodes d'analyse et les échelles de mesure de l'empathie étaient différentes selon les études (JSPE, méthode CARE, JSPPPE) ce qui corrobore l'efficacité de notre revue. Certaines utilisaient une méthode solide et s'appuyaient sur des questionnaires validés pour évaluer l'empathie des médecins généralistes. D'autres recherchaient des facteurs qualitatifs, en lien avec l'empathie des praticiens, à l'aide de questions ouvertes lors d'entretiens semi-structurés.

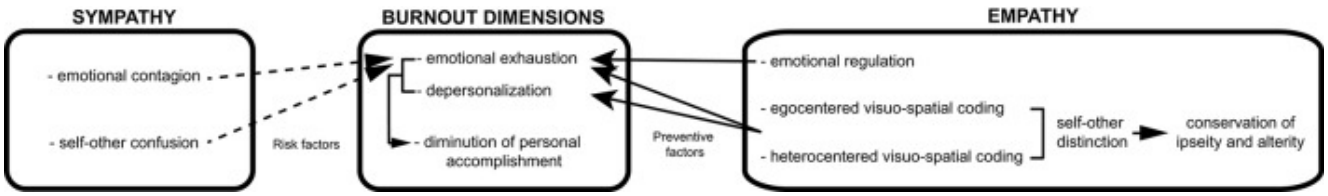
Soulignons que la validité des résultats variait selon les articles, certains ayant un niveau de preuve élevé comparativement à d'autres. Il s'agissait, pour la plupart, d'études épidémiologiques longitudinales ou transversales.

Comparaison avec la littérature :

Peu d'études de la littérature abordent le thème de l'empathie auprès des médecins généralistes. Cependant, nos résultats concordent avec la dernière revue de la littérature traitant de l'efficacité de l'empathie en médecine générale (50). Nous retrouvons effectivement des conclusions similaires quant aux bénéfices prouvés de l'empathie pour le patient (meilleure observance et satisfaction, diminution de l'anxiété, meilleurs résultats cliniques, plus grande adhésion thérapeutique). Néanmoins, cette revue ne traite ni de l'intérêt pour le médecin généraliste à développer l'empathie, ni de ses obstacles.

Quelques divergences sont également à noter, certaines études affirmant que l'empathie induirait l'épuisement professionnel (51) (52). Les médecins usant par trop d'empathie auraient davantage de risque de souffrir d'épuisement émotionnel, ce qui entraînerait de la fatigue et, potentiellement, pourrait conduire jusqu'à l'épuisement professionnel. Pour expliquer ces contradictions, il est important de prendre en compte la nature multidimensionnelle de l'épuisement professionnel (11). La capacité de sympathie (ressentir avec) génère des émotions chez le soignant. Cette prise de conscience de l'émotion de l'autre permet de mettre en place les éléments cognitifs, une fois que l'émotion induite chez le soignant est maîtrisée. Si le soignant reste dans les composantes de cette contagion émotionnelle et confusion du soi, il ravive ses propres souffrances, l'épuisement peut alors éventuellement survenir. A contrario, lorsque l'empathie cognitive permet d'élaborer une stratégie aidante pour le soigné, à l'aide d'une régulation émotionnelle et distinction du soi, l'accomplissement professionnel du soignant s'accroît, diminuant ainsi l'épuisement (Figure 2).

Figure 2 : Modèle de processus du lien entre épuisement professionnel, empathie et sympathie chez les médecins



Implication pour la pratique et la recherche :

A l'inverse d'autres compétences médicales qui se renforcent avec l'expérience, certaines études ont rapporté que le niveau d'empathie avait tendance à décliner tout au long de la formation initiale des internes (53). Dans sa méta-analyse, Neumann a repris toutes les études réalisées sur l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine. Sur les 18 études retenues, 15 mettaient en évidence un déclin significatif de l'empathie au cours de leur cursus, alors que les trois autres indiquaient soit une stabilité, soit une diminution non significative de l'empathie.

A ce jour, si aucune explication formelle à ce déclin d'empathie ne peut être avancée, quelques études ont mis en évidence un lien avec le moment où les étudiants entraient en troisième année (54) (55), à savoir au début de la pratique, c'est-à-dire dès les premiers contacts avec les patients. Nous n'avons trouvé aucune étude évaluant l'évolution du niveau d'empathie des médecins généralistes dès le début de leur pratique de la médecine libérale.

Durant la formation médicale, l'enseignement de l'empathie aux étudiants s'acquiert par la pratique, au fur et à mesure des stages (hospitaliers et ambulatoires de médecine générale), au contact des patients et aussi, bien souvent, par l'influence de médecins servant de « modèles ».

