

EMPATHIE CHEZ LES JEUNES MEDECINS : EXISTE-T-IL UN LIEN AVEC LES DIMENSIONS DE LA PERSONNALITE ?

EMPATHY IN YOUNG DOCTORS : IS THERE A LINK WITH PERSONALITY DIMENSIONS?

N. HALOUANI^{1,3,*} ; F. SMAOUI² ; M. TURKI^{1,3} ; A. SAMET^{1,3} ; S. ELLOUZE^{1,3} ; N. MESSEDI^{1,3} ET J.ALOULOU^{1,3}

1 : Service de psychiatrie B, CHU Hédi Chaker Sfax-Tunisie

2 : Médecin psychiatre de libre pratique

3 : Faculté de médecine de Sfax, Université de Sfax, 3029-Tunisie

*E-mail de l'auteur correspondant : halouani_najla@medecinesfax.org

Résumé

L'empathie constitue donc une compétence essentielle et complexe à acquérir pour un futur praticien. Elle permet de créer une relation de confiance qui améliore la qualité des soins et l'efficacité thérapeutique. Les liens entre les dimensions de la personnalité et l'empathie sont complexes et agissent dans les deux sens. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'empathie chez une population de résidents et internes en médecine et de déterminer les liens entre l'empathie et les différentes dimensions de la personnalité. Une étude descriptive et analytique réalisée a été menée auprès des internes et des résidents exerçant aux CHU de Sfax. Pour le recueil des données nous avons utilisé une fiche de données, L'échelle Jefferson d'empathie (JSE) et le Ten Items Personality Inventory. La moyenne des scores d'empathie chez nos participants était de 92,37. L'extraversion ($p=0,05$), le fait d'être consciencieux ($p<0,001$) et l'ouverture aux expériences ($p<0,001$) étaient les dimensions de la personnalité corrélées à l'empathie. Certains professionnels de la santé peuvent être plus empathiques en raison de leur personnalité, tandis que d'autres peuvent développer leur empathie grâce à l'apprentissage et à l'expérience.

Mots - Clés : Empathie ; Dimensions de la personnalité ; Jeunes médecins

Abstract

Empathy is therefore an essential and complex skill to acquire for a future practitioner. It helps create a relationship of trust that improves the quality of care and therapeutic effectiveness. The links between personality dimensions and empathy are complex and work in both directions.

The objective of this work was to study empathy in a population of medical residents and interns and to determine the links between empathy and the different dimensions of personality. This is a descriptive and analytical cross-sectional study carried out among interns and residents working at the University Hospital Centers in Sfax. For data collection we used an information sheet, the Jefferson Empathy Scale (JSE) and the TIPI . The average empathy score among our participants was 92.37. Extraversion ($p=0.05$) and conscientiousness ($p<0.001$) as well as openness to experiences ($p<0.001$) were the personality dimensions correlated with empathy. Some healthcare professionals may be more empathetic because of their personality, while others may develop empathy through learning and experience.

Key -words : Empathy; Personality dimension; Youth doctors

ملخص

يشكل التقمص العاطفي مهارة أساسية ومعقدة يجب اكتسابها للممارس في المستقبل. فهو يساعد على خلق علاقة ثقة مما يحسن جودة الرعاية والفعالية العلاجية. الروابط بين أبعاد الشخصية والتعاطف معقدة وتعمل في كلا الاتجاهين. ومع ذلك، فإن الدراسات التي تبحث في هذه الروابط نادرة. كان الهدف من هذا العمل هو دراسة التقمص العاطفي لدى مجموعة من الأطباء المقيمين والمتدربين وتحديد الروابط بين التقمص العاطفي والأبعاد المختلفة للشخصية. هذه دراسة وصفية وتحليلية مقطعية أجريت على المتدربين والمقيمين العاملين في المركزين الاستشفائيين الجامعيين في صفاقس. لجمع البيانات، استخدمنا ورقة معلومات، ومقياس جيفرسون للتعاطف (JSE) وTIPI (جرد الشخصية المكون من عشرة عناصر). وكان متوسط درجة التقمص العاطفي بين المشاركين لدينا 92.37. كان الانبساط ($p = 0.05$) والضمير ($p > 0.001$) وكذلك الانفتاح على التجارب ($p > 0.001$) هي أبعاد الشخصية المرتبطة بالتقمص العاطفي. قد يكون بعض المتخصصين في الرعاية الصحية أكثر تعاطفاً بسبب شخصيتهم، بينما قد يطور آخرون مع التقمص العاطفي من خلال التعلم والخبرة.

الكلمات المفتاحية : التقمص العاطفي ; أبعاد الشخصية ; الأطباء الشباب

INTRODUCTION

L'exercice de la médecine, en perpétuelle évolution, se trouve face à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux. La demande de soin est en constante augmentation alors que les moyens humains et financiers sont en baisse.

