



HAL
open science

Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois

Marie Michel

► **To cite this version:**

Marie Michel. Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01763146

HAL Id: dumas-01763146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01763146v1>

Submitted on 10 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 263

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique
sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois

Présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2017

Par

Marie MICHEL

Née le 8 mai 1988 à Courbevoie (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU Président

M. Le Professeur Alain Cariou, PU-PH

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au Professeur Philippe JAURY,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci de nous avoir accompagné tout au long de ce projet.

Au Professeur Alain CARIOU,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de participer à l'évaluation de mon travail.

Au Professeur Maurice CORCOS,

Merci de votre disponibilité aujourd'hui et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Dr Céline BUFFEL du VAURE,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité et ton aide tout au long de ce travail.

Je remercie également tous les médecins et soignants qui m'ont formé durant toutes ces années.

Je remercie notamment le Pr Gilberg et le Dr Russo de m'avoir ouvert leur cabinet pour mon SASPAS. J'ai énormément appris durant ces 6 mois grâce à vos bons conseils.

A mes parents, merci de votre soutien de tous les instants, de vos encouragements. Merci pour votre patience, votre présence et pour votre amour.

A ma soeur, Caroline, merci d'avoir accepté de relire et corriger le résumé en anglais ;). Merci également pour ta bonne humeur et ton dynamisme indéfectible (ou presque)!

Au club des 5, Claire, Marie-Alix, Marie-Sophie et Marine. Merci d'être là depuis quasiment 20 ans. Les années passent mais notre amitié reste. J'ai hâte de passer ce week-end à la Baule avec vous!

A Anne-Laure et Géraldine. Merci à la P1, sans cette année je ne vous aurais pas rencontré. A tous nos bons moments et aux nombreux autres à venir avec Adrien et Tim!

A Céline, Julie, Diana et Kelly, merci de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années d'externat/d'internat. Ca y'est, bientôt la fin, on y est presque!

A Manon et Edwige, mes 2 perles de pneumo. J'espère qu'il y aura encore beaucoup de diners crêperie dans le futur.

A la Win Team, Claire, Charlotte et Irène, la crème de la crème de la pédiatrie. Merci pour votre folie et pour tous ces fous rires.

A André, Alexandre, Nicolas, Thomas, pour votre bonne humeur sans faille.

Et enfin, à Wuka, à nos projets futurs. Merci pour ton amour et merci de me supporter au quotidien :)

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	5
CONTEXTE	6
I Empathie	8
1 Définitions de l'empathie	8
2 Apports et bénéfices d'une attitude empathique sur la relation médecin-malade	14
3 Quels moyens existent-ils pour mesurer l'empathie ?	16
4. Evolution de l'empathie	18
II Groupes Balint	23
1 Historique et déroulement des groupes	23
2 Les concepts autour des groupes Balint et de la relation médecin-malade	24
3 Les groupes Balint chez les étudiants et apport des groupes Balint	28
III Médecine narrative	31
1 Principes	31
2 Déroulement des sessions	32
3 Apports de la médecine narrative	33
ETUDE	34
Introduction	34
Matériel et méthodes	36
Résultats	40
Discussion	46
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	61
Tableau 2b Evolution des moyennes de la JSPE au sein du groupe FRT à M0, M3 et M9.....	61
Tableau 2c Evolution des moyennes de la JSPE au sein du groupe CTR à M0, M3 et M9.....	61
Tableau 3b Evolution des moyennes aux cas cliniques au sein du groupe FRT à M3 et M9.....	62
Tableau 3c Evolution des moyennes aux cas cliniques au sein du groupe CTR à M3 et M9.....	62
Questionnaire JSPE	63
Cas clinique 1	64
Cas clinique 2	66
Questionnaire cas clinique	68
RESUME	69

Liste des abréviations utilisées

CTR	Contrôle
DFASM1	Diplôme de Formation Approfondie de Sciences Médicales 1
FRT	Formation à la relation thérapeutique
HbA1c	Hémoglobine Glyquée
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPE-MS	Jefferson Scale Of Physician Empathy – Medical Student
LDL-c	LDL Cholestérol
MN	Médecine Narrative
Sd	Déviatiion Standard

CONTEXTE

Au fil du temps, la relation entre le médecin et le malade s'est progressivement modifiée. D'un modèle paternaliste où le médecin décidait pour le malade, nous nous dirigeons plus vers un modèle de décision partagée. Le patient s'autonomise, devient acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise de décisions le concernant. Ceci implique un partage et une communication entre ces deux acteurs de la relation de soins.

En interrogeant les patients sur ce qu'est un « bon médecin », c'est non seulement un médecin sachant diagnostiquer et prescrire mais également un médecin sachant être empathique (1). L'empathie est un élément clé du professionnalisme. Partant de ce constat, les scientifiques se sont penchés sur ce concept d'empathie.

L'empathie est un concept multidimensionnel, difficile à définir, et aucune définition consensuelle n'a été trouvée. Cependant, tous s'accordent à dire que cette capacité est essentielle à acquérir et ce, notamment, chez les jeunes médecins en devenir.

Les programmes d'enseignements de médecine générale et, de manière plus globale, la Haute Autorité de Santé mettent l'accent sur l'approche « centrée patient ». En d'autres termes, sur la mise en place d'une démarche de soins personnalisée pour chaque patient, réalisée en partenariat avec lui et en prenant en compte son ressenti, ses besoins, ses attentes et préférences (2). Les jeunes étudiants doivent donc apprendre à adapter leurs comportements à la singularité de chaque patient qu'ils rencontreront durant leur exercice.

Ces dernières années, divers enseignements ont été mis en place pour développer cette capacité chez nos étudiants. Les enseignements étaient très divers, des cours de communication aux ateliers d'écriture, des groupes Balint en passant par des consultations simulées, etc...

Dans ce travail, nous avons évalué l'efficacité d'une Formation à la Relation Thérapeutique, inspirée des groupes Balint, chez des étudiants de DFASM1 à

l'université Paris Descartes. Cette évaluation a été effectuée 3 et 6 mois après la fin de la formation. Elle a été comparée à une autre formation dispensée à la faculté de Paris Descartes, la Médecine Narrative.

Dans cette partie « Contexte », nous ferons un rappel des notions abordées dans l'article ci-dessous. Nous détaillerons dans une première section les différentes définitions de l'empathie, ses apports dans la pratique, son évolution au cours des études médicales et enfin les instruments utilisés pour l'évaluer.

Puis, nous expliquerons dans une 2^e et 3^e section ce que sont les groupes Balint et ce en quoi consiste l'enseignement de médecine narrative.

Dans la seconde partie, nous présenterons notre étude ainsi que ses résultats.

I Empathie

1/ Définitions

Le mot empathie provient du terme allemand « Einfühlung ». Le théoricien Robert Vischer a créé ce mot pour la première fois en 1873 dans sa thèse « Sur le sentiment optique des formes ; Contributions à l'esthétique ». Ce mot a été, dans un premier temps, pensé dans le domaine de l'esthétique et de l'art. « L' Einfühlung » était « une transposition de soi dans l'objet », en d'autres termes une projection symbolique de soi dans l'objet perçu, qui nous le fait « sentir de l'intérieur » et qui nous permet de le comprendre pleinement (3).

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

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

Dans les années 1960, le psychothérapeute Carl Rogers reprend le concept d'empathie en psychologie. Celui-ci le place comme condition indispensable à une thérapie centrée sur la personne.

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

La thérapie centrée sur la personne repose sur le fait que « l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, pour changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire – et que ces ressources peuvent être utilisées seulement si un climat bien défini, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut être mis en place. » (4)

Pour créer ce climat favorisant, le thérapeute doit adopter 3 éléments :

- Il est en accord ou fait partie de la relation thérapeutique (« congruent or integrated in the relationship ») : pour Rogers, le thérapeute se devait, dans la relation avec son patient, d'être le plus sincère et honnête, ne pas mettre de masque. « L'empathie ne peut être sérieuse sauf si elle est réelle, donc je dois être en premier lieu honnête et entier dans la relation thérapeutique ».
- Il ressent une estime positive inconditionnelle pour son client (« (...) unconditional positive regard for the client. ») : Le thérapeute se doit de respecter son patient et ne pas avoir de jugement sur ces sentiments ou expériences. Le patient devrait pouvoir se sentir suffisamment en confiance pour exprimer ce qu'il ressent sans se restreindre par peur d'être jugé.
- Il est capable d'avoir une compréhension empathique de son client et s'efforce de lui communiquer cette expérience («The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.»)(5) : « pouvoir sentir la colère, les peurs ou la confusion de son client comme si c'était les nôtres, tout en n'étant pas absorbé par soi-même, par sa colère, sa peur ou sa confusion ».

Par la suite, le concept d'empathie a été étudié plus spécifiquement dans le domaine de la médecine. Comme dit plus haut, il y a quasiment autant de définitions de l'empathie que d'auteurs. Nous avons choisi ici d'exposer la vision de 5 chercheurs.

Tout d'abord la vision de JM Morse (6). JM Morse, en 1992, d'après une revue de la littérature, définissait l'empathie comme formée de 4 composantes :

- Moral : une force altruiste intrinsèque motivant la pratique de l'empathie, fondée sur l'idée que « dans chacun existe une volonté naturelle d'aider ceux qui sont en détresse ou qui ont besoin d'aide ». Elle reprend également une proposition qu'avait annoncée Rogers (5), l'empathie demande, en partie, une acceptation inconditionnelle du patient.
- Affective : une capacité d'expérimenter subjectivement et de partager les sentiments du patient. C'est cette émotion que l'on va ressentir en voyant la détresse de l'autre qui va nous pousser à entrer dans l'empathie cognitive et affective.
- Cognitive : une capacité intellectuelle du praticien à identifier et comprendre les ressentis du patient et son point de vue de manière objective. Elle inclut la capacité à « comprendre, raisonner, analyser et critiquer le comportement d'un individu, ses expériences passées et des circonstances présentes au sein de la sphère plus générale de la connaissance scientifique ».
- Comportementale : une capacité et manière de communiquer qui permet de véhiculer la compréhension de l'autre. Elle se fait de manière verbale ou non-verbale.

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

Cette dimension « affective » de l'empathie a généré plusieurs auteurs et notamment M. Hojat, professeur et chercheur dans le département de psychiatrie de la Thomas Jefferson University. Selon lui, cette dimension affective

de l'empathie pourrait s'apparenter plus à de la sympathie que de l'empathie : « Les 2 concepts impliquent du partage, mais les médecins empathiques partagent leur compréhension alors que les médecins sympathiques partagent leurs émotions » (7). Le « trop plein » d'émotions pourrait gêner l'objectivité du praticien dans le diagnostic et la prise en charge du malade. Le médecin se doit d'observer une « distance affective » pour être le plus neutre possible dans son exercice. A l'inverse, il n'y a pas de limite à l'empathie : « une abondance d'empathie ne pourra jamais gêner la prise en charge des patients ».

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

Mercer et Reynolds, en 2002, propose une définition similaire en insistant également sur le fait que l'empathie n'est pas de la sympathie (8) et revient sur le côté cognitif de l'empathie : « L'empathie clinique peut être vue comme une forme d'interaction professionnelle (un ensemble de compétences) plus qu'une expérience émotionnelle subjective ou un trait de personnalité que l'on a ou pas ».

Ils définissent l'empathie en utilisant notamment l'approche de JM Morse, tout en se détachant du côté émotionnel de la définition, perçu plus comme une faiblesse. Elle intègre également la notion que l'empathie serait une compétence que l'on pourrait acquérir et perfectionner plutôt que quelque chose d'inné et inhérent à un trait de personnalité.

Pour eux l'empathie c'est la capacité à :

- comprendre la situation du patient, son ressenti, son point de vue
- exprimer cette compréhension et vérifier si elle est correcte
- utiliser cette entente pour aider le patient dans la relation thérapeutique

Preuve de la difficulté de cerner ce concept, Jodi Halpern, en 2003, insiste sur le rôle au contraire prépondérant de l'affect dans l'empathie. Pour elle, « l'empathie n'est pas simplement de mettre des étiquettes sur des émotions, mais de reconnaître ce que l'on ressent en vivant cette expérience. »(9). Il s'agit d'essayer

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

Elle utilise également le terme de « résonance émotionnelle » pour décrire ce phénomène. Un des aspects essentiels de l'empathie est cette résonance émotionnelle qui doit exister entre le praticien et son patient.

Elle insiste aussi sur le fait que « l'attention du médecin ne doit pas être excessivement détournée vers l'introspection ». Il ne s'agit pas pour le médecin de se focaliser sur les émotions qu'il ressent et de les analyser mais de se concentrer sur le patient.

Enfin la dernière vision que nous exposerons ici est celle de Jean Decety, neurobiologiste et professeur au département de Psychiatrie et Neurosciences de l'université de Chicago. L'empathie est étudiée dans ses travaux d'un point de vue neuroscientifique. Il décompose l'empathie en 4 composantes, chaque composante étant basée sur un substrat neuronal spécifique (10).