Depuis quelques années, sont également déjà intégrés dans le cursus théorique de la plupart des facultés de médecine, des exercices de mise en situation complexe et particulière, visant à améliorer la communication avec le patient, tout en adoptant une attitude empathique. Nous pouvons citer par exemple, des techniques de jeux de rôles et de simulations (56) des séances de visionnage et décodage de vidéos de consultations (57), plus récemment encore, des cours de théâtre pouvant mettre en scène des situations d'annonce de maladie grave ou encore de refus de soins d'un patient atteint de cancer (58) (59) (60). Reconnus également, les Groupes Balint proposent de rassembler des professionnels de santé pour discuter et échanger autour de cas où la relation soignant-soigné a pu poser des soucis (61) (62). Dans une revue de la littérature en 2006 (63), Stepien et Baernstein ont repris toutes les études montrant une augmentation qualitative et quantitative de l'empathie ainsi que des différents moyens d'enseignements mis en place.

La problématique actuelle est qu'il n'existe pas, dans la formation médicale, de méthode commune permettant d'enseigner aux étudiants et aux médecins généralistes, de manière claire et standardisée, la façon de développer

et/ou de maintenir leur compétence empathique ou encore le moyen de se protéger de l'épuisement professionnel. Des expériences pédagogiques ne cessent néanmoins de se développer dans nos facultés (64).

En médecine de ville, l'enseignement de l'empathie aux internes durant leur stage chez le médecin généraliste n'est pas clairement codifié par le CNGE. Favoriser la procédure de supervision directe ou indirecte avec le praticien autour de différents cas, de manière plus régulière, pourrait être une piste à explorer.

Il serait donc intéressant de développer des programmes de formation spécifiques, centrés sur la pratique de la relation de soin, destinés aux étudiants et aux médecins généralistes, dans le but de mieux contrôler leur relation avec les patients et par conséquent d'améliorer leur compétence empathique.

Prenons l'exemple de l'annonce d'un diagnostic d'hypertension, à laquelle un patient réagit par une inquiétude légitime, l'attitude du médecin alors révèle sa capacité à témoigner ou non de son empathie. Il peut ainsi ignorer cet état émotionnel (*a-pathie* : «il y a des traitements efficaces contre l'hypertension »), l'invalider (*anti-pathie* : « vous n'avez pas de raison d'être inquiet »), le renforcer (*sym-pathie* : « vous avez raison d'être inquiet, l'hypertension peut avoir des conséquences graves ») ou le reconnaître (*em-pathie* : «je vois que vous êtes inquiet ») pour mieux l'explorer (« expliquez-moi ce qui vous inquiète »). Cet exemple illustre parfaitement la complexité et l'importance, pour un médecin, de maîtriser son comportement et son langage mais aussi de savoir l'adapter à chaque situation particulière. Les interventions destinées à promouvoir l'empathie clinique chez les étudiants en médecine devraient par conséquent cibler aussi bien les compétences communicationnelles que les valeurs humanistes qui leur sont transmises (65). Certains enseignements et exercices de simulation existent déjà, mis en place par les maîtres de stage, durant les stages chez le médecin généraliste (66).

L'objectif de ces programmes, serait de mettre en place des outils pédagogiques et des méthodes thérapeutiques, visant à adopter mentalement la perspective du patient, tout en conservant une certaine distance et en instaurant des mécanismes d'autorégulation émotionnelle.

CONCLUSION

Par cette revue, nous avons pointé le rôle essentiel de l'empathie au sein de la relation de soin en médecine générale, soulignant son intérêt majeur aussi bien pour le médecin que pour le patient.

S'agissant d'un concept assez récent, développé depuis à peine plus d'un siècle, cet état des lieux n'est cependant que le reflet actuel de nos connaissances en la matière. En améliorant la satisfaction des patients et donc l'adhésion thérapeutique, mais également en réduisant les effets délétères du burnout sur la santé des médecins et, par conséquent, en diminuant le risque potentiel d'erreur médicale, l'empathie concourt au bien-être général de la société.

Renforcer et restructurer son enseignement dans la formation initiale des internes et dans la formation continue des médecins généralistes contribuerait à instaurer une relation de qualité médecin-patient et aurait un impact fondamental en termes de santé publique, notamment en matière de réduction des dépenses.

Néanmoins cet état des lieux ne doit pas se limiter à un simple constat. Il est primordial de poursuivre les investigations et expérimentations dans ce vaste domaine, par d'autres études et enquêtes, auprès de médecins généralistes et de patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Caliandro S. Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. Revue française de psychanalyse. 2004 ;68(3) :791-800.