Cette situation qui touche tous les professionnels de la santé y compris les internes et les résidents, peut entraîner des conséquences négatives et particulièrement retentir sur la qualité de la relation médecin-patient. Au cœur de cette relation se trouve l'empathie. Tous les auteurs qui ont tenté d'en cerner les contours soulignent le fait qu'il s'agit d'une expérience émotionnelle et cognitive reliée à autrui et l'associent étroitement à l'exercice de la médecine, la spécifiant dans le concept de «l'empathie clinique» [1-2].

L'empathie constitue donc une compétence essentielle et complexe à acquérir pour un futur praticien. Elle permet de créer une relation de confiance qui améliore la qualité des soins et l'efficacité thérapeutique [3].

La personnalité et l'empathie sont deux concepts qui sont souvent liés. Bien que l'empathie est souvent considérée comme une qualité importante de la personnalité, les liens entre les dimensions de ces deux entités sont complexes et agissent dans les deux sens. De même, les études étudiant ces liens sont rares [4-5].

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'empathie chez une population de jeunes médecins en formation et de déterminer ses liens avec les différentes dimensions de la personnalité.

1. SUJETS DE L'ÉTUDE

1.1. Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée au sein de différents services des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) Habib Bourguiba et Hédi Chaker de Sfax.

1.2. Population cible

Ont été inclus dans notre étude tous les internes et résidents exerçant aux services médicaux et chirurgicaux au sein des hôpitaux Habib Bourguiba et Hédi Chaker de Sfax.

Les internes et résidents exerçant aux services de médecine communautaire, de médecine préventive et les laboratoires n'étaient pas inclus. Nous avons estimé qu'ils ne sont pas fréquemment en contact avec les patients.

1.3. La distribution et le recueil des fiches :

La liste exhaustive des internes et des résidents a été obtenue auprès de la direction des deux CHU de Sfax. Les jeunes médecins ont été contactés directement sur leurs lieux de stage.

L'objectif de l'étude ainsi que les échelles utilisées ont été expliqués. Les fiches ont été remplies de façon anonyme, puis recueillies auprès des participants. Au moins un rappel auprès des participants a été fait.

2. INSTRUMENTS DE L'ÉTUDE :

2.1. Fiche de renseignements :

Nous avons recueilli différentes variables auprès des participants à l'aide d'un questionnaire comportant trois parties :

- La première partie s'intéresse aux données sociodémographiques : le genre, l'âge, le statut marital et le nombre éventuel d'enfants.
- La deuxième partie concerne le mode de vie des participants : les conduites addictives, l'implication dans des activités sociales ou culturelles ou de loisir ainsi que l'estimation du temps passé avec leurs entourages.
- La troisième partie concerne les données relatives à l'exercice professionnel : le statut professionnel, la spécialité du service, le nombre d'années d'exercice, la moyenne d'heures de travail par semaine, nombre de gardes par mois, et la perception de la reconnaissance par les supérieurs hiérarchiques, de l'équipe soignante ou des patients.

2.2. L'échelle Jefferson d'empathie (JSE) de Hojat en 2002

La JSPE est une échelle développée initialement aux Etats-Unis 3 par le Pr Hojat. Elle est une des échelles les plus utilisées actuellement et la plus reconnue pour évaluer l'empathie médicale. Elle a été validée en français en 2012 [6]. Elle est constituée de vingt items se graduant sur une échelle de Likert allant de 1 (fort désaccord) à 7 (fortement d'accord). Dix items sont des affirmations et dix des négations (les "points" de l'item sont alors inversés). Le score varie de 20 à 140 et plus il est élevé, plus le soignant a une orientation empathique.

2.3. TIPI (Ten Items Personality Inventory):

L'évaluation de la personnalité chez notre population s'est faite à l'aide du TIPI (Ten Items Personality Inventory) selon la théorie des "Big five".

Les participants devaient cocher la façon dont ils se percevaient pour chaque item, sur une échelle de Likert allant de 1 à 7 ("fortement d'accord" à "fortement en désaccord"). Chaque dimension de la personnalité est évaluée par deux items dont un ayant une cotation inverse.

Le score est calculé de la manière suivante :

- "*l'extraversion*" caractérise les personnes sociables, énergiques et dynamiques, correspond aux items 1 et 6, avec une cotation inverse.
 - "*l'agréabilité*" est la tendance à être coopérant, gentil et à faire preuve de compassion, correspond aux items 2 (cotation inverse) et 7.
 - "*la conscienciosité*" est la tendance à montrer de l'auto discipline, à être fiable et discipliné, correspond aux items 3 et 8, avec une cotation inverse.
 - le "*névrosisme*" est la tendance à l'anxiété, la vulnérabilité et à l'instabilité émotionnelle, correspond aux items 4 et 9, avec une cotation inverse. Dans l'article des auteurs ayant créé ce questionnaire [7], ces items évaluent la stabilité émotionnelle et donc l'item 4 a une cotation inverse et l'item 9 une cotation normale. Ce qui nous a amené à inverser les cotations afin d'évaluer le névrosisme.
 - "*l'ouverture*" est en relation avec l'appréciation des arts, la tendance à la curiosité et à l'aventure, correspond aux items 5 et 10, avec une cotation inverse.
- Plus le score est élevé pour une dimension de la personnalité, plus elle caractérise l'individu.

3. ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) dans sa vingtième version.

Les variables qualitatives sont exprimées à l'aide de leurs fréquences et de leurs pourcentages valides. Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes et écart-types. L'étude de la corrélation entre les variables qualitatives a été faite par le test de chi² de Pearson lorsque les conditions d'application étaient vérifiées et par le test de Fischer dans le cas contraire. La comparaison de deux moyennes a été faite par le test t de student pour séries indépendantes. L'étude de la corrélation entre deux variables quantitatives a été faite par le test de corrélation de Pearson. Le seuil de signification pour les corrélations était $p \leq 0,05$.

RESULTATS

1. ETUDE DESCRIPTIVE

1.1. Taux de participation

Trois cent vingt questionnaires ont été distribués. Près de 15% (N= 47) des fiches étaient incomplètement remplies. Vingt (6%) fiches étaient non remplies. Le nombre de fiches retenues et analysées était de 253. Le pourcentage de participation dans notre étude était de 79 %.

1.2. Données sociodémographiques

1.2.1. Age

L'âge moyen était de 28,05 ans avec des extrêmes de 24 et 34 ans.

1.2.2. Genre

Notre échantillon était composé de 66% (N=167) de femmes, soit un sex-ratio H/F de 0,51. (Figure 1)

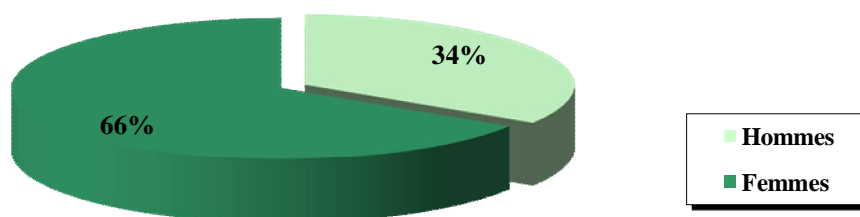


Figure 1 : Répartition de la population selon le genre

1.2.3. Situation familiale

• **Etat civil**

célibataires dans 51,4% (N= 130). Soixante six pourcent des célibataires étaient des internes (N= 86 ; Figure 2).

Les médecins inclus dans notre étude étaient

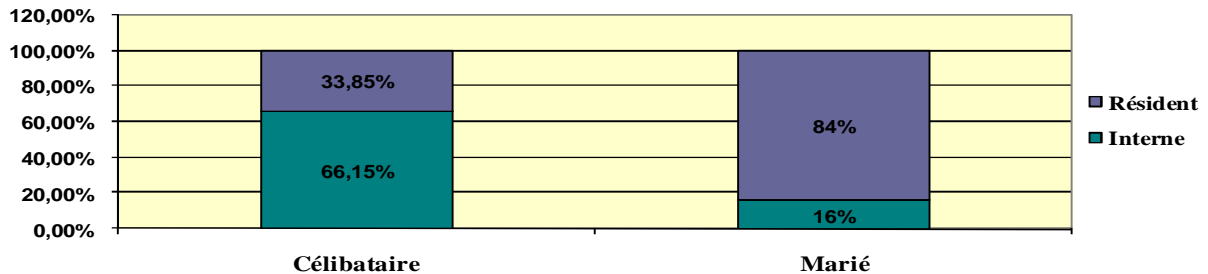


Figure 2: Répartition de la population selon l'état civil et le statut professionnel

1.3. Données professionnelles

Notre échantillon se composait de 41,9% d'internes et de 58,1% de résidents (Figure3).

1.3.1. Statut professionnel

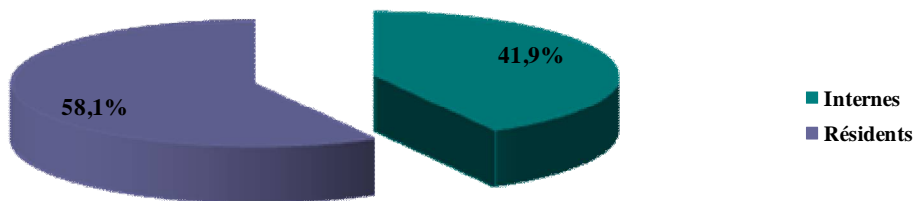


Figure 3: Répartition de la population selon le statut professionnel

1.3.2. Service d'affectation

Notre population était répartie selon 5 domaines (figure 4) :