Les 4 composantes sont :

- le partage affectif (cortex somatosensoriel/système limbique): c'est un mécanisme inconscient qui permet la perception des émotions chez l'autre. Celui-ci est apparu au cours de l'évolution chez les mammifères sociaux et apparaît très tôt dans le développement de l'enfant. Une explication possible de ce phénomène découle de la présence de neurones miroirs. Ces neurones miroirs sont initialement impliqués dans un processus de résonance motrice. Lors de l'observation d'une action effectuée par autrui, les neurones miroirs, situés dans le cortex

prémoteur, s'activent et nous reproduisons le même comportement. Ce phénomène peut être appliqué aux émotions. Une émotion que l'on va observer chez quelqu'un d'autre activera les mêmes zones cérébrales impliquées dans l'expérience de cette émotion par nous.

- la flexibilité mentale, pour adopter le point de vue de l'autre (cortex préfrontal médian/dorsolatéral) : « adopter une représentation explicite du monde subjectif d'autrui implique un mécanisme de découplage entre les informations en première personne (soi) et en troisième personne (autrui), tel qu'il est nécessaire dans la mentalisation » (10). Contrairement au partage émotionnel, ce mécanisme est déclenché de façon intentionnelle.
- la régulation émotionnelle (cingulaire antérieur/préfrontal ventromédian) : elle permet de contrôler nos réactions émotionnelles face aux réactions d'autrui. Elle est indispensable dans le processus d'empathie pour ne pas vivre de manière trop intense et déplaisante nos réactions émotionnelles pouvant provoquer anxiété et détresse émotionnelle.
- la conscience de soi (pariétal inférieur droit, préfrontal et insula) : « la personne est consciente de la source et de la cible de ses sentiments » (10).

Pour Jean Decety, la partie affective fait donc partie intégrante du processus empathique et est indispensable, ceci même dans le domaine médical. Le partage émotionnel est aussi important dans la compréhension empathique que la composante cognitive (11). La régulation émotionnelle joue également un rôle important. En effet, une étude a montré que les médecins, lorsqu'ils sont face à une personne douloureuse, active plus leur système de régulation émotionnelle. Ainsi, par rapport à des personnes ordinaires, les médecins ressentent moins le côté négatif de l'expérience émotionnelle, leur permettant de réagir correctement et d'aider le patient. Il émet l'hypothèse également que le stress

professionnel ressenti par certains médecins pourraient venir d'une mauvaise régulation des émotions négatives. A l'inverse, ceux qui régulent trop ces émotions, seront probablement moins empathiques.

En résumé, l'empathie serait donc un processus à la fois affectif, cognitif et comportemental. Mais plus concrètement, quels sont les bénéfices à adopter une attitude empathique avec son patient ?

2/ Apports et bénéfices d'une attitude empathique sur la relation médecin-malade

Beaucoup de patients plébiscitent les qualités d'écoute et de compréhension de leurs médecins (1,12). Cette attitude d'écoute de la part des professionnels de santé permet de créer un climat de confiance indispensable à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité. En médecine générale, les consultations pour motifs psychologiques sont courantes. En effet, la dépression et les troubles du sommeil sont parmi les 10 motifs de consultation les plus fréquents (13). Pour pouvoir aider le patient, le praticien doit faire en sorte qu'il se sente à l'aise. En se montrant empathique, à l'écoute et « sincèrement préoccupé », il crée une atmosphère sécurisante pour permettre au patient de se confier et de parler librement (14,15).

De plus, en dehors des consultations psychologiques, le fait que le patient puisse s'exprimer librement va conduire à un meilleur recueil d'informations sur lui-même, ses symptômes, le contexte social dans lequel il évolue. Le médecin pourra avec ses informations formuler un meilleur diagnostic et pourra proposer une aide thérapeutique centrée sur le patient (16).

En découle une satisfaction plus grande des patients, qui se sentent écoutés et mieux accompagnés (17,18,21). Une revue de la littérature de 2012 (18) retrouvait une association positive entre l'empathie exprimée par des oncologues et la satisfaction de leurs patients atteints d'un cancer. Ils mettaient

également en évidence un lien entre empathie et réduction de l'anxiété des patients, que l'on retrouvera dans d'autres études (19,20).

De plus, être au centre de la relation thérapeutique leur permet de s'impliquer et de s'autonomiser d'avantage dans la prise en charge de leur maladie et leur traitement, ce qui conduit par la suite à une meilleure adhérence au traitement (21,22). Des éléments concrets viennent appuyer ces résultats. Par exemple, une étude de Hojat et al (23) a montré une corrélation entre le niveau d'empathie des praticiens et les résultats d'HbA1c et de LDLc chez des patients diabétiques de type 2. Plus les médecins étaient empathiques, meilleurs étaient les chiffres d'HbA1c et de LDLc. De même, une étude espagnole montrait que la moyenne de la pression artérielle systolique était plus basse chez les patients dont le médecin était plus empathique (24). Plusieurs autres études dont 2 méta-analyses retrouvent cet effet positif de l'empathie sur les résultats des soins de santé (25,26).

Une attitude empathique n'est pas seulement bénéfique au patient mais aussi au médecin. Les meilleurs diagnostics et la satisfaction des patients ont un effet sur la satisfaction personnelle des médecins et diminuent les risques de conflits juridiques avec les patients (27,28). Être plus empathique contribuerait également à améliorer leur qualité de vie en diminuant le risque de burn-out et de dépression (29,30).

L'empathie apparaît donc comme une compétence essentielle à développer au cours de sa formation et de son exercice médical. Les bénéfices sont importants tant pour le patient que pour le médecin et sa santé personnelle. Pour favoriser son développement au sein des études médicales, il est nécessaire de pouvoir d'abord l'évaluer et la mesurer.

3/ Quels moyens existent pour mesurer l'empathie ?

Différents outils ont été développés pour mesurer et évaluer l'empathie. On distingue 3 types de tests :

- les échelles d'autoévaluation où la personne répond elle même aux questions (JSPE, IRI, BEES...)
- les échelles d'évaluation par le patient : le patient répond à un questionnaire sur l'empathie des personnes qui l'ont pris en charge (CARE)
- les échelles d'évaluation par une tierce personne (un observateur) sur l'interaction entre le personnel soignant et les patients

Une méta analyse (31) a évalué la fiabilité des différentes méthodes d'évaluation existantes. Selon cette méta-analyse, la meilleure mesure de l'empathie reste celle fondée sur l'évaluation des praticiens par les patients eux-mêmes. Comme nous l'avons vu, l'empathie est la capacité de pouvoir comprendre et ressentir les sentiments des patients tout en arrivant à leur communiquer cette compréhension. Compte tenu de cette définition, nous comprenons facilement comment l'évaluation par le patient reste la méthode la plus à même de mesurer l'empathie.

Mais, peu d'études finalement utilisent cette mesure de l'empathie. Ceci s'explique par le fait qu'elle est difficile à mettre en place et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de mesurer l'empathie d'une grande population d'étudiants.

C'est pourquoi en terme de faisabilité, les échelles d'autoévaluation sont plus appropriées à la mesure de l'empathie chez les étudiants.

Nous nous focaliserons ici sur la Jefferson Scale of Physician Empathy-Medical Student ou JSPE-MS. La JSPE-MS est une échelle d'auto-évaluation dérivée de la JSPE. La JSPE est une échelle développée en 2001 par Mohammadreza Hojat, Professeur à la Thomas Jefferson Medical University. Elle devait à l'origine mesurer l'empathie des médecins. C'est un instrument conçu spécifiquement pour le domaine médical. La JSPE a ensuite été adaptée aux étudiants en médecine : la JSPE-MS. Elle a été créée dans le but d'aider à évaluer l'empathie

des étudiants en médecine. En effet, l'Association of American Medical Colleges a établi comme objectif pour les écoles de médecine, de former des praticiens altruistes qui « doivent être compatissants et empathiques dans leurs soins aux patients » mais aucun système fiable et facile d'exécution n'existait pour objectiver cette compétence et l'évaluer.

Pour établir cette échelle, les créateurs sont partis d'une définition surtout cognitive de l'empathie. Comme dit plus haut, l'empathie pour Hojat et al « implique une capacité à comprendre le ressenti intérieur du patient, son point de vue et la capacité à communiquer cette compréhension. » (7,8). Il est important de mettre une distance affective entre le patient et soi-même car cette part affective pourrait gêner notre objectivité dans la prise en charge du patient.

A partir d'une revue de la littérature, ils ont établi un questionnaire qu'ils ont ensuite affiné à partir d'études préliminaires sur des médecins, des internes et des étudiants en médecine.

Ils ont ainsi développé une échelle de 20 items.

Au sein des 20 items, plusieurs propositions étant corrélées statistiquement, ils ont dégagés trois composantes distinctes:

- « Perspective Taking » (10 items) ou capacité à comprendre le point de vue du patient. Il s'agit là de l'essence même de l'empathie selon les auteurs.
- « Compassionate Care » (8 items) : les émotions que l'on peut ressentir lors des soins aux patients
- « Standing in the Patient's Shoes » (2 items) : capacité à se mettre à la place du patient.

Les sondés répondent aux questions par des propositions numérotées de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord » représentant leur ressenti par rapport à la proposition énoncée. Le score maximum est de 140.

La mesure qui en découle est une mesure situationnelle, c'est-à-dire qu'elle donne une photographie de l'empathie évaluée par l'étudiant à un moment donné.

La validité de l'échelle a été établie à plusieurs reprises par différentes études (7,31,32). Elle a été traduite dans 47 langues et a été utilisée dans 70 pays. Le Pr Hojat et son équipe ont tenté de définir des normes et des limites basses et hautes en se basant sur 11 années de données, recueillies dans la Thomas Jefferson Medical School (33). La JSPE-MS a été administrée chez tous les étudiants en médecine entrant en 1^{ère} année durant 11 ans. La moyenne pour les 2 sexes était d'environ 114,3 sur 140, la limite basse chez les hommes à 95 et 100 chez les femmes. La limite haute était de 127 pour les hommes et 129 chez les femmes. La validité interne de ces normes a été démontré par l'équipe de Hojat. Néanmoins, la validité externe n'est pas établie, étant donné qu'il s'agit d'une étude monocentrique et chez des étudiants américains. Elle permet, cependant, d'avoir un premier point de comparaison pour évaluer l'empathie de nos étudiants. Comme dit plus haut, la JSPE a été traduite dans 47 langues et utilisés dans 70 pays. Beaucoup d'autres pays ont ainsi étudié l'empathie de leurs étudiants en médecine. Quince et al reporte, dans un de leurs articles, un échantillon de mesures de la JSPE dans plusieurs pays (34).

4/ Evolution au cours des études médicales

Les résultats des différentes études sur le sujet sont assez variés. Il a d'abord été montré, au début des années 2000, que l'empathie avait tendance à diminuer durant les études de médecine (35-37). Une méta-analyse conduite par Neumann reporte une baisse de l'empathie dans 15 des études sélectionnées sur 18. Pour certains auteurs, cette baisse aurait lieu tout particulièrement en 3^e année, année où l'étudiant fait ses premiers pas au contact du patient dans le système éducatif américain. Les auteurs ont essayé de trouver des explications à ce phénomène de diminution de l'empathie en 3^e année, alors même qu'elle est plus utile que jamais à ce moment du cursus (35).

A plusieurs reprises dans ces études est mentionné le terme de « hidden curriculum » ou « curriculum caché » comme cause de la baisse de l'empathie. Mais à quoi correspond ce curriculum caché ? Il y a, en médecine, trois sources d'enseignement, décrites et définies par Hafferty (38,39).

On distingue :

- Le curriculum formel : tout ce que l'étudiant va apprendre de manière officielle par le cursus éducatif : cours magistraux, travaux dirigés...
- Le curriculum informel : c'est « une forme d'enseignement spontanée, interpersonnelle ayant lieu entre la faculté et les étudiants ». En d'autres termes il s'agit d'un enseignement ayant lieu lors de discussion entre professeurs et étudiants de manière informelle au détour d'un couloir, d'une salle de garde par exemple.
- Le curriculum caché : c'est « l'ensemble des influences qui ont lieu dans les structures organisationnelles et la culture ». Cela désigne la part des apprentissages qui se feront en dehors des cours stricts, au sein de l'environnement dans lequel les étudiants vont évoluer. Il s'agit donc de leurs expériences au sein de l'hôpital, leur interaction avec les patients mais aussi avec leur médecin sénior, les équipes soignantes. La différence entre curriculum caché et informel est parfois assez floue.

Ainsi, lorsque les effets négatifs du curriculum caché sont abordés pour expliquer la baisse de l'empathie au cours des études médicales, différents aspects sont cités. Il y a, par exemple, le comportement des médecins sénior rencontrés lors des stages pratiques. Il n'est pas rare d'entendre des témoignages, de la part d'étudiants, de situations où ceux-ci sont publiquement humiliés, par des remarques, des comportements inappropriés. Les cas de harcèlements ou de discriminations en raison du sexe sont également assez fréquents. Une étude nationale aux Etats-Unis reportait que 93% des internes avait vécu au moins un épisode de « maltraitance » (40).

Outre les mauvaises relations entre l'étudiant et ses supérieurs, l'étudiant peut aussi être témoin de façons de faire pas toujours éthique de l'équipe soignante envers les patients : des comportements ou propos inadaptés, peu ou pas d'interaction entre les médecins et le patient (38,41). Une grande partie de

l'apprentissage se faisant dans le cadre hospitalier, il est nécessaire également que les praticiens agissent comme « modèle positif » pour les étudiants et soient attentifs à leurs propos, comportements et à celui de leurs élèves (42).