2. Dictionnaire-de-français-Larousse. Définitions empathie.

   http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/2880 consulté le 15 février 2018

3. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. Couns Psychol. 1975 ;5(2) :2-10

4. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? Image J Nurs Sch. 1992;24(4):273-80.

5. HAS, Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007

   https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf consulté le 15 février 2018

6. Attali C. et al Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer 2007 76 :32 ;

7. Perdrix C, Gocko X, Plotton C La relation médecin patient exercer 2017;132:187-8).

8. Galam É. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 1 nov. 2007 ;3(9) :419-21.

9. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. mars 2013;63(608): e217-224.

10. Galam E. L'Erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur Paris, Springer, coll. « Progrès en sécurité des soins », 2012

11. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. Front Psychol. 26 mai 2016. 7:763. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763

12. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. PLoS ONE. 2013;8(4): e61526.

13. Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? Transl Psychiatry. 3 juin 2014;4: e393.

14. Gedda M. French translation of the PRISMA Reporting Guidelines for writing and reading systematic reviews and meta-analyses. Kinesither Rev 2015 ;15(157):39-44.

15. PROSPERO. International Prospective Register of Systematic Reviews. https://www.crd.york.ac.uk/prospero/ consulté le 15 février 2018

16. HAS, Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique, Avril 2013. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf consulté le 15 février 2018

17. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. Halpern,2014.

https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-013-9510-4 consulté le 15 février 2018

18. Patients of empathetic GPs have better outcomes, The Practitioner, 2013.

https://www.thepractitioner.co.uk/Editorial/2013-2014/4814-/Patients-of-empathetic-GPs-have-better-outcomes consulté le 15 février 2018

19. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of Empathy in the Therapeutic Encounter: Effects on the Common Cold. Patient Educ Couns. déc 2011;85(3):390-7.

20. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. Ann Fam Med. Mars 2016 ;14(2) :117-24.

21. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med. sept 2012;87(9):1243-9.

22. Verheul W, Sanders A, Bensing J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. Patient Educ Couns. sept 2010;80(3):300-6.

23. Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. Fam Med. 2005 May;37(5):328-31.

24. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. mars 2011;86(3):359-64.

25. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. BMC Fam Pract. 12 mai 2017;18(1):63.

26. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. Eur J Gen Pract. déc 2017;23(1):4-10.

27. Yuguero Torres O, Esquerda Aresté M, Marsal Mora JR, Soler-González J. Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy. Courvoisier DS, ed. PLoS ONE. 2015;10(7): e0133379.

28. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. BMC Fam Pract. 23 janv 2014; 15:15.

29. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. Eur J Gen Pract. Mars 2013 ;19(1) :23-8.

30. Boujut E, C Buffel, A Catu-Pinault, Jean Louis Tavani, L Rigal, et al. Development of a French-Language Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and Association with Practice Characteristics and Burnout in a Sample of General Practitioners the Jefferson Scale of Physician. International Journal of Person Centered Medicine, 2012, 2 (4), pp.759-766.

31. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. BMC Family Practice. 8 févr 2012; 13:6.

32. 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. juin 2011;43(6):412-7.

33. Pollak KI, Alexander SC, Tulsky JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. J Am Board Fam Med. déc 2011;24(6):665-72.

34. Nicolai J, Demmel R, Farsch K. Effects of mode of presentation on ratings of empathic communication in medical interviews. Patient Educ Couns. juill 2010;80(1):76-9.

35. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling. Patient Educ Couns. nov 2008;73(2):240-5.

36. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. Med Sci Monit. juill 2007;13(7):CR291-294.

37. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. Scand J Prim Health Care. 2008;26(4):228-34.

38. Mercer SW, Howie JG. CQI-2 — a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. Br J Gen Pract. 1 avr 2006 ;56(525) :262-8.

39. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. J Soc Psychol. déc 2005;145(6):663-72.

40. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. Fam Pract. juin 2005;22(3):328-34.

41. Van Dulmen S, 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. oct 2004;55(1):149-52.

42. 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.

43. Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. Patient Educ Couns. mai 2017;100(5):987-93.

44. Derksen FA, Olde Hartman TC, Bensing JM, Lagro-Janssen AL. Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs. Br J Gen Pract. 2016;66(653): e887-95.

45. Brugel S, Postma-Nilsenová M, Tates K. The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior: The effect of a doctor's gaze and body orientation. Patient Educ Couns. oct 2015;98(10):1260-5.

46. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. BMC Med Educ. 22 juin 2014; 14:122.