- Domaine médical : 48,6%

- Domaine chirurgical : 20,2%
- Domaine urgence-réanimation : 14,6%
- Domaine médico-chirurgical : 10,3%
- Domaine diagnostique : 6,3%

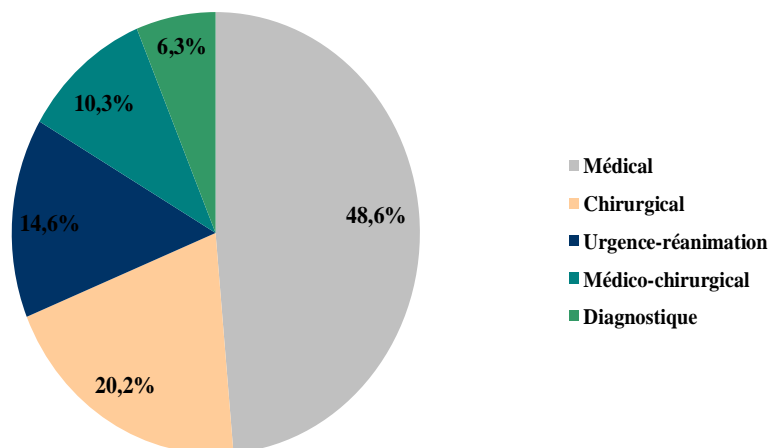


Figure 4: Répartition de la population selon le domaine de travail

1.3.3. Moyenne d'années d'exercice :

La moyenne des années de travail était de 2,4 ans.

1.3.4. Moyenne d'heures de travail hebdomadaire

La moyenne d'heures de travail par semaine dans notre population était de 51,2 heures avec des extrêmes de 24 et 100 heures.

Pour les internes, elle était de 53,2 heures (extrêmes 24-100 heures) alors que pour les résidents, elle était de 49,8 (extrêmes 24-96 heures).

1.3.5. Reconnaissance du travail fourni :

Nos participants estimaient une reconnaissance de leur travail de la part des supérieurs hiérarchiques dans 48,6%, de la part de l'équipe soignante dans 58,9% et de la part des patients dans 72,7% (Tableau I).

Tableau I : Estimation de la reconnaissance

Statut professionnel	Interne	Résident	Total
Reconnaissance des supérieurs hiérarchiques	46%	49,7%	48,6%
Reconnaissance de l'équipe soignante	65,1%	54,6%	58,9%
Reconnaissance des patients	69,8%	74,8%	72,7%

1.4. Mode de vie

1.4.1. Habitudes

La consommation de produits toxiques était

rapportée par 22,5% des participants. Près d'un quart de la population (21,3%) étaient tabagiques et 8,7% consommaient de l'alcool (Figure 5).

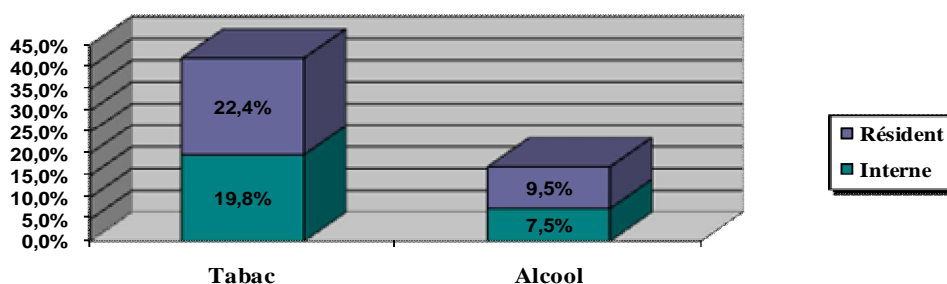


Figure 5: Répartition de la consommation des produits toxiques selon le produit et le statut professionnel

1.4.2 Temps consacré à l’entourage

Près des trois quarts des participants (71,1%) estimaient ne pas pouvoir consacrer assez de temps

à leur entourage familial et amical. Les internes et les résidents déclaraient ce manque de temps respectivement dans 75,5% et 68% (Figure 6).

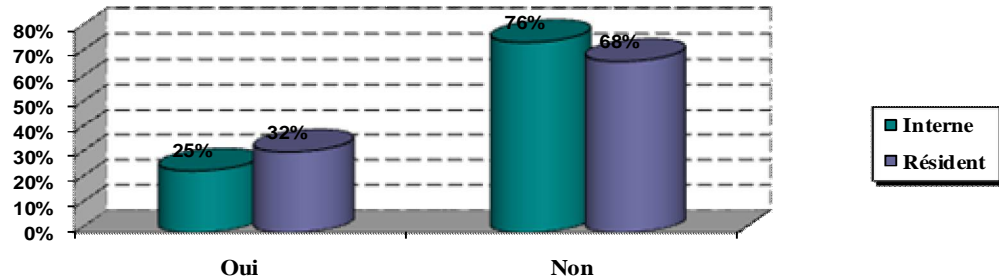


Figure 6 : Répartition de la population selon le temps consacré à l’entourage

1.4.3 Activité sociale et de loisir

Quatre-vingt-neuf pourcent des participants

(88,9%) déclaraient qu’ils n’avaient aucune activité sociale (figure 7)

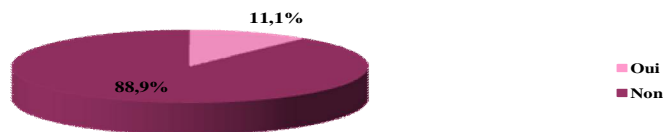


Figure 7 : Répartition de la population selon l’existence d’une activité sociale

Quatre-vingt et un pourcent (81%) des participants

ne pratiquaient pas régulièrement d’activités de loisirs (figure 8).

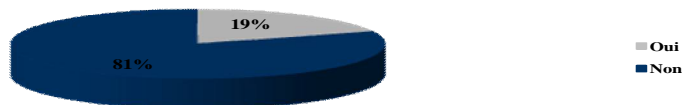


Figure 8 : La répartition de la population selon la pratique régulière d’activité de loisir

1.5. Empathie

La moyenne des scores d’empathie chez nos participants était de 92,3 +/- 16,4. Chez les internes

l’empathie était de 93,1 (+/- 14,2) et chez les résidents elle était de 91,8 +/- 17,8). (Tableau II).

Tableau II : Moyenne des scores d’empathie

	Interne	Résident	Population étudiée
Empathie	93,1 (+/- 14,2)	91,8 (+/- 17,8)	92,3 (+/- 16,4)

1.6. Dimensions de la personnalité

Selon l'échelle TIPI, les dimensions de la personnalité chez nos participants étaient réparties comme suit : (Figure 9)

Extraversion : 9,5%
 Agréabilité : 10,3%
 Conscienciosité : 45%
 Névrosisme : 23,3%
 Ouverture aux expériences : 11,9%

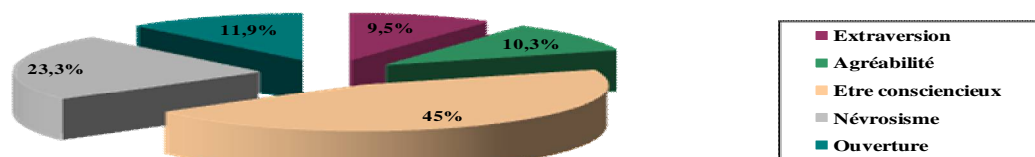


Figure 9: Répartition de la population selon les traits de personnalité

2. ETUDE ANALYTIQUE

2.1. Liens entre l'empathie et les facteurs sociodémographiques

Le sexe féminin était corrélé avec un score d'empathie plus élevé ($p < 0,001$).

L'empathie était plus importante chez les sujets mariés, et ayant des enfants. Elle était moins importante avec l'âge (Tableau III).

Tableau III: Corrélations entre score d'empathie et facteurs sociodémographiques

		N (%)	Moyenne	<i>p</i>
Genre	Homme	86 (34%)	88,14	<0,001
	Femme	167 (66%)	94,37	
Age	-	-	-	0,45 (<i>r</i> = -0,04)
Statut marital	Célibataire	130 (51,4%)	91,10	0,26
	Marié	123(48,6%)	93,46	
Enfant à charge	Oui	77 (30,4%)	93,73	0,35
	Non	176 (69,6%)	91,60	

2.2. Lien entre l'empathie et le mode de vie

Le temps consacré à l'entourage ainsi que l'absence d'habitudes toxiques étaient corrélés avec

un score d'empathie plus élevé ($p < 0,001$; $p < 0,001$) (Tableau IV).

Tableau IV: Corrélations entre score d'empathie et le mode de vie

		N (%)	Moyenne	<i>p</i>
Habitudes toxiques	Oui	57 (22,5%)	86,89	<0,001
	Non	196 (77,5%)	93,81	
Temps consacré à l'entourage	Oui	73 (28,9%)	97,40	<0,001
	Non	180 (71,1%)	90,16	
Activité de loisir régulière	Oui	48 (19%)	95,98	0,08
	Non	205 (81%)	91,38	
Activité sociale	Oui	28 (11,1%)	93,25	0,73
	Non	225 (88,9%)	92,12	

2.3. Lien de l'empathie avec les données professionnelles

- **Statut professionnel**

Les internes étaient plus empathiques que les résidents (Tableau V).

Tableau V: Corrélations entre score moyen d'empathie et le statut professionnel

		N (%)	Moyenne	<i>p</i>
Statut professionnel	Interne	106 (41,9%)	92,85	0,62
	Résident	147 (58,1%)	91,82	

- **Service d'affectation**

Le travail dans un service de spécialité médicale

était corrélé avec un score d'empathie plus élevé ($p < 0,001$; $p = 0,01$) (Tableau VI).

Tableau VI : Corrélations entre score d'empathie et le service d'affectation

		N (%)	Moyenne	<i>p</i>
Service de spécialité médicale	Oui	123 (48,6%)	96,55	<0,001
	Non	130 (51,4%)	88,18	
Service de spécialité chirurgicale	Oui	51 (20,2%)	88,61	0,08
	Non	202 (79,8%)	93,17	
Service d'urgence réanimation	Oui	37 (14,6%)	86,05	0,01
	Non	216 (85,4%)	93,31	
Service de spécialité médico-chirurgicale	Oui	26 (10,3%)	91,15	0,72
	Non	227 (89,7%)	92,37	
Service de spécialité de diagnostique	Oui	16 (6,3%)	86,88	0,18
	Non	237 (93,7%)	92,61	

- **Reconnaissance du travail**

La reconnaissance des supérieurs hiérarchiques

était corrélée avec un score d'empathie plus élevé ($p = 0,04$) (Tableau VII).

Tableau VII : Corrélations entre score d'empathie et reconnaissance du travail

		N (%)	Moyenne	P
Reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques	Oui	123 (48,6%)	94,41	0,04
	Non	130 (51,4%)	90,20	
Reconnaissance de la part de l'équipe soignante	Oui	149 (58,9%)	92,89	0,46
	Non	104 (41,1%)	91,33	
Reconnaissance de la part des patients	Oui	184 (72,7%)	92,22	0,96
	Non	69 (27,3%)	92,33	

- **Ancienneté, moyenne d'heure de travail hebdomadaire et nombre de gardes mensuelles**

Le score moyen d'empathie était inversement

proportionnel à l'ancienneté, la moyenne d'heures de travail hebdomadaire et nombre de gardes mensuelles (Tableau VIII).

Tableau VIII : Corrélations entre l'empathie et ancienneté, moyenne d'heures de travail hebdomadaire et nombre de gardes mensuelles

	Ancienneté		Moyenne d'heure de travail hebdomadaire		Nombre de gardes mensuelles	
	r	p	r	p	r	p
Empathie	-0,02	0,72	-0,06	0,3	-0,1	0,09

2.4. Lien de l'empathie avec les dimensions de la personnalité

L'empathie était corrélée avec l'extraversion ($p=0,05$), la conscienciosité ($p=0,03$) et l'ouverture ($p<0,001$). Le névrosisme était corrélé à un score d'empathie plus bas ($p<0,001$)

DISCUSSION

L'empathie est définie comme « la capacité que nous avons de nous mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve ». Il ne s'agit ni de sympathie ni de contagion émotionnelle [8].

Hein et Singer la définissent comme « un état affectif généré par le partage d'émotions ou d'états sensoriels d'une autre personne » [9]. Selon Hojat qui a beaucoup travaillé sur l'empathie dans le milieu médical, «L'empathie clinique est une disposition cognitive impliquant la compréhension des expériences intérieures et les perspectives des patients, combinée avec la capacité de communiquer cette compréhension pour les patients [10]. Dans notre étude, la moyenne des scores de l'empathie chez les participants était de 92,37 avec des extrêmes de 47 et 133.

La littérature montre des scores plus élevés avec une moyenne allant de 104,9 à 117 et des extrêmes allant de 91,7 à 140 [11-12].

Le sexe féminin était corrélé avec un score d'empathie plus élevé ($p<0,001$). A l'analyse multivariée, le sexe avait une corrélation positive significative avec l'empathie.

Dans une étude menée à Séoul auprès de 317 résidents de différentes spécialités a montré une relation statistiquement positive entre le genre féminin et le score d'empathie [61]. D'autres études ont montré que les femmes sont plus empathiques que les hommes [13-14]. Les femmes présentent généralement une sensibilité émotionnelle plus prononcée et sont plus enclines à cultiver et à accorder de l'importance aux relations interpersonnelles par rapport aux hommes [15]. Par conséquent, elles sont plus disposées à adopter des attitudes humanistes et à manifester une sensibilité sociale plus marquée. En effet, une étude menée par Rotor et al. [16] a révélé que les femmes médecins s'engagent de manière significativement plus active dans des comportements de collaboration, dispensent des conseils liés à des aspects psychosociaux, et participent à des discussions émotionnelles.

Dans notre étude, le fait de consacrer un temps suffisant à l'entourage était corrélé à un score d'empathie plus élevé ($p < 0,001$). Ce facteur était retrouvé dans la littérature comme facteur améliorant l'empathie. En effet, une étude longitudinale sur 12 ans a montré que l'auto-évaluation de l'empathie chez les adultes était associée à un bien-être positif, telle une relation positive avec les autres [17]. De même, dans la population générale, l'empathie est étroitement associée à l'interaction sociale [18].

Selon la revue de Neumann et al [19], les étudiants en médecine et les résidents ayant un contact réduit avec leur famille et un manque de soutien social de la part de leurs groupes de pairs souffraient de détresse psychologique et de baisse de l'empathie.

L'exercice dans un service de médecine était statistiquement associé avec un score d'empathie plus élevé ($p < 0,001$). Les médecins travaillant dans de tels services sont souvent en contact avec des patients ayant de maladies chroniques. Ils ne s'agit pas de patients passagers, et leur relation avec l'interne et le résident en particulier est alors spéciale [20,21]. Ceux-ci ont plus de possibilités de contacts directs et de conversations avec les patients, ce qui renforce leurs relations interpersonnelles.

Selon Hojat et al. [10], les médecins exerçant dans des spécialités « axées sur les personnes » comme la dermatologie, la médecine interne et les spécialistes en réadaptation tendent à obtenir des scores d'empathie plus élevés que leurs collègues dont les spécialités étaient « orientées sur la procédure » telles que la radiologie.

La reconnaissance du travail par des supérieurs hiérarchiques était positivement corrélée avec le score d'empathie ($p = 0,04$).

Dans la revue de la littérature de Neumann et al. à propos de l'empathie [19], les auteurs soulignent sa relation avec le curriculum caché. Ce dernier désigne les expériences vécues dans la pratique, dans le relationnel entre les collègues, la façon dont les soignants et les enseignants réagissent, s'expriment et aussi présentent des cas. La qualité de la relation entre les résidents ou les internes avec leurs supérieurs hiérarchiques fait partie du curriculum caché.

Par ailleurs, dans cette revue, l'un des facteurs de la baisse de l'empathie était la détresse émotionnelle souvent liée au curriculum caché. En effet, les mauvais traitements infligés par les supérieurs et aussi leur manque de soutien et d'encouragement étaient évoqués comme sources de détresse.

La surcharge de travail était inversement proportionnelle au score d'empathie.

Dans la revue de la littérature de Neumann et al. [19], la charge de travail élevée était une cause de détresse émotionnelle, qui était elle-même liée à la baisse de l'empathie. Un interne ou un résident fatigué serait moins enclin à la relation empathique qui nécessite d'être à l'écoute de l'autre. Une charge de travail plus lourde peut à l'inverse entraîner des situations de tension élevée affectant ainsi la prise en charge du patient [22].

A notre connaissance, la relation entre les dimensions de la personnalité et l'empathie chez les internes ou les résidents n'a pas été étudiée. Les études retrouvées dans la littérature s'intéressaient aux étudiants en médecine.

L'extraversion était positivement corrélée au score de l'empathie.

Ce résultat n'est pas concordant avec la littérature [25-26]. La relation négative entre l'extraversion et la perception de l'empathie peut surprendre au premier abord, puisque l'extraversion est décrite comme la sociabilité et la tendance à ressentir des émotions positives (Cependant, dans un contexte de thérapie, l'empathie du thérapeute se manifeste particulièrement dans les moments de vulnérabilité et de souffrance du patient ; les sujets ayant des traits d'extraversion prononcés pourraient être moins en contact avec ce type de vécu. En conséquence, ils seraient moins aptes à distinguer les différentes modalités empathique [27]. Il semblerait que ce n'est pas forcément le cas et que ce trait de personnalité pourrait être compatible avec une attitude empathique.

La conscienciosité et l'empathie étaient corrélées positivement. Ce résultat est également discordant avec les données de la littérature [26,28]. Toutefois, une étude plus récente a mis en évidence la valeur prédictive de ce trait dans l'empathie [29]. En effet, les sujets ayant des niveaux de conscienciosité plus élevés ont la capacité à gérer de façon plus efficace les conflits interpersonnels. Ils adoptent un comportement responsable et imposent une autodiscipline. Ce qui provoque moins de désaccords.

L'ouverture aux expériences était corrélée à des scores plus élevés d'empathie. L'analyse multivariée a montré une corrélation significative positive faible. Notre résultat est conforme à la littérature.

A partir de la sensibilité et la diversité de la vie émotionnelle, la curiosité intellectuelle, la flexibilité et l'imagination qui caractérisent

l'ouverture à l'expérience, on peut s'attendre à avoir des associations positives avec l'empathie [28,30]. En effet, ceux qui ont des scores élevés d'ouverture à l'expérience sont ouverts à de nouvelles façons de penser et de changer leur environnement. Ils ont ainsi la sensibilité de se mettre à la place des autres et la capacité de comprendre leurs états émotionnels [31].

Le névrosisme était corrélé à un score d'empathie plus bas ($p < 0,001$).

La littérature a montré que cette dimension était positivement associée à l'éveil émotionnel, ainsi que la réponse empathique émotionnelle [32]. En effet, il a été observé que les individus présentant des niveaux plus élevés de névrosisme sont généralement plus réceptifs aux stimuli de leur environnement. On aurait pu penser que cette caractéristique favoriserait leur capacité à comprendre les émotions d'autrui ou à éprouver davantage de compassion face aux difficultés rencontrées par autrui. [30].

Cependant, conformément à la théorie des "Cinq Grands Facteurs", le névrosisme est le trait qui mesure la propension d'un individu à ressentir des émotions négatives comme l'anxiété, la peur et l'insécurité dans ses relations avec autrui [33]. Par conséquent, lorsqu'il est confronté à la détresse d'autres personnes, il peut éprouver des sentiments centrés sur lui-même, tels que l'inconfort et l'anxiété [34]. Cette fragilité dans les relations peut potentiellement avoir un impact défavorable sur sa capacité d'empathie.

CONCLUSION

Cette étude a mis le point sur les liens de l'empathie, compétence cruciale dans l'exercice de la médecine, avec les dimensions de la personnalité chez les jeunes médecins. Il est important de noter que cette relation peut varier d'une personne à l'autre. Certaines personnes peuvent naturellement être plus empathiques en raison de leur personnalité, tandis que d'autres peuvent développer leur empathie grâce à l'apprentissage et à l'expérience. Envisager une formation ainsi qu'une évaluation de cette compétence tout au long du cursus médical est fortement recommandé.

REFERENCES

- [1] Goldman AI. Consciousness, Folk Psychology, and Cognitive Science. *Conscious Cogn.* déc 1993;2(4):364-382.
- [2] 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):359-364.
- [3] Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med.* juin 2006;35(6):967-973.
- [4] Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate: *Acad Med.* oct 2010;85:S33-36.
- [5] Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-674.
- [6] Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ.* 2014 Apr 20;5:73-81.
- [7] 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.* 2014 Jun 22;14:122.
- [8] Alain Berthoz, Gérard Jorland: *L'empathie.* Editions Odile Jacob; 2004. p. 149-181.
- [9] Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr Opin Neurobiol.* avr 2008;18(2):153-158.
- [10] 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):1563-1569.
- [11] Lee P, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo K. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore Med J.* janv 2018;59(1):50-54.
- [12] Léa Bazin-Toubeau de Maisonneuve. *Évolution et lien entre burnout et empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale [Internet].* Paris Descartes - Faculté de Médecine; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01306155>
- [13] Roh M-S, Hahm B-J, Lee DH, Suh DH. Evaluation of Empathy Among Korean Medical Students: A Cross-Sectional Study Using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teach Learn Med.* 22 juin 2010;22(3):167-171.
- [14] Quince TA, Kinnersley P, Hales J, da Silva A, Moriarty H, et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ.* 2016 Mar 15;16:92.
- [15] Kataoka HU, Koide N, Hojat M, Gonnella JS. Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Med Educ.* 2012 Jun 22;12:48.
- [16] Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 14 août 2002;288(6):756-764.
- [17] Grün D, Rebusal K, Diehl M, Lumley M, Labouvie-Vief G. Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion.* 2008;8(6):753-765.
- [18] Park KH, Kim D, Kim SK, Yi YH, Jeong JH, Chae J, et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ.* sept 2015;6:103-108.
- [19] 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.
- [20] Todd AR, Forstmann M, Burgmer P, Brooks AW, Galinsky AD. Anxious and egocentric: How specific emotions influence perspective taking. *J Exp Psychol Gen.* 2015;144(2):374-391.

- [21] Park C, Lee YJ, Hong M, Jung C-H, Synn Y, Kwack Y-S, et al. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590.
- [22] Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* sept 2017;96(37):e8030.
- [23] Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* janv 2006;81(1):82-85.
- [24] Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* juill 2005;20(7):559-564.
- [25] Mitsopoulou E, Giovazolias T. Personality traits, empathy and bullying behavior: A meta-analytic approach. *Aggress Violent Behav.* mars 2015;21:61-72.
- [26] Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. Bianchi C, éditeur. *PLOS ONE.* 10 févr 2017;12(2):e0171665.
- [27] Costa, P. T., McCrae, R. R. Reply to. Eysenck. *Personality and Individual Differences,* 1992; 13: 861-865.
- [28] Magalhães E, Costa P, Costa MJ. Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach.* oct 2012;34(10):807-812.
- [29] Melchers MC, Li M, Haas BW, Reuter M, Bischoff L, Montag C. Similar Personality Patterns Are Associated with Empathy in Four Different Countries. *Front Psychol.* 2016 Mar 8;7:290.
- [30] Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. Bianchi C, éditeur. *PLOS ONE.* 10 févr 2017;12(2):e0171665.
- [31] Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ.* août 2013;18(3):509-522.
- [32] Jabbi M, Swart M, Keysers C. Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *NeuroImage.* févr 2007;34(4):1744-1753.
- [33] Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality Development: Stability and Change. *Annu Rev Psychol.* févr 2005;56(1):453-484.
- [34] Lee SA. Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? *Personal Individ Differ.* oct 2009;47(5):429-433.