Comme potentiel aspect négatif du curriculum caché influençant l'empathie, il y a également le fait que l'étudiant entrant en 3^e année est encore probablement « naïf ». Il a une certaine vision de la médecine, souvent très idéaliste. L'arrivée au contact des patients et la confrontation aux échecs, aux cas difficiles sur le plan médical ou humain sont éprouvants pour l'étudiant. Personne n'est réellement préparé à affronter les réalités de la morbi-mortalité rencontrée à l'hôpital. Comme mécanisme de défense, l'étudiant peut essayer de se protéger en mettant une barrière entre lui et les patients, en « déshumanisant » les rapports avec eux et en se focalisant plus sur l'aspect purement médical (43).

Les horaires de travail et la charge de travail des étudiants sont aussi mis en cause. Les étudiants, enchaînant sur une journée de travail après une garde, sont légion dans beaucoup de services.

La pression, le stress, la fatigue engendrés par ces différents aspects négatifs du curriculum caché ont un impact sur la qualité de vie des étudiants pouvant conduire à des burn-out. Plusieurs études ont montré la corrélation entre qualité de vie et capacité empathique chez les étudiants. (30,44). Dans l'étude de Thomas et al, les burn-out étaient un facteur prépondérant au déclin de l'empathie chez les étudiants. De plus, meilleure était la qualité de vie, meilleures étaient les scores d'empathie.

Devant ce tableau assez noir (avec des titres d'études assez fort), d'autres auteurs viennent nuancer ses résultats. Tout d'abord une autre revue de la littérature, menée par Jerry Colliver, basée sur des études de 2000 à 2008 (45). Pour lui, même si les études retrouvent une baisse, cette baisse n'est que très minime : - 0,2 points entre la 1^{ère} et la dernière année en moyenne pour l'échelle à 7 points de la JSPE. Ces différences bien que statistiquement significatives le sont-elles réellement dans la réalité ? Les résultats obtenus ne montrent, en tous

les cas, pas que la formation médicale est à l'origine de cette destruction des qualités humaines. De plus, il y a en général beaucoup de perdus de vue dans les études menées pouvant fausser les résultats (dans un sens comme dans l'autre). Enfin, la dernière critique est celle de la méthode de mesure utilisée à savoir les auto-questionnaires qui, pour lui, ne sont pas adaptées pour la mesure de l'empathie. Récemment, une étude anglaise (46) menée sur plusieurs universités du Royaume-Uni ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, n'a pas retrouvé non plus de baisse d'empathie chez les étudiants en début et fin de cursus médical.

Les points de vue sur l'évolution de l'empathie au sein des études médicales sont donc assez mitigés. Une baisse ou une stagnation de l'empathie est effectivement retrouvée mais est discutable compte tenu des taux variables de réponse aux études et de l'utilisation d'instruments d'auto-mesures. Néanmoins il reste important de proposer un enseignement spécifique dédié au développement de l'empathie et de la relation médecin-malade aux étudiants.

Un grand nombre d'université ont déjà mis en place différents cours pour sensibiliser et développer les capacités empathiques de leurs étudiants. Plusieurs enseignants-chercheurs ont donc essayé d'évaluer l'efficacité de leur méthode (47). Une étude de la littérature de 2014 (48) recensait les différents types d'apprentissage existants et leurs effets sur l'empathie des étudiants. Les différentes interventions ciblaient préférentiellement la composante affective, cognitive ou comportementale de l'empathie. Les interventions étaient les suivantes :

- Jeux de rôles ou simulation : les étudiants devaient jouer le rôle d'un patient ou d'un membre de la famille
- Basées sur les sciences humaines : la littérature (médecine narrative), le théâtre...
- Cours de communication : enseignement didactique sur les comportements à adopter, les phrases à employer ou des mises en pratique avec des malades (en ayant après un feedback sur leur comportement)...
- Groupe Balint

- Apprentissage basé sur des cas cliniques

Globalement, les résultats étaient plutôt positifs avec une augmentation de l'empathie ou une stabilisation de l'empathie.

En France, il n'y a que très peu de données concernant l'évolution de l'empathie de nos étudiants en médecine et il existe peu d'études évaluant l'empathie après avoir suivi un enseignement spécifique. Nous allons maintenant nous intéresser aux 2 méthodes d'enseignement dans notre étude : une formation inspirée des groupes Balint et la médecine narrative.

II Groupe Balint

1/ Historique et déroulement des groupes Balint

Les groupes Balint ont été créés par Michael Balint dans les années 1950. Michael Balint est un psychanalyste anglais d'origine hongroise. Il est né en 1896 à Budapest, d'un père médecin généraliste. Pendant la seconde Guerre Mondiale, il s'exile en Angleterre. Là-bas, il travailla comme psychiatre consultant à la Clinique de Tavistock à Londres. Tout au long de sa carrière, il s'est intéressé à la relation liant le médecin à son patient.

Dans les années 1950, sur demande du gouvernement anglais voulant proposer une formation aux médecins généralistes, il met en place les premiers « groupes Balint » réunissant des médecins généralistes. La relation médecin-malade ne pouvait s'appréhender que en petits groupes et non au cours d'enseignements magistraux. L'objectif de ces premiers groupes Balint était d'étudier les implications psychologiques dans la relation avec les patients puis de pouvoir former les médecins pour qu'ils puissent reconnaître ses implications et les gérer.

Le groupe Balint est composé de 6 à 12 personnes environ. Elles se réunissent d'une fois par semaine à une fois par mois environ. Un ou deux leaders dirigent la séance. Les participants sont généralement assis en cercle, sans table ni papier pour prendre des notes. Balint voulait favoriser le travail de libre association.

Durant chaque séance, un participant fait part d'un cas qu'il a vécu et qui lui a posé problème sur le plan relationnel et non sur le plan médical. Les autres écoutent et sont invités à intervenir dans un second temps. Ils peuvent demander des éclaircissements sur la situation, poser des questions, exprimer leur point de vue...

Au fil des questions, le médecin ayant exposé le cas va pouvoir exprimer un ressenti, un vécu, mettre des mots sur des choses dont il n'avait pas forcément conscience au départ.

La discussion qui s'amorce avec le groupe lui permet ainsi de changer sa perspective, de mettre en lumière ces émotions inconscientes et de comprendre comment ces émotions ont influé sur sa relation avec le patient. Elle permet également de rendre compte des sentiments du patient. Cette prise de conscience pour le praticien lui permet alors de s'adapter lors d'un prochain contact avec ce même patient.

Séance après séance, l'objectif est pour les participants d'arriver à mieux analyser et appréhender leurs propres réactions émotionnelles, leurs défenses face aux patients et aux situations conflictuelles qu'elles peuvent parfois générer.

La régularité des séances est essentielle. La répétition des séances renforce la cohésion du groupe et crée un cadre suffisamment sécurisant pour amener les participants à s'exprimer aussi librement et aussi spontanément que possible.

Le rôle des leaders est de pouvoir animer le débat, relancer parfois en amenant de nouvelles réflexions mais surtout de recentrer le débat sur la relation médecin-malade lorsque celui-ci s'en éloigne. Il est important de comprendre que le groupe Balint n'est pas une thérapie personnelle pour la personne qui s'exprime. Les problèmes de la « vie personnelle » ne sont pas abordés.

A l'origine, les groupes Balint étaient destinés aux médecins généralistes mais la pratique s'est désormais étendue à l'ensemble des catégories du personnel soignant (spécialistes, infirmières...) et s'est étendue également à l'international. C'est une pratique qui existe maintenant dans une trentaine de pays.

2/ Les concepts autour des groupes Balint et de la relation médecin-malade

En 1955, Balint publie un premier article de recherche sur ses groupes et en 1957, il publie « Le médecin, le malade et sa maladie » (49). Il reprend dedans des cas cliniques abordés dans les groupes et il livre ses réflexions sur les différents concepts autour de la relation médecin-malade.

La première découverte est celle qu'il appelle le « remède-médecin » : « le médicament le plus fréquemment utilisé est le médecin lui-même ». Mais comme tout médicament, celui-ci peut avoir des effets bénéfiques mais aussi des effets secondaires ou indésirables. Par ce concept de médecin-remède, il souligne donc l'importance du rôle de la personne du médecin dans les soins aux malades.

Les autres concepts qu'il introduit sont les suivants :

- les offres du malade et les réponses du médecin :

Les symptômes et demandes apportés en consultation par le malade constitue son offre. Le médecin propose à son tour un traitement. Ce traitement, même si parfaitement adapté au diagnostic fait par le médecin, ne l'est pas forcément pour le patient, qui ressent son offre comme rejetée. « Les problèmes pressants du malade restent sans réponse ; son exigence d'un nom pour sa maladie inconnue, effrayante est laissée en suspens. Autrement dit, son « offre » est rejetée. »

Il existe une « une dangereuse confusion des langues, chacun parlant un langage qui n'est pas compris et qui est apparemment incompréhensible pour l'autre ».

La réponse du médecin doit être adaptée à l'offre du patient sous peine de créer angoisse et désespoir chez le malade et culpabilité chez le médecin.

- le niveau de diagnostic :

Le diagnostic fait doit être un diagnostic approfondi, c'est à dire qu'il doit prendre en compte l'ensemble de la personne, son histoire, son environnement et ne pas s'arrêter aux seuls symptômes exprimés par le malade. « Le diagnostic approfondi a permis au médecin de mieux comprendre le cas. (...) Il réduit le nombre de cas où le médecin est obligé de prendre une décision aveugle uniquement sur basée sur un diagnostic physique. »

- la collusion de l'anonymat :

Fréquemment, les médecins généralistes font appel aux spécialistes pour un avis, pour confirmer leurs hypothèses et ainsi aboutir à un diagnostic plus précis. Cependant, avec la multiplication des spécialistes engagés chez un patient, le risque est celui de la collusion de l'anonymat, c'est à dire que « des décisions vitales peuvent être prises sans que personne ne se sente pleinement responsable. (...) Ce phénomène peut être décrit comme un processus de dilution des responsabilités ». C'est également le cas lorsque certains patients multiplient les recours à différents praticiens.

- la fonction apostolique du médecin :

Chaque médecin, de façon consciente ou non, a une idée du comportement que devrait adopter un patient lorsqu'il est malade. « Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils peuvent supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. ».

« Chaque médecin crée, bon gré, mal gré, une atmosphère unique par ses modes individuels de « pratiquer » la médecine. »

En dérive ensuite une auto-sélection des patients qui choisissent ou non de suivre ces croyances « apostoliques » du médecin.

- la compagnie d'investissement mutuel :

C'est une spécificité de la médecine générale où il existe un suivi au long terme des patients. Les médecins apprennent à connaître leur patient, leur histoire, leur famille. Les patients, au fur et à mesure des problèmes de santé et consultations, apprennent « l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin. Médecin et patient sont associés dans un but commun.

« C'est sur cette base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ceux de ses patients qui restent avec lui. »

- La relation du patient et de sa maladie

Avant de venir voir le médecin, le malade entretient une relation spécifique avec sa maladie. Rarement, les patients viennent consulter leur médecin pour un seul symptôme. La plupart du temps, ils attendent avant de venir consulter. Le patient apprend donc à vivre avec sa maladie et s'adapte jusqu'à un point de rupture. Lorsqu'il consulte un médecin, la relation change et devient tri partite : le médecin, le malade et sa maladie. Le premier effet de la consultation avec le médecin est la modification de cette relation que le patient entretenait avec sa maladie.

- la psychothérapie en médecine générale

Balint émet les bases de ce que peut-être la psychothérapie en médecine générale. Il met en garde les médecins généralistes qui ne doivent pas oublier qu'ils sont « des médecins de famille et non des psychiatres amateurs ». Il conseille au praticien débutant dans le domaine de ne pas se hâter et d'écouter le patient plutôt que de le presser et de le forcer à se dévoiler. Et contrairement à la psychanalyse, « l'essence de la relation omnipraticien-patient réside dans sa continuité, et tout traitement, en particulier tout traitement réussi, devrait représenter un accroissement nouveau et considérable du capital commun de la « compagnie d'investissement mutuel » ».

3/ Les groupes Balint chez les étudiants et apports des groupes Balint

Les groupes Balint ont été introduit chez les étudiants un peu plus tardivement. En effet pour lui, ces groupes n'étaient pas adaptés aux étudiants de part leur manque d'expérience et le manque de continuité dans le suivi des patients.

«Les médecins qualifiés sont des éléments bien meilleurs que les étudiants en médecine. (...) La formation ne se fait pas dans l'intention de préparer un examen. Les médecins forment un groupe de volontaires, personnellement engagés parce qu'ils désirent acquérir une nouvelle aptitude qui les intéresse. En second lieu, l'omnipraticien a sur l'étudiant l'énorme avantage d'avoir une expérience de la vie. (...) Il a eu le temps de mettre à l'épreuve de sa propre pratique ce qu'on lui a enseigné à la Faculté et à l'hôpital (...).

Cependant, il introduit tout de même en 1957, des cours de psychologies sous forme de cours magistraux et de groupes Balint à l'Université de Londres. Puis, les 1ers groupes Balint chez les étudiants apparaissent en France quelques années plus tard, organisés et animés par le Dr Ginette Raimbaut et Balint lui-même.

Depuis, les groupes Balint pour les étudiants se sont démocratisés et quelques facultés proposent en France dans leur cursus universitaire la possibilité de participer à des groupes Balint. C'est le cas à Paris 5 depuis 2003, à Paris 13 Créteil, à Strasbourg ou encore à Angers ou Rennes. Le phénomène est également visible aux USA (50).

Une étude qualitative, effectuée en 2008, chez des étudiants finlandais participant à un groupe Balint de 2002 à 2004, se proposait d'analyser le contexte et les sujets de discussion soulevés pendant les séances (51). Les situations présentées par les étudiants étaient pour la majorité des cas cliniques avec des patients mais quelques cas concernaient les relations avec les professeurs ou médecins séniors et parfois avaient trait à l'impact de la formation sur notre vie privée. Les auteurs soulignent dans leur discussion l'importance de discuter également de ces problématiques liés aux conflits entre étudiants et médecins séniors (« negative

role models ») ainsi qu'à l'impact des études sur la qualité de vie. Ces différents éléments vont contribuer à forger l'identité professionnelle des futurs médecins et il est donc nécessaire de pouvoir leur permettre de discuter sur ces sujets, ceci contrairement aux groupes Balint pour les médecins confirmés qui eux n'abordent en général que des cas cliniques avec les patients.

Le fait de pouvoir discuter de leur ressenti dans un environnement sécurisant leur permet de partager leurs doutes et leurs frustrations, se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à faire face à des situations difficiles et leur permet de trouver des solutions. Une revue de la littérature effectuée en 2015 recensait les effets des groupes Balint chez les étudiants et les praticiens confirmés (52). Le travail effectué sur la relation médecin-malade lors des groupes Balint pourrait potentiellement améliorer l'épanouissement professionnel et lutter contre le burn-out (52,53). La pratique des groupes Balint chez les étudiants pourraient également développer leur empathie (53,54).

La Formation à la Relation Thérapeutique proposée à Paris Descartes s'inspire de ces groupes Balint. Elle a été mise en place en partie par Louis Velluet, pour les étudiants en médecine.

Les objectifs de cette méthode est de rendre les étudiants capables :

- D'analyser les attitudes et les contre attitudes des patients et des médecins
- De percevoir l'influence des processus psychologiques des patients à l'œuvre dans l'approche de la maladie ou du traitement
- D'apprendre à utiliser le domaine émotionnel dans le procédé thérapeutique
- D'améliorer leur façon d'écouter (55).

Dans un colloque durant les Journées Balint à Poitiers en 2010, Louis Velluet énonce deux conditions nécessaires pour que la formation soit efficace :

- Le caractère obligatoire de la formation, contrairement aux groupes Balint pour adulte qui se déroulent sur la base du volontariat. En effet, rendre l'enseignement obligatoire empêcherait de créer un clivage dès le

départ entre étudiants partisans d'une médecine biomédicale et ceux attirés par la relation humaine dans la relation de soin.

- Le rôle des modérateurs : ceux-ci doivent être formés à la spécificité de la Formation à la Relation Thérapeutique pour les étudiants. Ce sont encore des médecins en formation, sans les connaissances et l'expérience d'un médecin confirmé. Les problématiques ne sont pas les mêmes. De plus, la liberté de parole ainsi que la confidentialité des propos doivent être respectées.

III Médecine Narrative

1/ Principes de la Médecine Narrative

Une autre méthode pour aider à développer l'empathie des étudiants est celle de la Médecine narrative. C'est une discipline qui est apparue il y a quelques années aux Etats-Unis et qui a été mise en place à Paris Descartes dès 2009 (56,57).

La médecine narrative est un enseignement qui a été développé par le Pr Rita Charon à l'université de médecine de Columbia, New York (58-60). Elle consiste en la lecture attentive et l'écriture de récits de patients et l'analyse de ceux-ci dans le but d'améliorer la relation avec le patient.

Elle est fondée sur 3 principes :

- l'Attention : l'attention et la concentration avec laquelle nous allons lire, écouter un récit afin d'en trouver les significations cachées. Elles permettent en pratique clinique d'être attentif, d'être à l'écoute pleinement des paroles du patient et d'être perspicace.

- la Représentation : mettre des mots sur une situation qu'on a vécu, ce qui permet de la rendre plus réelle et de la fixer dans le temps. Cela permet également de caractériser avec des mots des choses restées floues, « de rendre visible une situation invisible ».

- l'Affiliation : le but de l'enseignement => aboutir à une relation empathique et attentive avec le patient. Après avoir écouté avec attention le patient puis représenté par écrit ses perceptions de la situation, le médecin pourra poser des questions plus pertinentes, formuler des hypothèses et in fine construire une relation solide avec son patient.

La médecine narrative selon Rita Charon permet « aux médecins d'atteindre et de rejoindre le patient dans sa maladie, de reconnaître ses propres

parcours/voyages, de reconnaître les affinités avec les autres professionnels de santé ainsi que les devoirs que l'on a envers eux, et instaurer un échange avec le public sur la santé » (59). Elle permet à l'étudiant de prêter attention aux plaintes du patient mais également à son « histoire » (62).

2/ Déroulement des séances de médecine narrative

Comment se déroule les séances de médecine narrative ?

L'organisation de l'enseignement diffère d'une faculté à l'autre. Les cours ont lieu en général en petits groupes. Chaque séance de médecine narrative a un thème précis, qu'il soit de l'ordre de la relation médecin-malade ou non.

Certaines séances sont dédiées à l'écriture réflexive, à savoir écrire le récit d'une expérience vécue en situation de soins. L'écriture du récit peut être faite du point de vue de l'étudiant ou parfois du point de vue du patient, à la première personne. Les récits sont ensuite lus à haute voix au sein de la classe. Les élèves et les professeurs commentent par la suite. Les commentaires se font sur la forme du récit puis sur son contenu dans un 2^e temps. Dans certains établissements, les récits peuvent être lus et commentés par des professeurs seulement. La phase de lecture est aussi importante que l'écriture : « sans le lecteur, l'écrivain n'est rien ».

Afin de faciliter le travail des professeurs, un outil pédagogique a été mis en place par l'équipe de Rita Charon pour aider à l'analyse des récits des étudiants.

L'enseignement à Paris Descartes comprend un total de 17h divisé en 3h de cours magistraux, 9h d'atelier d'écriture réflexive et 5h sont consacrés à la lecture de textes et aux devoirs MOODLE (plateforme en ligne de Paris Descartes). L'enseignement est obligatoire.

3/ Apports de la médecine narrative

Différentes études ont été menées pour rechercher un effet sur l'empathie de la médecine narrative (47,48,60-64). Les résultats des études sont mitigés mais tendent plutôt vers un effet positif de la médecine narrative sur l'empathie. Une étude de 2004 menée par Shapiro montrait une augmentation de l'empathie avec l'échelle d'autoévaluation BEES (Balanced Emotional Empathy Scale) mais pas avec le questionnaire ECRS (Empathy Construct Rating Scale) (62).

Une étude récente de 2017 utilisant l'échelle JSPE a été réalisée sur 142 professionnels de santé : médecins, étudiants, dentistes, infirmières et professionnels paramédicaux. Leur enseignement de médecine narrative consistait en une séance de cours magistral d'une heure expliquant les principes de la médecine narrative puis il était organisé sous la forme d'une compétition. Les étudiants étaient soit enrôlés en tant que participant individuel, auquel cas ils devaient soumettre un texte narratif, soit ils étaient enrôlés en équipe et devaient jouer un texte narratif. L'équipe a montré une augmentation de l'empathie chez les participants et plus particulièrement chez les femmes, ainsi qu'une perception positive de ce type d'exercice (64). L'exercice a été également apprécié par les étudiants qui ont majoritairement souhaité maintenir l'enseignement et qui l'ont recommandé à leurs camarades.

L'étude de F. Goupy en 2009, préliminaire de l'instauration de l'enseignement à Paris Descartes retrouvait également une grande satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'enseignement avec 58% des étudiants désirant poursuivre l'enseignement dans l'année supérieure (65). Enfin, une autre étude sur des étudiants en psychiatrie montrait également une augmentation de l'empathie ainsi qu'une meilleure compréhension des phénomènes de contre-transfert avec des patients ayant des troubles psychiatriques sévères (66).

Cependant, ces résultats sont à envisager avec prudence compte tenu des limites des études en question, notamment sur le faible échantillonnage.

ETUDE

INTRODUCTION

De nos jours, l'empathie occupe une place de plus en plus importante dans la vision des soins. L'exercice de la médecine ne se limite plus aux seuls savoirs médicaux et scientifiques. Les patients plébiscitent les qualités humaines chez leurs médecins.

L'empathie est un concept multidimensionnel complexe dont il n'existe pas de définition consensuelle. L'empathie peut être définie comme la capacité à comprendre la situation du patient, son ressenti et ses émotions, son point de vue, exprimer cette compréhension via le langage verbal et corporel puis utiliser cette entente dans le but d'aider le patient (8,9). Le patient, face au médecin, se sent alors écouté et compris. Plusieurs études montrent l'influence positive d'une attitude empathique dans la prise en charge des malades, sur leur satisfaction et sur leur adhérence aux traitements (14,18,20-22). Par exemple, chez des patients diabétiques, les scores d'HbA1c et de LDLc étaient mieux contrôlés chez les patients dont les médecins avaient un haut score d'empathie (23). De même, le contrôle de la pression artérielle était meilleur chez les malades dont les praticiens étaient plus empathiques (24). Outre le bénéfice pour les patients, une attitude empathique aurait également un impact sur la réduction du stress professionnel et du burn-out chez les médecins.

Il apparaît donc essentiel de pouvoir développer cette capacité chez nos jeunes étudiants. Un des objectifs des Epreuves Classantes Nationales 2017, est justement celui d'«Etablir avec le patient une relation empathique, dans le respect de la personnalité, de ses attentes et de ses besoins» (66). Ce d'autant que de nombreux travaux montrent une tendance à l'érosion des capacités empathiques des étudiants en médecine durant leurs études (35-37). Plusieurs facteurs ont été mis en avant pour expliquer ce changement : le curriculum caché, un environnement de travail stressant avec notamment une charge de

travail importante, baisse de la qualité de vie qui en découle avec parfois des épisodes dépressifs, burn-out...

Divers enseignements existent pour stimuler l'empathie : des cours de communication, des jeux de rôles, du théâtre, de la médecine narrative ou encore les groupes Balint. Pour évaluer l'impact de leurs enseignements, les chercheurs utilisent différents moyens dont des échelles d'auto-mesure de l'empathie comme la JSPE-MS. Les résultats obtenus sont assez divergents : la plupart des auteurs obtiennent une amélioration de l'empathie de leurs étudiants, d'autres ne retrouvent aucune différence statistiquement significative après la formation. Une des limites de ces travaux réside dans la construction et la méthodologie de l'étude rendant parfois difficile l'interprétation des résultats (47,48). De plus, l'évaluation de l'efficacité des enseignements ne se fait rarement sur le long terme.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique, de type groupe Balint, sur l'empathie des étudiants de DFAMS1 mesurée par l'échelle JSPE-MS. L'empathie sera mesurée 6 mois après la fin de cette formation et sera comparée à l'empathie des étudiants de DFASM1 ayant suivi l'enseignement de médecine narrative.

Elle fait partie d'une étude plus large, l'étude EMPATHIE, menée elle sur Paris 5, Paris 7 et Paris 13. L'objectif principal de l'étude EMPATHIE était d'évaluer l'efficacité de la FRT chez les DFASM1 sur l'empathie mesurée par un patient simulé lors d'une consultation simulée. L'empathie était mesurée via une échelle d'hétéro évaluation, l'échelle CARE.

MATERIEL ET METHODES

Contexte de l'étude

Notre étude se situe dans la continuité de l'étude EMPATHIE menée sur les facultés de Paris Descartes, Paris Diderot et de Bobigny. Celle-ci évaluait l'efficacité d'une Formation à la Relation Thérapeutique de type groupe Balint chez les étudiants de DFASM1. L'évaluation de l'efficacité de la formation se faisait lors de 2 consultations simulées. L'étudiant était évalué par le patient simulé via l'échelle CARE (Consultation And Relational Empathy) (70).

Population

La population de notre étude était les externes de DFASM1 de Paris Descartes. La DFASM1 représente la 1^{ère} année du 2^e cycle de formation des études médicales en France. Après 3 années plus théoriques, les étudiants abordent une partie plus concrète de leur cursus. Ils deviennent étudiants hospitaliers et partagent leur temps entre les stages à l'hôpital et leurs cours théoriques.

Dans cette étude, 262 étudiants soit les 2/3 de la promotion ont été inclus. 1/3 de la promotion n'a pas été inclus dans l'étude.

En effet, les étudiants sont affectés de manière aléatoire par la faculté dans les 3 pôles d'enseignements obligatoires. Un tiers de la population a eu dès le 1^{er} trimestre des cours de médecine narrative. Ces cours pouvant interférer avec l'empathie des étudiants, ce tiers de la promotion n'a donc pas été inclus dans l'étude princeps et par conséquent ne l'a pas été dans la notre également.

Ainsi les élèves ont été randomisé en 2 groupes de 131 élèves en :

- Un groupe intervention : 131 élèves
- Un groupe contrôle/médecine narrative : 131 élèves

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Le groupe Intervention a reçu une « Formation à la Relation Thérapeutique », consistant en 7 séances inspirées des groupes Balint. Les étudiants ont été randomisé dans les différents groupes. Chaque groupe était composé d'environ une dizaine d'étudiants. Les séances avaient lieu toutes les semaines et duraient 1h30. Un leader, formé à l'animation de groupe Balint, était chargé de mener les discussions. Ces leaders avaient reçu la même formation théorique et pratique. L'enseignement s'est déroulé de Octobre à Décembre 2015.

Le groupe contrôle a bénéficié de l'enseignement « Médecine narrative » existant à Paris 5 depuis quelques années. Il consistait en cours magistraux de 3h ainsi que 6 séances d'écriture réflexive de 1h30 et de 2 séances de lectures de récit ou d'autres textes. Lors des séances d'écriture, il était demandé aux étudiants de rédiger un récit sur un thème donné, différent d'une séance à l'autre. Les cours ont eu lieu à partir du 2^e trimestre 2016 et ce pendant 3 mois.

Questionnaires

Il a été demandé aux élèves de remplir aux différents temps de l'étude, l'échelle JSPE-MS traduite en français. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de l'empathie validée et reconnue internationalement. L'échelle est composée de 20 items. Les étudiants devaient répondre sur une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord), lequel numéro correspondait le mieux à leur état.

La JSPE-MS a été distribué aux étudiants via la plateforme internet de la faculté (Moodle).

Nous leur avons demandé de remplir l'échelle à 3 temps :

- au début de l'étude avant que la Formation à la Relation Thérapeutique ne commence (M0)
- juste après la fin de cette Formation en décembre 2015 (M3)
- à la fin de l'année scolaire en juin 2016 (M9)

De plus, une deuxième mesure de l'empathie a été réalisé par le biais d'un questionnaire de 8 items portant sur un cas clinique à M3 et à M9. Ce questionnaire a été mis en place dans une étude préliminaire conduite à Paris 5 en 2009. Elle évaluait l'efficacité d'une formation de type Balint chez des étudiants volontaire de 4^e année de médecine (15). Il s'agissait de deux cas cliniques, portant sur deux patients fictifs avec des personnalités et des histoires différentes. Le premier relatait l'histoire de Mme X, jeune patiente diabétique de type 1 de 28 ans, non observante, avec une histoire de vie chaotique et une personnalité de type borderline. Le 2^e cas correspondait au cas de Yasmina, jeune femme de 25 ans souffrant de psoriasis modéré, avec une personnalité plutôt histrionique et obsessionnelle-compulsive (cf Annexes).

Les 8 questions étaient :

- L'histoire de ... vous touche t-elle ?
- L'attitude de ... vous ennuie t-elle ?
- Trouvez-vous ... touchante ?
- Trouvez-vous le cas de ... intéressant ?
- Pourriez-vous vous mettre facilement/naturellement à sa place ?
- ... vous donne t-elle le sentiment de perdre votre temps ?
- Le fait d'être emporté par les histoires de ... interfère t-il dans la rigueur de votre diagnostic et dans l'approche thérapeutique ?
- Vous occuper de ... peut-il vous apprendre quelque chose sur votre travail ?

Les étudiants devaient répondre à ces questions en choisissant un numéro, de 1 à 4 sur l'échelle de Likert (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup), correspondant le mieux à leur état d'esprit.

Le 1^{er} cas clinique était distribué le jour des consultations simulées, soit en décembre 2015. Les étudiants répondaient immédiatement après avoir lu le cas clinique.

Le 2^e cas clinique a été envoyé via la plateforme intranet de la faculté de médecine. Il leur a été demandé de répondre en ligne aux questions en juin 2016.

Analyses statistiques

Une analyse descriptive sur la population a d'abord été conduite.

Notre critère de jugement principal était l'évolution du score de la JSPE-MS à 3 et 6 mois de la fin de la Formation à la Relation Thérapeutique et ce comparativement avec le groupe Médecine Narrative.

Le critère de jugement secondaire était l'évolution des scores d'empathie sur le 2^e questionnaire basée sur les cas cliniques à 3 et 6 mois après la fin de la FRT et toujours comparativement avec le groupe Médecine Narrative.

A l'aide d'un test de Student, nous avons comparé les résultats obtenus dans chaque groupe aux différents temps de l'étude. Grâce à ce même test, nous avons étudié l'évolution des scores aux questionnaires entre les 2 groupes à M0, M3 et M9.

Pour le 2^e questionnaire, l'analyse des résultats a été faite comme suit.

Les questions ont été regroupées en 4 thématiques :

- approche empathique (question 1, 3 et 5), score sur 12
- attitude de rejet (question 2 et 6), score sur 8
- intérêt intellectuel (question 4 et 8), score sur 8
- peur de l'émotion (question 7), score sur 4

Un test de Student a également été utilisé pour réaliser l'analyse comparative.

Le niveau de significativité a été fixé à 5% soit $p < 0,05$.

Il est à noter que dû à un problème technique, l'item 9 de la JSPE-MS manquait aux 3 temps de l'étude.

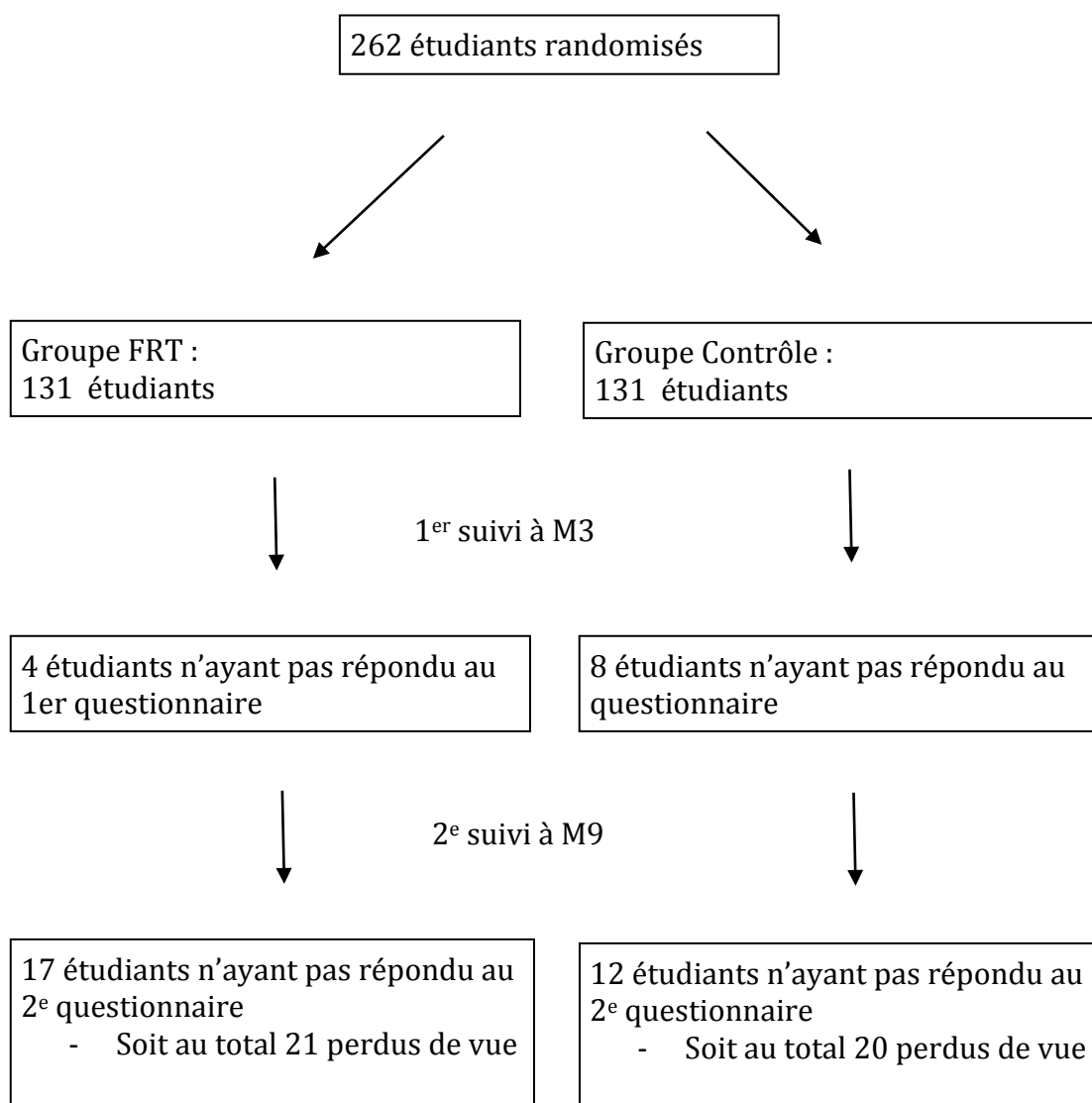
RESULTATS

Caractéristiques de la population

262 élèves ont donc été randomisé en septembre 2015 : 131 dans le groupe contrôle/médecine narrative et 131 dans le groupe FRT.

221 étudiants ont répondu aux 2 questionnaires soit un taux de réponse 84,4%. Dans le groupe CTR, 6 n'ont répondu à aucun des 2 questionnaires, 12 n'ont répondu qu'au questionnaire à M3 et 2 n'ont répondu qu'au questionnaire à M9. Dans le groupe FRT, 3 n'ont répondu à aucun des 2 questionnaires, 17 n'ont répondu qu'au questionnaire à M3 et 1 n'a répondu qu'au questionnaire à M9.

Figure 1. Chart flow



Il y avait 73 filles (55,7%) et 58 garçons (44,3%) dans le groupe FRT, 84 filles (64,2%) et 47 garçons (35,8%) dans le groupe contrôle (tableau 1)

La plupart s'orientait vers une spécialité médicale (59,5 % dans le groupe FRT et 61,8% dans le groupe contrôle). Seuls 7 étudiants dans le groupe FRT et 1 étudiant dans le groupe contrôle se dirigeait vers la médecine générale.

Tableau 1. Caractéristiques des étudiants

	Groupe FRT	Groupe CTR/MN
<u>Sexe</u>		
- Masculin	73 (55,7%)	84 (64,2%)
- Féminin	58 (44,3%)	47 (35,8%)
<u>Boursier</u>		
	17 (13%)	27 (20,8%)
<u>Spécialité désirée</u>		
- Médecine Générale	7 (5,3%)	1 (0,8%)
- Spécialité Médicale	78 (59,5%)	81 (61,8%)
- Spécialité Chirurgicale	19 (14,5%)	23 (17,6%)
- Spécialité Médico-technique	1 (0,8%)	0 (0%)
- Spécialité Non clinique	2 (1,5%)	0 (0%)
- Ne sait pas	24 (18,4%)	26 (19,8%)
<u>Niveau d'étude des parents</u>		
- Secondaire	6 (4,6%)	4 (3,1%)
- CAP/BEP	2 (1,5%)	4 (3,1%)
- Bac + 1 ou +2	2 (1,5%)	1 (0,8%)
- Bac +3	13 (9,9%)	8 (6,1%)
- Bac +5 ou +	104 (79,4%)	106 (80,9%)
- Pas de réponse	4 (3,1%)	8 (6,1%)

Résultats du critère de jugement principal

A M0, soit avant le début de la formation :

La moyenne dans le groupe FRT étaient de 105,5 (Sd 8,9). La moyenne dans le groupe CTR est de 104,2 (Sd 11,3). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

A M3 :

La moyenne à la JSPE-MS dans le groupe FRT est de 105,5 (Sd 10,8). Il n'y a pas de différence statistiquement significative par rapport à M0.

Dans le groupe CTR, la moyenne est à 102,2 (Sd 12,7).

Il y a une différence statistiquement significative entre les 2 groupes à M3 (p=0,027)

Si l'on regarde les résultats en fonction des différents « sous-groupes » de la JSPE, il y a une différence statistiquement significative dans la section « Compassionate care » CC dans le groupe FRT à 48,5 (Sd 5,5) VS 46,8 (Sd 5,9) dans le groupe CTR avec p=0,03

A M9 :

La moyenne de la JSPE-MS dans le groupe FRT est de 92,8 (Sd 11,1) et dans le groupe CTR à 92,6 (Sd 10,1). Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p=0,880).

Dans les 2 groupes, la JSPE chute donc entre M3 et M9 pour atteindre un niveau quasi similaire à la fin de l'année.

Tableau 2. Résultats des moyennes de la JSPE et de ses sous-échelles

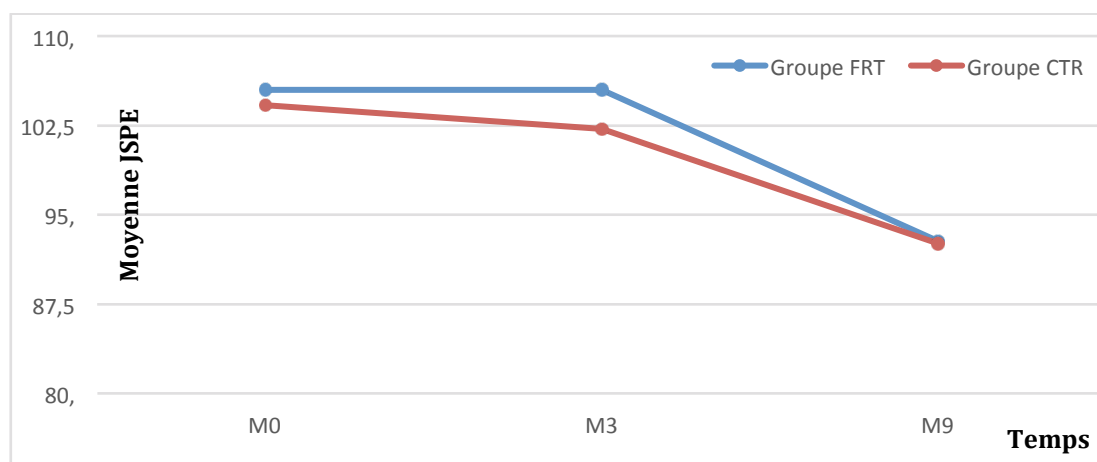
	M0		M3			M9		
	FRT†	CTR/MN*	FRT	CTR/MN	p	FRT	CTR/MN	p
JSPE- MS – moy	105,5	104,2	105,5	102,2	0,02	92,8	92,6	0,88
(Sd) °	(8,9)	(11,3)	(10,8)	(12,7)		(11,1)	(10,1)	
Perspective								
Taking	50,1	50	49,9	48,5	0,14	46,7	47,6	0,454
(Sd)	(5,5)	(7)	(6,5)	(8,3)		(9,2)	(8,8)	
Compassionate								
Care	48,2	47,7	48,5	46,8	0,02	38,7	37,9	0,11
(Sd)	(4,5)	(5,9)	(5,5)	(5,9)		(4)	(3,8)	
Standing in the								
Patient's Shoes	6,8	6,5	7,2	6,9	0,36	7,4	6,9	0,264
(Sd)	(2,8)	(2,7)	(2,8)	(2,7)		(2,8)	(2,6)	

† FRT Formation à la relation thérapeutique

* CTR/MN Groupe Contrôle/ Médecine Narrative

° Sd Dérivation Standard

Figure 2. Evolution des moyennes de la JSPE dans les 2 groupes



Résultats du critère de jugement secondaire

A M3 :

Il n'existe pas de différence statistiquement significative pour les 4 sous échelles du cas clinique. Pour l'Approche Empathique il existe une différence à la limite de la significativité ($p=0,05$) en faveur du groupe FRT avec un score de 8,3 (Sd 2,2) contre 7,8 (Sd 2) dans le groupe contrôle.

A M9 :

Par rapport à M3, on observe dans les 2 groupes une baisse des scores sur « l'Approche Empathique » et sur « l'intérêt intellectuel ». A l'inverse, il y a une progression des scores sur « l'Attitude de rejet » ainsi que sur l'item « Peur de la contagiosité émotionnelle ». En comparant les 2 groupes entre eux, il n'existe pas de différence statistiquement significative sur les scores de chaque item. Cependant, pour l'item Approche Empathique, il existe une différence à la limite de la significativité ($p=0,054$) en faveur du groupe FRT avec un score de 7,8 (Sd 2,2) contre 7,3 (Sd 2,1).

Tableau 3. Résultats Scores Cas Cliniques

	M3			M9		
	FRT † Moyenne (Sd)°	CTR/ MN* Moyenne (Sd)	p	FRT Moyenne (Sd)	CTR/MN Moyenne (Sd)	P
Approche empathique	8,3 (2,2)	7,8 (2)	0,05	7,8 (2,2)	7,3 (2,1)	0,05
Attitude de rejet	2,9 (1)	2,8 (1)	0,19	3,3 (1,3)	3,4 (1,6)	0,69
Intérêt intellectuel	7 (1,2)	6,8 (1,3)	0,15	5,9 (1,6)	6,1 (1,4)	0,58
Peur de la contagiosité émotionnelle	2,3 (0,8)	2,1 (0,8)	0,06	3,3 (1,2)	3,5 (1,3)	0,22

† FRT Formation à la Relation Thérapeutique

* CTR / MN Groupe Contrôle/Médecine Narrative

° Sd Déviation Standard

DISCUSSION

A notre connaissance, notre étude est probablement une des seules à évaluer 2 types de formation à la relation thérapeutique chez les étudiants en DFASM1. Le taux de participation des étudiants était très bon, près de 85%. Les étudiants étaient randomisés et l'enseignement soit de médecine narrative soit de formation à la relation thérapeutique était obligatoire, évitant un biais de sélection.

Notre étude retrouve à 6 mois après la fin de la formation type groupe Balint une baisse significative de l'empathie des étudiants mesurée par la JSPE-MS. Il en est de même pour le groupe ayant suivi la formation de médecine narrative. Les scores de la JSPE dans les 2 groupes étaient quasi similaires (92,8 +/- 11,1 dans le groupe FRT et 92,6 +/- 10,1 dans le groupe médecine narrative). La baisse était homogène sur les 3 sous-échelles de la JSPE. En comparant ces chiffres aux normes mises en place par Hojat, nos étudiants se situeraient dans les valeurs basses de l'empathie. De plus, la plupart des études réalisées dans le domaine retrouvent une stabilité voir une légère baisse de l'empathie mais à notre connaissance aucune ne retrouve une baisse aussi importante (47,48,67,68).

Les résultats de notre critère de jugement secondaire, à savoir l'empathie mesurée via des cas cliniques, est cohérent avec les résultats de la JSPE. En effet, on observe une baisse significative dans les 2 groupes de « l'Approche Empathique » ainsi que de « l'intérêt intellectuel » mais une hausse significative de « l'attitude de rejet » et de « la peur de la contagion émotionnel ». Il n'y aucune différence significative entre les 2 groupes à M9. Lors d'une étude préliminaire effectuée en 2010 à Paris Descartes sur 60 étudiants, Guillaume Airagnes et son équipe retrouvait une augmentation significative de l'Approche Empathique dans le groupe formation Balint comparé au groupe Contrôle (54). Cependant, des différences de méthodologie et de construction d'étude peuvent expliquer ces résultats discordants : l'étude avait lieu seulement sur 60 volontaires et était non randomisé.

Au vu de nos résultats, la formation type Balint et celle de médecine narrative n'ont donc pas eu l'effet escompté. Cependant plusieurs nuances sont à apporter.

Tout d'abord, par le résultat dans le suivi intermédiaire. Juste après la fin de la formation à la relation thérapeutique, à M3, on observe une stabilisation du score de la JSPE dans le groupe FRT, alors qu'il baisse de manière significative dans le groupe contrôle. De plus, en analysant les sous-échelles de la JSPE, la seule différence significative entre les 2 groupes se situe sur la partie « Compasionnate Care ». La formation à la relation thérapeutique a donc probablement contribué au maintien de l'empathie des étudiants et ce en agissant sur la composante émotionnelle de l'empathie. C'est un résultat que l'on retrouve dans la thèse de Florence Perrault (78).

Il est à noter également que les études interventionnelles mesurant l'empathie des étudiants ne la mesure, pour la plupart du temps, que juste après la fin de l'intervention et non 6 mois après comme dans notre étude. Ainsi, nos résultats à M3 sont plutôt concordants avec ceux des autres études qui montrent une stabilité ou une augmentation légère de l'empathie après un enseignement dédiée (35-37).

La baisse à 6 mois après la fin de la formation pourrait être expliqué par la courte durée de la formation à la relation thérapeutique. En effet une formation de 3 mois, avec seulement 7 séances, est peut-être insuffisante pour développer et ancrer dans le temps la capacité empathique amenée par les groupes Balint. Les premiers groupes Balint en 1955 se déroulaient sur une période de 2 ans. Un état des lieux des groupes Balint chez les étudiants aux Etats-Unis reportait que la majorité des groupes se poursuivait pendant 6 mois voir tout au long du cursus universitaire (50). C'était également une remarque émise par les étudiants de médecine narrative (65) et de ceux des étudiants de Paris 7 de l'étude EMPATHIE qui auraient souhaité une prolongation dans le temps des séances (71). Ainsi mettre en place une formation plus longue, par exemple pendant la durée de l'externat, pourrait permettre de maintenir l'empathie chez nos étudiants.

La 2^e nuance à apporter est celle de l'emploi d'auto-questionnaires pour évaluer l'empathie. L'empathie reportée par l'emploi d'auto-questionnaires correspond-elle à l'empathie réelle des étudiants dans leurs relations avec les patients? Les données sur le sujet sont pour le moment peu nombreuses et contradictoires. En effet, Mohammadreza Hojat et certains auteurs avaient montré une corrélation entre la JSPE et le comportement empathique des étudiants (72,73) alors que d'autres études montrent l'absence de corrélation entre l'empathie mesurée par la JSPE et celle évaluée par des consultations simulées ou par des examinateurs (73,75).

De plus, les auto-questionnaires par définition évaluent l'empathie perçue de manière subjective par les étudiants. Les étudiants de DFASM1 au début de l'année scolaire n'ont pas encore réellement été en contact avec les malades (seul un stage hospitalier de sémiologie a eu lieu l'année précédente). Une des hypothèses que l'on peut avancer, pour expliquer la baisse importante de l'empathie entre le début de l'année et la fin de l'année, est peut-être une évaluation faussement haute de leur capacité empathique en début d'année. L'immersion hospitalière, la charge de travail entre les stages et les cours théoriques, le stress, le curriculum caché sont autant de facteurs ayant pu moduler la perception des étudiants de leur empathie. La 2^e mesure reflèterait donc plus justement leur empathie. Les terrains de stage notamment, influent probablement beaucoup sur l'attitude des étudiants. Ce qui reste incertain ici est si cette différence provient d'une simple adaptation avec une prise de recul ou si elle résulte d'une réelle fuite émotionnelle. Les résultats aux cas cliniques pourraient nous orienter plutôt vers la 2^e hypothèse.

En effet, comme dit plus haut, il existe une augmentation significative de l'attitude de rejet ainsi que de la peur de la contagion émotionnelle entre M3 et M9. Aucune différence entre les groupes FRT ou médecine narrative n'existait cependant.

Notre étude comporte plusieurs limites. La première est dans la construction de l'étude. Elle se déroulait uniquement sur Paris Descartes. Il est ainsi difficile d'extrapoler nos résultats. Ce d'autant plus que les caractéristiques de notre population, notamment au niveau socio-économique, sont probablement

distinctes de ceux de d'autres facultés françaises. En effet, lorsque l'on regarde le niveau d'études des parents des étudiants, la très grande majorité (environ 80%) est Bac +5 ou plus. En France, le taux de personnes ayant un Bac +5 ou plus chez les plus de 50 ans est environ de 12% (76). Le niveau socio-économique influe sur la perception des émotions de l'autre et sur les comportements pro-sociaux (77). Ainsi, il est probable que ces caractéristiques influent sur l'empathie mesurée de nos étudiants et sur leur façon d'appréhender les formations proposées.

Ensuite, une autre limite réside dans le choix des outils de mesures de l'empathie. Comme dit plus haut avec l'échelle JSPE, il est difficile de savoir réellement ce que l'on mesure. Il en est de même pour le choix de l'utilisation des cas cliniques. L'approche par cas clinique est intéressante pour les étudiants car plus parlante pour eux. Il y a un choix délibéré de cas cliniques complexes avec des éléments du domaine biomédical mais également plus psychosocial. Cependant, cette méthode est encore nouvelle et n'a été utilisée qu'une seule fois (54). Ainsi elle n'a pas été encore validée, malgré une forte corrélation retrouvée dans les résultats de Airagnes.

De plus, il faut noter que, les conditions de remplissage des réponses aux cas cliniques étaient différentes au temps M3 et M9, ayant pu entraîner un biais. Le premier cas clinique a été rempli immédiatement après le passage des consultations simulées. Les cas cliniques et questionnaires étaient sur support papier. Les étudiants devaient les remplir directement sur place avec la présence d'examineurs autour. Il y a pu donc y avoir un biais de « désirabilité sociale ». Le 2^e cas clinique a été lui rempli par Internet ce qui baisse considérablement ce biais.

Enfin, il est important également de préciser que du à un problème technique, un item de l'échelle JSPE a été effacé. Il s'agissait de l'item 9 « Les médecins devraient se mettre à la place des patients lorsqu'ils les soignent ». Cet item faisait partie de la sous-échelle « Perspective taking ». La validité interne de nos résultats est donc difficile à établir et il est difficile de comparer nos scores stricto-sensu avec ceux de la littérature.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 versus un enseignement de médecine narrative et ce 6 mois après la fin de la formation.

Nous avons montré que à 6 mois de la fin de la formation, l'empathie des étudiants diminue fortement malgré la mise en place de ces deux enseignements spécifiques.

Cependant ce constat est à nuancer. En effet, une des limites de notre étude repose sur l'utilisation d'auto-questionnaires. Même si la JSPE est un outil validé, quelle est la signification clinique réelle de cette mesure ? Ensuite, nous avons montré, pour la Formation à la Relation Thérapeutique, que le score d'empathie mesuré immédiatement après la fin de la Formation, s'est stabilisé.

Ce résultat nous amène à penser qu'il y a eu tout de même un bénéfice de la Formation à la Relation Thérapeutique sur les capacités empathiques mais qu'il n'a pas perduré dans le temps. La prolongation de l'enseignement, pourquoi pas sur l'ensemble du cursus du 2^e cycle, pourrait être utile pour approfondir le travail de réflexion initié par les groupes type Balint.

Il n'y a encore que très peu d'études en France réalisées sur l'empathie durant les études de médecine. Augmenter le travail de recherche sur le sujet permettrait de mieux comprendre les mécanismes influant sur le développement de l'empathie chez les étudiants et ainsi optimiser les enseignements dédiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. IBANEZ Gladys, CORNET Philippe, MINGUET Cassian. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale* 2010 ; 11(3) :151-165
2. HAS Santé
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
3. CALIANDRO Stefania. Empathie et Esthésie : un retour aux origines esthétiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 2004/3; 68:791-800.
4. ROGERS Carl, Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach. *Person-Centered Review*, 1(3), 257-259
5. ROGERS Carl. The Necessary and Sufficien Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957 (Apr), Vol 21(2), 95-103
6. MORSE Janice M, BOTTORFF Joan, ANDERSON Gwen, *et al.* Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship* 1992 Winter; 24(4): 273-280
7. HOJAT Mohammadreza, GONELLA Joseph S, NASCA Thomas J, *et al.* Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1563-1569
8. MERCER Stewart W, REYNOLDS William J, *et al.* Empathy and Quality of Care. *British Journal of General Practice*, 2002, 52, S9-S13
9. HALPERN Jodi. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med* 2003; 18:670-674

10. DECETY Jean. Une anatomie de l'empathie. *PSN, vol III, numéro 11, Janvier-Février 2005.*
11. DECETY Jean, SMITH Karen E, NORMAN Greg J, *et al.* A Social Neuroscience Perspective on Clinical Empathy. *World Psychiatry 2014; 13:233-237*
12. HOJAT Mohammadreza, MANGIONE Salvatore, NASCA Thomas J, *et al.* The Jefferson Scale of Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychol Measurement 2001; 61:349-365*
13. LETRILLIART Laurent, SUPPER Irène, SCHUERS Matthieu, *et al.* ECOGEN: étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer 2014; 114:148-57*
14. CAPE John, BARKER Chris, BUSZEWICZ Marta, *et al.* General Practitioner Psychological Management of Common Emotional Problems: A Research Agenda for the Development of Evidence-Based Practice. *British Journal of General Practice, 2000, 50, 396-400.*
15. BUSZEWICZ Marta, PISTRANG Nancy, BARKER Chris, *et al.* Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *British Journal Of Gen Pract 2006; 56(528):496-503*
16. BECKMAN Howard B, FRANKEL Richard M. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med. 1984;101(5):692-6*
17. HOJAT Mohammadreza, LOUIS Daniel Z, MAXWELL Kaye, *et al.* A Brief Instrument to Measure Patients' Overall Satisfaction With Primary Care Physicians. *Fam Med 2011 Jun ;43(6) :412-415*

18. LELORAIN Sophie, BREDART Anne, DOBEAULT Sylvie, *et al.* A Systematic Review of the Associations Between Empathy Measures and Patient Outcomes in Cancer Care. *Psycho-Oncology* 21: 1255-1264 (2012)
19. ZWINGMANN Jelena, BAILE Walter F, SCHMIER Johann W, *et al.* Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A Randomized, Experimental Study. *Cancer* 2017 Aug 15;123(16):3167-75
20. VAN OSCH Mara, VAN DULMEN Sandra, VAN VLIET Liesbeth, *et al.* Specifying the Effects of Physician's Communication on Patients' Outcomes : A Randomised Controlled Trial. *Patient Educ Counsel.* 2017 Aug;100(8): 1482-1489
21. POLLAK Kathryn I, ALEXANDER Stewart C, TULSKY James A, *et al.* Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011 November; 24(6):665-672
22. HASKARD ZOLNIEREK Kelly B, DIMATTEO Robin. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care* 2009 August; 47(8): 826-834.
23. HOJAT Mohammadreza, LOUIS Daniel Z, MARKHAM Fred W, *et al.* Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med.* 2011;86: 359-364
24. YUGUERO Oriol, MARSAL Josep R, ESQUERDA Montserrat *et al.* Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Family Practice* (2017) 18:63.
25. DERKSEN Frans, BENSING Jozien, LAGRO-JANSSEN Antoine. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013; 63(606) :e76-e84.

26. KELLEY John M, KRAFT-TODD Gordon, SCHAPIRA Lidia, *et al.* The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS ONE* 9(4): e94207.
27. HANNAWA Annegret F, SHIGEMOTO Yuki, LITTLE Todd D. Medical Errors: Disclosure Styles, Interpersonal Forgiveness, and Outcomes. *Social Science and Medicine* 156 (2016) 29-38.
28. NAZIONE Samantha, PACE Kristin. An Experimental Study of Medical Error Explanations: Do Apology, Empathy, Corrective Action and Compensation Alter Intentions and Attitudes? *J Heal Commun.* 2015; 20(12): 1422-32.
29. GLEICHGERRCHT Ezequiel, DECETY Jean. The Relationship Between Different Facets of Empathy, Pain Perception and Compassion Fatigue Among Physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, July 2014, vol 8, Article 243
30. SHANAFELT Talt D, WEST Colin, ZHAO Xinghua, *et al.* Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med* 2005; 20:559-564.
31. HEMMERDINGER Joanne M, STODDART Samuel D, LILFORD Richard J, *et al.* A Systematic Review of Tests of Empathy in Medicine. *BMC Med Educ.* 2007, July 25; 7:24
32. HOJAT Mohammadreza. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. *Philadelphia: Springer; 2007 (Chapter 7)*
33. HOJAT Mohammadreza, GONELLA Joseph S. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Med Princ Pract* 2015;24:344-350

34. QUINCE Thelma, THIEMANN Pia, BENSON John, *et al.* Undergraduate Medical Students' Empathy: Current Perspectives. *Advances in Medical Education and Practice* 2016;7 443-455.
35. NEWTON Bruce W, BARBER Laurie, CLARDY James, *et al.* Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Acad Med.* 2008;83:244-249
36. NEUMANN Melanie, EDELHAUSER Friedrich, TAUSCHEL Diethard, *et al.* Empathy Decline and its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med.* 2011;86:996-1009.
37. HOJAT Mohammadreza, VERGARE MJ, MAXWELL Kaye, *et al.* The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad. Med.* 2009 Sep;84(9):1182-91.
38. HAFFERTY Frederic W, FRANKS Ronald. The Hidden Curriculum, Ethics Teaching and the Structure of Medical Education. *Acad. Med.* 1994;69:861-871.
39. HAFFERTY Frederic W. Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Acad. Med.* 1998 Apr;73(4):403-407
40. DAUGHERTY Steven R, BALDWIN DeWitt C, ROWLEY Beverley D. Learning, Satisfaction, and Mistreatment During Medical Internship. A National Survey of Working Conditions. *JAMA* 1998;279:1194-1199.
41. WEST Colin P, SHANAFELT Tait D, *et al.* The Influence of Personal and Environmental Factors on Professionalism in Medical Education. *BMC Medical Education* 2007 Aug 30;7:29
42. BURGESS Annette, GOULSTON Kerry, OATES Kim. Role Modelling in Medical Education: the Importance of Teaching Skills. *Clin Teach* 2016, Apr;13(2):134-137.

43. ROSENFELD Paul J, JONES Lee. Striking a Balance: Training Medical Students to Provide Empathetic Care. *Medical Education* 2004;38:927-933
44. THOMAS Matthew R, DYRBYE Liselotte N, HUNTINGTON Jeffrey L, *et al.* How do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:177-183
45. COLLIVER Jerry A, CONLEE Melinda J, VERHULST Steven J, *et al.* Reports of the Decline of Empathy During Medical Education are Greatly Exaggerated: A Reexamination of the Research. *Acad Med.* 2010;85:588-593
46. QUINCE Thelma A, KINNERSLEY Paul, HALES Jonathan, *et al.* Empathy Among Undergraduate Medical Students: A Multi-Centre Cross-Sectional Comparison of Students Beginning and Approaching the end of their course. *BMC Medical Education* 2016 16:92
47. BATT-RAWDEN Samantha A, CHISOLM Margaret S, ANTON B, *et al.* Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Acad Med.* 2013;88:1171-1177.
48. KELM Zak, WOMER James, WALTER Jennifer K, *et al.* Interventions to Cultivate Physician Empathy: A Systematic Review. *BMC Medical Education* 2014, 14:219.
49. BALINT Michael. Le Médecin, le Malade et sa Maladie.
50. DIAZ Vanessa, CHESSMAN Alexander, JOHNSON Alan H, *et al.* Balint Groups in Family Medicine Residency Programs : A Follow-up Study From 1990-2010. *Fam Med* 2015;47(5):367-72.
51. TOPPA Martina, MAKKONEN Eeva, MARTENSON Camilla, *et al.* A Qualitative Analysis of Student Balint Group in Medical Education: Contexts and

Triggers of case presentations and discussion themes. *Patients Educ Couns.* 2008 Jul;72(1):5-11

52. CATALDO Kari P, PEEDEN Katie, GEESEY Mark, *et al.* Association Between Balint Training and Physician Empathy and Work Satisfaction. *Fam Med* 2005; 37(5):328-31.

53. VAN ROY Kaatje, VANHEULE Stijn, INSLEGERS Ruth, *et al.* Research on Balint Groups: A Literature Review. *Patient Education and Counseling* 98 (2015) 685-694.

54. AIRAGNES Guillaume, SILLA Consoli M, De MORLHON Olivier, *et al.* Appropriate Training Based on Balint Groups Can Improve the Empathic Abilities of Medical Students : A Preliminary Study. *Journal of psychosomatic Research* 76 (2014) 426-429.

55. Société Médicale Balint

<https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-smb.php>

56. Mc DONALD Paula, ASHTON Katy, BARRATT Rachel, *et al.* Clinical Realism: A New Literary Genre and a Potential Tool for Encouraging Empathy in Medical Students. *BMC Medical Education* (2015) 15:112

57. JOHNA Samir, WOODWARD Brandon, PATEL Sunal, *et al.* What Can We Learn from Narratives in Medical Education? *Perm J* 2014 Spring;18(2):92-94.

58. CHARON Rita, HERMANN Nellie, DEVLIN Michael J, *et al.* Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Acad Med.* 2016 March;91(3): 345-350.

59. CHARON Rita. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* 2001;286:1897-1902.

60. CHARON Rita. Narrative Medicine in the International Education of Physicians. *Presse Med.* 2013; 42:3-5.
61. SHAPIRO Johanna, RUCKER Lloyd, BOKER John, *et al.* Point of view Writing: A Method for Increasing Medical Students' Empathy, Identification and Expression of Emotion, and Insight. *Education for Health, Vol. 19, No.1, March 2006, 96-105.*
62. SHAPIRO Johanna, MORRISON Elizabeth H, BOKER John R, *et al.* Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Education for Health, Vol 17, No 1, March 2004, 73-84.*
63. MISRA-HEBERT Anita D, ISAACSON J. Harry, KOHN Martin, *et al.* Improving Empathy of Physicians through guided reflective writing. *Int J Med Educ.* 2012; 3:71-77.
64. CHEN Po-Jui, HUANG Chien-Da, YEH San-Jou. Impact of a Narrative Medicine Programme on Healthcare Providers' Empathy Scores Over Time. *BMC Medical Education (2017) 17:108*
65. GOUPY François, ABGRALL-BARBRY Gaëlle, ASHLANGUL Elisabeth, *et al.* L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade? *La Presse Médicale*, volume 42, issue 1, january 2013, pages e1-e8.
66. DEEN Serina R, MANGURIAN Christina, CABANISS Deborah L. Points of Contact : Using First-Person Narratives to Help Foster Empathy in Psychiatric Residents. *Acad Psychiatry* 2010 Nov-Dec;34(6):438-41.
67. GHETTI Chiara, CHANG Judy, GOSMAN Gabriella. Burnout, Psychological Skills, and Empathy : Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *Journal Grad Med Educ* 2009 Dec;1(2):231-235.

68. BOMBEKE Katrien, VAN ROOSBROECK Sofie, DE WINTER Benedicte, *et al.* Medical Students Trained in Communication Skills Show a Decline in Patient Centred Attitudes : An Observational Study Comparing Two Cohorts During Clinical Clerkships. *Patient Education and Counseling* 84(2011)310-318.
69. HAS Santé, Objectifs Epreuves Classantes Nationales 2017
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608424/fr/ue-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-et-de-la-cooperation-interprofessionnelle-q1-20
70. MERCER Stewart W, MAXWELL Margaret, HEANEY David, *et al.* The Consultation and Relational Empathy Measure: Development and Preliminary Validation and Reliability of an Empathy-Based Consultation Process Measure. *Fam Pract* 2004 Dec;21(6):699-705
71. NGUYEN TRONG Minh Vy. *Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur les Capacités Empathiques en DFASM1 de médecine. Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances sous la direction de Isabelle Aubin-Auger-Paris* 7. Disponible sur http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5164_NGUYEN_TRONG_these.pdf
72. HOJAT Mohammadreza, MANGIONE Salvatore, NASCA Thomas J, *et al.* Empathy Scores in Medical School and Ratings of Empathic Behavior in Residency Training 3 Years Later. *J Soc Psychol.* 2005 Dec ;145(6) :663-672.
73. CASAS Rachel S, XUAN Ziming, JACKSON Angela H, *et al.* Associations of Medical Student Empathy with Clinical Competence. *Patient Education and Counseling* 100 (2017) 742-747.
74. CHEN Daniel CR, PAHILAN Elaine, ORLANDER Jay D. Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students. *J Gen Intern Med* 25(3):200-202.

75. OGLE Jessica, BUSHNELL John A, CAPUTI Peter. Empathy is Related to Clinical Competence in Medical Care. *Medical Education* 2013; 47: 824-831.

76. Observatoire des inégalités

http://www.inegalites.fr/spip.php?article34&id_mot=124

77. KRAUS Michael W, COTE Stéphane, KELTNER Dacher. Social Class, Contextualism, and Empathic Accuracy. *Psychological Science* 21(11) 1716-1723

78. PERRAULT Florence. *Etude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie clinique des étudiants en 4^e année de Médecine*. Sous la direction du Dr BUNGE Lucie - Paris Diderot.

ANNEXES

Tableau 2b. Evolution des moyennes de la JSPE au sein du groupe FRT à M0, M3 et M9

	M0	M3	p	M9	p
JSPE totale-moy	105,5	105,5	0,843	92,8	p<0,000
(Sd) [°]	(8,9)	(10,8)		(11,1)	
Perspective taking	50,1	49,9	0,345	46,7	p<0,000
(Sd)	(5,5)	(6,5)		(9,2)	
Compassionnate Care	48,2	48,5	0,691	38,7	p<0,000
(Sd)	(4,5)	(5,5)		(2,8)	
Standing in the Patient 's Shoes	6,8	7,2	0,121	7,4	0,51
(Sd)	(2,8)	(2,8)		(2,8)	

[°] Sd Déviation Standard

Tableau 2c. Evolution des moyennes de la JSPE au sein du groupe CTR à M0, M3 et M9

	M0	M3	p	M9	p
JSPE totale-moy	104,2	102,2	0,064	92,6	p<0,000
(Sd) [°]	(11,3)	(12,7)		(10,1)	
Perspective taking	50	48,5	0,028	47,6	0,147
(Sd)	(7)	(8,5)		(8,8)	
Compassionnate Care	47,7	46,8	0,188	37,9	0,026
(Sd)	(5,9)	(5,9)		(3,8)	
Standing in the Patient 's Shoes	6,5	6,9	0,193	6,9	0,367
(Sd)	(2,7)	(2,7)		(2,6)	

[°] Sd Déviation Standard

Tableau 3b. Evolution des moyennes aux cas cliniques au sein du groupe FRT à M3 et M9

	M3	M9	p
Empathic approach (Sd) [°]	8,3 (2,2)	7,8 (2,2)	0,008
Rejecting Attitude (Sd)	2,9 (1)	3,3 (1,3)	0,032
Intellectual interest (Sd)	7 (1,2)	5,9 (1,6)	p<0,001
Fear of Emotional Contagion (Sd)	2,3 (0,8)	3,3 (1,2)	p<0,001

[°] Sd Déviation Standard

Tableau 3c. Evolution des moyennes aux cas cliniques au sein du groupe CTR à M3 et M9

	M3	M9	p
Empathic approach (Sd) [°]	7,8 (2)	7,3 (2,1)	0,06
Rejecting Attitude (Sd)	2,8 (1)	3,4 (1,6)	p<0,001
Intellectual interest (Sd)	6,8 (1,3)	6,07 (1,4)	p<0,001
Fear of Emotional Contagion (Sd)	2,07 (0,8)	3,5 (1,3)	p<0,001

[°] Sd Déviation Standard

Questionnaire JSPE-MS (version française)

Evaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'elle le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être : 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord <small>(entourez votre réponse)</small>	
La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	1 2 3 4 5 6 7
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	1 2 3 4 5 6 7
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	1 2 3 4 5 6 7
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	1 2 3 4 5 6 7
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	1 2 3 4 5 6 7
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi	1 2 3 4 5 6 7
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.	1 2 3 4 5 6 7
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie	1 2 3 4 5 6 7
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	1 2 3 4 5 6 7
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade	1 2 3 4 5 6 7
Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	1 2 3 4 5 6 7
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	1 2 3 4 5 6 7

Cas Clinique 1

Madame X. âgée de 28 ans, prend contact avec son nouveau Médecin Généraliste, conseillée par un service hospitalier de médecine interne où elle a été hospitalisée quelques jours, en urgence, pour coma acido-cétosique chez une patiente diabétique insulino-dépendante depuis l'âge de 5 ans.

Elle a toujours été suivie par son médecin pédiatre, parti désormais à la retraite. Ce dernier, qui la connaissait depuis son enfance, avait en effet accepté de continuer à la suivre au-delà de sa majorité. On retrouve la notion de quelques hospitalisations dans l'enfance et l'adolescence en service de médecine pour « éducation thérapeutique », peu investie par la patiente, mais en ce qui concerne ces dernières années, pas de suivi régulier, pas de carnet, pas de surveillance de sa glycémie, aucun régime respecté ! Pourtant, le bilan médical effectué en médecine n'a pas retrouvé ni de rétinopathie, ni de néphropathie, ni d'atteinte cardiaque. L'HbA1c (témoin de la qualité du contrôle glycémique au cours des trois derniers mois) était légèrement élevée, mais pas aussi catastrophique que les médecins le pensaient.

Il s'agit d'une jeune femme avec un parcours familial chaotique. Madame X. évoque directement le divorce de ses parents, qu'elle considère comme l'élément déclencheur de sa maladie. Elle est l'aînée de trois sœurs. Elle décrit un père violent avec sa mère, mais pas avec elle. Actuellement, elle travaille comme serveuse dans des restaurants chics avec des clients aisés et donc beaucoup de pourboires... Les conduites addictives sont nombreuses : alcool, surtout après le service, avec ses amis, mais aussi cocaïne avec les autres serveurs, et beaucoup de benzodiazépines. On retrouve aussi la notion de conduites à risques sous forme de relations sexuelles non protégées.

Avec son ami actuel, Madame X. se décrit comme une « femme d'intérieur » qui s'occupe de toutes les tâches ménagères. En échange, l'ami lui donne la possibilité d'être dans un bel appartement, ce à quoi elle est loin d'être indifférente.

La présentation de cette patiente est très soignée. Madame X. tient à donner une image correcte d'elle-même, dit-elle, mais se décrit comme très instable, changeant souvent de restaurant, avec de nombreuses relations amoureuses, et ambivalente par rapport à son ami actuel, de 20 ans de plus qu'elle. Elle a pensé à faire des études, est allée jusqu'au bac, et son ami actuel l'y encourage et serait prêt à la financer. Elle dit se sentir dépendante de lui.

Elle décrit également une « dette » envers sa mère : elle se doit de réussir dans la vie. Elle offre d'ailleurs régulièrement des cadeaux à sa mère et à ses sœurs.

L'instabilité émotionnelle est évidente. Madame X. dit elle-même avoir peu de repères dans la vie et se décrit comme impulsive. Il n'y a jamais eu de suivi psychiatrique, ni d'hospitalisation en psychiatrie et pas d'antécédents de tentatives de suicide.

Cas clinique 2

Yasmina vient demander conseil à son médecin généraliste, qui la connaît de longue date et en qui elle a grande confiance. Il s'agit d'une patiente globalement en bonne santé en dehors d'un psoriasis survenu lorsqu'elle avait 16 ans.

Yasmina est une très belle jeune femme de 25 ans, aux traits réguliers, à l'abondante chevelure noire et lisse, portant des vêtements et des bijoux à la pointe d'une mode discrète et raffinée. Elle s'exprime dans un français impeccable, en choisissant avec soin les mots les plus adaptés à ce qu'elle désire exprimer. Elle dirige à Paris une boutique de prêt-à-porter de luxe et évolue dans un milieu qui pourrait être qualifié de « branché ».

Le psoriasis est apparu après son entrée au lycée. Yasmina est née en France de parents algériens (son père, à la retraite, était ouvrier dans une usine qui fabriquait des voitures, sa mère restait à la maison). Yasmina est la seule de la famille (6 frères et sœurs) à avoir fait des études secondaires. Elle est également la seule à souffrir de psoriasis. Depuis qu'elle est, dit-elle, adulte et autonome, elle est très bien suivie par le même dermatologue avec des traitements locaux. Cependant, depuis plusieurs mois, elle ne supporte plus son psoriasis : cela devient une obsession, le matin elle se précipite dans la salle de bain pour scruter son visage et son corps ; elle se sent défigurée, horrible, elle se demande ce qui va apparaître sur sa peau et que tout le monde va voir, elle évite les sorties.

Yasmina a entendu parler d'un nouveau traitement par voie générale (biothérapies) qui guérirait son psoriasis. Elle désire en bénéficier, même si ce traitement comporte des risques. Elle n'a pas osé en parler à son dermatologue habituel.

Les lésions psoriasiques de Yasmina sont localisées (coudes, genoux) et épargnent toutes les autres parties du corps (y compris les mains, le visage et la région génitale...).

Depuis un an Yasmina ne voit plus sa mère, qu'elle décrit comme une femme dure, exigeante, injuste avec elle. Yasmina a rompu parce que sa mère ne cessait de lui reprocher de ne pas venir voir régulièrement ses parents et de ne pas aider ses frères, elle qui « avait réussi ». Elle s'est toujours sentie la mal aimée de la famille. Yasmina pense qu'elle déteste sa mère, même si ce sentiment l'horripile. Le dermatologue apprendra aussi que Yasmina s'est fait refaire le nez pour ne pas ressembler à sa mère et qu'elle lisse chaque matin ses cheveux qui frisent naturellement.

Il y a quelques mois, Yasmina a rencontré un homme de son âge, informaticien, un pur « français » (selon l'expression de Yasmina), avec des parents gentils, cultivés et fortunés, qu'elle ne veut pas rencontrer pour le moment.

Questionnaire des cas cliniques

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
1. L'histoire de Mme X. vous touche-t-elle ?	0	0	0	0
2. L'attitude de Mme X. vous agace-t-elle ?	0	0	0	0
3. Trouvez-vous Mme X. attachante ?	0	0	0	0
4. Trouvez-vous le cas de Mme X. intéressant ?	0	0	0	0
5. En écoutant Mme X., vous paraît-il naturel de vous mettre à sa place ?	0	0	0	0
6. Mme X. vous donne-t-elle l'impression de perdre votre temps ?	0	0	0	0
7. Être absorbé par le vécu de Mme X. peut-il vous gêner dans la rigueur de votre démarche diagnostique et thérapeutique ?	0	0	0	0
8. Prendre en charge Mme X. peut-il vous apprendre quelque chose sur votre métier ?	0	0	0	0

RESUME

Evaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'Empathie des étudiants de DFASM1 à 6 mois

Objectif: L'empathie est une compétence indispensable à développer chez tout étudiant en médecine pour améliorer leur prise en charge du patient mais aussi pour leur épanouissement professionnel. A Paris Descartes, en DFAMS1 existe deux enseignements de l'empathie: une Formation à la Relation Thérapeutique type groupe Balint (FRT) et une formation de Médecine Narrative. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une Formation à la Relation Thérapeutique versus la Médecine Narrative sur l'empathie des étudiants en DFASM1, à 6 mois de la fin de la FRT.

Méthode: C'est une étude interventionnelle auprès d'étudiants en DFAMS1, randomisés en 2 groupes, l'un ayant des séances de Formation à la Relation Thérapeutique, l'autre des séances de Médecine Narrative, durant 3 mois. Une mesure de l'empathie a été effectuée avant la formation et 6 mois après via 1 échelle d'auto évaluation, la JSPE-MS, ainsi qu'un questionnaire de 8 items sur un cas clinique. Les questionnaires étaient remplis en ligne, via une plateforme numérique dédiée. Le critère de jugement principal est le score à l'échelle JSPE-MS. L'analyse principale est faite par un test de Student comparant les moyennes des scores JSPE-MS à 6 mois.

Résultats: 262 étudiants ont été randomisés au total, 131 dans le groupe FRT et 131 en Médecine Narrative. Il n'y avait pas de différence significative des mesures au départ. Le score moyen à la JSPE-MS avant la Formation était respectivement de 105,5 et de 104,2, dans les groupes FRT et Médecine Narrative. A 6 mois il a diminué de manière significative à 92,8 et 92,6.

Conclusion: L'empathie à 6 mois des étudiants a diminué malgré les formations mises en place.

Mots clés (français) : Empathie, Groupe Balint, Médecine Narrative, Jefferson Scale of Physician Empathy, Etudiants en Médecine

Impact of a Balint-group like training on medical students' empathy, at 6 months

Objective: Empathy is an essential skill for medical students to learn in order to improve their therapeutic relationship with the patient but also for their own satisfaction. In order to do so, two courses are provided for the 3rd year medical students in our university : narrative medicine and a Balint-group like training. The objective of this study is to assess the influence of the latter on the 3rd year students' empathy, 6 months after the end of the training.

Methods: It was a randomised study amongst 3rd year medical students. They were divided in 2 groups, one following the usual Narrative Medicine course for 3 months and the other one the Balint group like training for 3 months as well. A measure of empathy using the JSPE-MS and another questionnaire based on fictional clinical cases was done before the training and 6 months after the end of it. Students could filled the two tests on their computer through the digital platform of the university. The main outcome of our study was the JSPE-MS score. We used a Student test to compare the mean scores of the JSPE-MS at 6 months.

Results: 262 students were randomized in the 2 groups. There were no differences of measures at baseline, the mean score of JSPE-MS was 105,5 and 104,2, respectively in the Balint group and in the Narrative Medicine group. At 6 months, there was a significant drop in both groups with a mean JSPE-MS score of respectively 92,8 and 92,6.

Conclusion: Despite the courses provided by the university, empathy scores of 3rd year medical students decreased 6 month after the end of the Balint group like training.

Keywords : Empathy, Balint group, Narrative Medicine, Jefferson Scale of Physician Empathy, medical students,

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06