47. Derksen F, Bensing J, Kuiper S, van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. Fam Pract. févr 2015;32(1):94-100.

48. Fox FE, Rodham KJ, Harris MF, Taylor GJ, Sutton J, Scott J, et al. Experiencing « the other side »: a study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients. Qual Health Res. nov 2009;19(11):1580-8.

49. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 juill 2006;56(528):496-503.

50. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. janv 2013;63(606): e76-84.

51. Figley, C. R. (2002), Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. J. Clin. Psychol., 58: 1433–1441. doi:10.1002/jclp.10090

52. Nielsen H. G., Tulinius C. (2009). Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? Educ. Prim. Care. 20, 353–359. 10.1080/14739879.2009.11493817

53. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. août 2011;86(8):996-1009.

54. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ. sept 2004;38(9):934-41.

55. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med. sept 2009;84(9):1182-91.

56. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. Patient Educ Couns. 2008;71(2):148-52.

57. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. Patient Educ Couns. 2002;48(3):207-16.

58. Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. Med Educ. 2003;37(10):922-7.

59. SIRIC, Site de Recherche Intégré sur le Cancer, Montpellier Cancer.

http://montpellier-cancer.com/video-theatre-et-medecine/ consulté le 15 février 2018

60. Bouché O, Ulrich B. Les annonces en cancérologie. Springer. 2012 ; 10.1007/978-2-8178-0247-3

61. Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint: Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 50,(1), 141-148. doi:10.3917/rppg.050.0141.

62. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. Fam Med. 1993;25(4):245-8.

63. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. J Gen Intern Med. 2006;21(5):524ñ530.

64. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Poitiers.

http://medphar.univ-poitiers.fr/actualites/no-burnout-projet-de-recherche-sur-l-epuisement-professionnel-1189691.kjsp consulté le 15 février 2018

65. Revue Médicale Suisse 2015; volume 11. 838-839 Jean-Yves Nau. Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel

66. Université de Poitiers. Améliorer votre relation médecin-patient et prise en charge des thérapies non médicamenteuses de l'anxiété et de la dépression, 2017. https://uptv.univ-poitiers.fr/program/soignants-de-soignants-2017-ameliorer-votre-relation-medecin-patient-et-prise-en-charge-par-des-therapies-non-medicamenteuses-de-l-anxiete-et-de-la-depression/index.html consulté le 15 février 2018

RÉSUMÉ

CONTEXTE : L'empathie est une compétence relationnelle nécessaire et indispensable en médecine générale. Parallèlement, le syndrome d'épuisement professionnel ou « burnout » affecte particulièrement les médecins généralistes. Récemment, une corrélation a été établie entre l'épuisement professionnel et les troubles de l'empathie chez les médecins. Approfondir cette notion d'empathie pourrait donc contribuer à améliorer la relation médecin-patient mais également à diminuer les effets néfastes du burnout, notamment le risque d'erreurs médicales.

OBJECTIF : L'objectif est de décrire dans la littérature médicale, l'état des connaissances actuelles sur l'empathie en médecine générale.

SOURCES DOCUMENTAIRES : Une revue de la littérature a été réalisée à partir des bases de données PubMed et The Cochrane Library, à l'aide des mots clés empathie/médecine générale et médecin généraliste en utilisant les recommandations PRISMA Statement et la gradation des recommandations de bonne pratique de l'HAS.

SÉLECTION DES ÉTUDES : 31 articles ont été analysés dont 15 sélectionnés parmi les 937 références identifiées par la revue de la littérature et 16 autres qui ont été ajoutés à la sélection.

RÉSULTATS : Pour le patient, l'empathie conduit à de meilleurs résultats cliniques et biologiques ; elle génère une plus grande satisfaction envers le médecin, une meilleure adhésion et observance thérapeutique et permet également de réduire les symptômes d'anxiété. Pour le médecin généraliste, l'empathie participe de son accomplissement professionnel et joue, de ce fait, un rôle-clé dans la prévention de l'épuisement au travail. De nombreux obstacles peuvent néanmoins indéniablement empêcher les médecins d'adopter ce comportement empathique.

DISCUSSION : Renforcer et restructurer l'enseignement de l'empathie dans la formation médicale initiale et continue des médecins doit être au centre des priorités des programmes d'enseignement. Disposer d'outils pour développer leur compétence empathique, afin de mieux maîtriser la relation avec les patients, mais aussi prévenir l'épuisement professionnel aurait un impact primordial dans la réduction des dépenses de santé publique.

Mots clés : Empathie - Médecine générale - Médecin généraliste

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !