



HAL
open science

Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS (examen clinique objectif structuré)

Claire Piedfer

► To cite this version:

Claire Piedfer. Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS (examen clinique objectif structuré). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01888732

HAL Id: dumas-01888732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01888732v1>

Submitted on 5 Oct 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° 291

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS (examen clinique objectif structuré)

Présentée et soutenue publiquement
le 21 novembre 2017

Par

Claire PIEDFER

Née le 25 mai 1987 à Rueil Malmaison (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU

M. Le Professeur Alain Cariou, PU-PH



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

Remerciements

Merci à ma directrice de thèse, le Dr Buffel du Vaure Céline, pour m'avoir guidée tout au long de ce travail. Merci pour ton aide et tes conseils.

Merci aux Professeurs Corcos Maurice, Jaury Philippe, Cariou Alain d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci à mes amis qui m'ont accompagnée tout au long des mes études :

Marie, du foyer d'étudiante à la Bretagne, tellement de bons souvenirs partagés !

À tous mes amis médecins et futurs médecins : Morgane, Rapha, Aurore, Léa, Rebec, Flo, Diane, Lydie, Gwen, Hélène, Rathana, Duy, Sarah, Kamir, Linda

À tous mes amis non médecins : Mathilde, Rozenn, Charles, Piero, Hugo, Béranger, Adeline, Anthony, Sylvain

Chloé, merci pour ton accueil, ta bonne humeur et ta patience au cabinet.

Ludivine pour nos petits week-ends entre cousines et ton soutien précieux.

Merci à mes parents et à mon grand frère Jérôme pour leur écoute, leur réconfort et leurs encouragements.

Table des matières

I.	Introduction	6
II.	L'empathie	7
1.	Généralités.....	7
2.	Les 4 dimensions de l'empathie.....	8
3.	L'empathie clinique	8
•	Évolution de la relation médecin-malade	8
•	Qu'est ce qu'un bon médecin ?.....	9
•	L'empathie au centre de la relation médecin malade.....	9
•	Différentes approches	10
4.	Bénéfices de l'empathie	11
III.	Évolution de l'empathie au cours des études médicales.....	12
1.	Compétence	12
2.	Constat d'un manque.....	12
3.	Diminution de l'empathie au cours des études médicales.....	13
4.	Explications	13
5.	Les formations.....	14
IV.	Mesure de l'empathie dans le domaine médical	15
1.	La JSPE	16
2.	La CARE.....	16
3.	LES ECOS.....	17
V.	Balint	19
1.	Biographie	19
2.	Les concepts "Balintiens"	19
3.	Groupe Balint	21
•	Fonctionnement des groupes Balint	21
•	Spécificités des groupes Balint pour étudiants	22
4.	Apport des groupes Balint dans la relation médecin -malade.....	23
VI.	Matériel et méthodes	24
1.	Type d'étude	24
•	Randomisation	24
•	Aveugle.....	24

2.	Population étudiée	24
3.	Intervention	24
	• Groupe Intervention : Formation à la Relation Thérapeutique type Balint	24
	• Groupe contrôle	25
4.	Déroulement de l'étude	26
5.	Critères de jugement	27
	• Critère de jugement principal	27
	• Critère de jugement secondaire	27
6.	Analyses statistiques	27
VII.	Résultats	29
1.	Description de la population	29
2.	Critère de jugement principal	31
3.	Critère de jugement secondaire	32
	• Résultats des grilles CARE	32
	• Résultats des questionnaires JSPE	33
	• Propriétés psychométriques des grilles ECOS : approche exploratoire	34
VIII.	Discussion	41
1.	Synthèse des résultats	41
2.	Validité interne	42
3.	Validité externe	44
4.	Ouverture	46
IX.	Conclusion	50
X.	Bibliographie	51
XI.	Annexes	56
1.	Grilles ECOS A	56
2.	Grilles ECOS B	59
3.	Grille CARE	63
4.	Questionnaire JSPE	64

Liste des abréviations :

CARE : Consultation And Relational Empathy Measure

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré (OSCE : Objective Structured Clinical Examination)

ED : Enseignement dirigé

EMPATHIE 4 : Etude Multi-sites de Promotion d'une Attitude Humaniste par une Intervention ciblant L'Empathie

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

GC : Groupe Contrôle

GI : Groupe Intervention

IRI : Interpersonal Reactivity Index

JSPE-MS: Jefferson Scale of Physician Empathy for Medical Students

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

L'empathie est au cœur de la relation de soin. Le diplôme de formation approfondie en sciences médicales comprend sept compétences génériques devant être acquises par les futurs étudiants. L'une de ces compétences est la capacité d'établir une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie avec les patients, les membres de la famille, les collègues et les soignants (1).

L'empathie peut être définie comme l'aptitude à s'efforcer de voir et sentir à partir du point de vue d'une personne(2).

De nombreuses études se sont attachées à comprendre l'impact de l'empathie sur la relation construite entre un médecin et un patient (3). L'empathie permettrait une meilleure prise en charge des patients. Elle permettrait également aux médecins d'acquérir un meilleur épanouissement dans leur vie professionnelle en améliorant leur bien être(4).

Cependant, l'empathie semble décroître au cours des études médicales (5). Peu d'enseignements spécifiques sont suffisamment validés pour développer cette compétence. Une étude récente suggère que la Formation à la Relation Thérapeutique, s'inspirant des groupes Balint améliorerait les capacités empathiques des étudiants en DFASM1(4^e année)(6).

Dans une première partie, nous définirons la place de l'empathie au sein de la relation médecin-malade. Puis nous étudierons son enseignement et son évolution au cours des études médicales. Nous décrirons ses méthodes de mesure. Enfin nous évoquerons la biographie et l'œuvre de Michael Balint.

Nous évaluerons dans une seconde partie l'efficacité d'un enseignement Formation à la relation Thérapeutique s'inspirant des groupes Balint chez les étudiants en DFASM1 à partir d'une mesure de l'empathie clinique lors d'une consultation simulée dans le cadre d'un Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS).

II. L'empathie

1. Généralités

La définition de l'empathie donnée par le Larousse est " la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent"(7).

Le terme empathie vient du mot allemand "Einfühlung". Il a été inventé au 19e siècle par Robert Vischer pour désigner l'empathie esthétique. Il désignait alors la projection au travers de laquelle un sujet était supposé comprendre une œuvre d'art. La notion est reprise en 1903 dans le domaine de la philosophie par Lipps. En 1909, l'empathie apparaît en psychologie avec le britannique Titchener qui traduit le terme "Einfühlung" en "empathy".

Initialement, l'empathie a été décrite comme un concept unidimensionnel avec une composante affective (réaction émotionnelle en réponse aux émotions de l'autre).

En 1932, les travaux de Mead et Piaget mettent en évidence une dimension cognitive et introduisent le concept multidimensionnel de l'empathie. L'empathie cognitive peut être définie comme le fait de comprendre les émotions des autres grâce à une capacité consciente de se mettre à la place d'autrui (8).

Decety explique dans un modèle neurocognitif que l'empathie repose sur deux composantes qui interagissent: une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont comme nous et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui(9).

Il convient de distinguer l'empathie de la sympathie et de la compassion.

Les nombreux travaux de recherche montrent bien que la définition de l'empathie est large et variable en fonction du domaine d'application et qu'il y a une absence totale de consensus (10).

2. Les 4 dimensions de l'empathie

Quatre composantes, complémentaires et dépendantes les unes des autres, ont été décrites par Morse dans une revue de la littérature en 1992(11) :

1- L'empathie **cognitive** est la faculté d'identifier et de comprendre les émotions des autres, grâce à une capacité consciente de se mettre à la place d'autrui.

2- L'empathie **affective** est définie comme le fait de partager les émotions du patient. Il s'agit de l'expérimentation subjective du ressenti des émotions du patient. On parle de résonance émotionnelle. C'est une dimension inconsciente de l'empathie qui se met en place dès les premiers mois de vie grâce aux neurones miroirs.

3- L'empathie **morale** est la motivation à être empathique.

4- L'empathie **comportementale** est la capacité à transmettre cette compréhension au patient. Elle correspond à la sollicitude.

Ces 4 éléments ne sont pas toujours présents ni de valeur égale dans les diverses définitions retrouvées. Cependant, la dimension cognitive est toujours retrouvée.

3. L'empathie clinique

• Évolution de la relation médecin-malade

La relation médecin-malade fait interagir 3 acteurs principaux : le patient, le médecin et la maladie.

Historiquement, la relation médecin malade était construite sur un modèle paternaliste, une relation asymétrique où le médecin est tout puissant et le patient passif. Le patient a une confiance totale en son médecin, qui détient le savoir et prend les décisions seul.

L'autonomie du patient s'est peu à peu développée à partir du XXème siècle. La relation tend à devenir contractuelle et symétrique. Elle évolue actuellement vers un modèle de décision partagée depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(12).

Les progrès de la science ont également fait évoluer la relation médecin malade. La deshumanisation de la médecine, le manque de temps, le stress et l'informatisation diminuent les capacités d'écoute du praticien.

Les grands principes actuels de la relation médecin-malade sont les suivants :

- respect de la dignité de la personne humaine,
- non-discrimination,
- secret médical,
- consentement libre et éclairé,
- principe de bienfaisance : le médecin promeut auprès de la personne malade la décision qui lui paraît la plus avantageuse pour ce dernier,
- empathie et écoute,
- confiance mutuelle,
- adaptation permanente en vue d'aboutir à une décision médicale partagée.

- **Qu'est ce qu'un bon médecin ?**

Une revue de la littérature de 2010 classe les qualités du "bon médecin" en 3 catégories (14):

- les compétences médicales,
- les compétences relationnelles dans la relation avec le patient et dans la relation avec les collègues,
- les valeurs morales éthiques.

Une autre étude s'est intéressée plus spécifiquement à la définition du "bon médecin" par le patient. La majorité des patients font une grande différence entre "le médecin" et "le bon médecin". La définition du "bon médecin" porte d'avantage sur ses habiletés de communication et ses qualités humaines et professionnelles dans ses typologies affectives et relationnelles (15).

- **L'empathie au centre de la relation médecin malade**

La relation empathique peut se définir comme un processus qui guide les réponses successives du médecin dans le sens de la rencontre et favorise l'élaboration cognitive(16).

Schématiquement, ce processus se déroule en six étapes :

1. reconnaître les moments d'émotion ;
2. demander au patient ce qui se passe ;
3. nommer l'émotion ;
4. la légitimer ;
5. respecter les efforts du patient pour faire face ;
6. lui offrir aide et soutien pour le futur.

Le médecin invite le patient à qualifier son propre vécu émotionnel et à évoquer le contexte événementiel et signifiant auquel il se rattache. Il légitime l'émotion éprouvée et exprimée par le patient. Pour légitimer l'état du patient, le médecin doit pouvoir reconnaître que les sentiments du patient sont tout à fait compréhensibles et « normaux » dans sa situation. Cela lui permet de respecter les actions entreprises jusque-là par le patient pour y faire face. C'est à cette condition seulement qu'il peut lui offrir un soutien pour le futur. La légitimation du vécu du patient est le point central de la relation empathique. Elle donne au patient la confirmation que le médecin peut le comprendre, peut reconnaître le bien-fondé de ses pensées et de ses émotions(17).

- **Différentes approches**

Carl Rogers (1902-1987), psychosociologue américain est l'un des premiers à avoir étudié l'empathie dans la relation médecin-malade par ses travaux sur l'Approche Centrée sur la Personne (18). Il définit l'empathie comme moyen thérapeutique.

Sa thérapie repose sur la conviction que l'homme possède un fort potentiel d'évolution et d'épanouissement inné qui se développe de lui-même. Il s'agit donc de relancer ce processus spontané qui a été entravé. Le thérapeute doit garder à l'esprit que les sentiments du patient ne sont pas les siens. Il doit les interpréter et agir en conséquence de manière objective.

Pour Hojat, professeur de recherche en psychiatrie sur le comportement humain au 21ème siècle, les soignants tentent de répondre à la souffrance de leur patient par une attitude principalement cognitive (19).

Cependant, cette tendance à une définition cognitive, neutre contrôlée et scientifique de l'empathie est critiquée.

Balint a redonné une place plus importante à la dimension affective avec son travail sur la relation médecin-malade et la création des groupes Balint(20). Le médecin doit accepter et comprendre ses émotions pour améliorer sa relation avec ses malades. Dans son ouvrage Techniques psychothérapeutiques en médecine , il différencie deux sortes de compréhensions: l'une intellectuelle, indispensable, liée à la démarche clinique et à l'établissement du diagnostic et l'autre, émotionnelle qui est au cœur du travail de ses groupes.

La dimension affective de l'empathie clinique a également été revalorisée par Halpern en 2003 qui souligne l'inefficacité d'une empathie sans émotions(21).

4. Bénéfices de l'empathie

Les bénéfices d'une relation médecin-malade empathique pour les patients sont multiples :

- augmentation de la satisfaction des patients (22,23),
- augmentation de la compliance aux traitements pour les maladies chroniques (24),
- augmentation de l'efficacité des soins en diminuant les test diagnostiques et les avis des spécialistes (25),
- amélioration de paramètres cliniques objectifs(26) et biologiques (27),
- diminution de l'anxiété des patients et meilleure compréhension des patients sur l'évolution et les complications possibles de leur maladie (28),
- favorise l'autonomie du patient ,
- diminution des procès en cas de litiges (29).

Cette relation empathique permettrait également aux médecins d'acquérir un meilleur épanouissement dans leur vie professionnelle en améliorant leur bien être(4). Elle améliorerait leurs performances et leurs compétences médicales (30).

Derksen a publié en 2013 une revue de la littérature sur l'apport de l'empathie en Médecine Générale où l'on retrouve les mêmes notions citées plus haut (3).

III. Évolution de l'empathie au cours des études médicales

1. Compétence

L'empathie comme moyen de communication, verbal et non verbal d'une relation, est devenue une compétence médicale dans les recommandations.

En France, un rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2001 rappelle que : « La place de l'écoute doit être considérée comme le premier élément de l'acte médical. [...] La revalorisation de cet acte reste la base de sa reconnaissance par le patient »(31).

Le Collège national des Généralistes enseignants a créé la marguerite des compétences à partir de la loi HPST de 2009 (hôpital, patients, santé, territoire)(32). Au cœur de cette marguerite se trouve la relation médecin-malade.

L'empathie est particulièrement importante en Médecine Générale, qui se distingue des autres spécialités par une approche bio-psycho-sociale complexe où le médecin a un rôle d'interlocuteur privilégié.

La revue de littérature de Pedersen, publiée en 2010, l'illustre bien: l'empathie est une compétence médicale nécessaire à de nombreuses situations cliniques(33).

2. Constat d'un manque

Le consensus de Toronto de 1991 rapporte le constat d'un manque dans la communication médecin-malade : interruption trop rapide des patients, absence d'entente sur le motif de consultation, manque de reconnaissance des préoccupations du patient (34).

Devant ce constat, l'accent est alors mis sur la communication dans la relation médecin malade. La conférence de consensus de Kalamazoo en 1999 promeut une relation médicale centrée sur le patient(35).

3. Diminution de l'empathie au cours des études médicales

L'empathie semble décroître au cours des études médicales. Une méta-analyse effectuée en 2011 par Neumann et al. reprenait toutes les études réalisées sur l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine. Sur les 18 études retenues, 15 montraient un déclin significatif de l'empathie au cours de leur cursus, alors que les 3 autres montraient soit une stabilité soit une décroissance non significative de l'empathie(5).

En 2004, Hojat et al ont mesuré l'empathie de 125 étudiants en médecine au début puis à la fin de leurs trois années d'études par l'échelle d'auto-mesure de l'empathie JSPE. Ils ont constaté une baisse significative de cinq items et du score global JSPE(36).

Une autre étude publiée en 2009 a mesuré la JSPE sur 456 étudiants au cours de leur cursus et montre une stabilité de l'empathie durant les deux premières années d'étude puis un déclin de l'empathie lors de la troisième année(37).

4. Explications

- l'hidden curriculum

Il existe trois formes d'enseignements au cours des études médicales : (38)

- le curriculum formel correspond à l'enseignement théorique à la faculté,
- le curriculum informel que l'étudiant découvre à l'hôpital,
- le curriculum caché ou "hidden curriculum" qui correspond aux expériences vécues en pratique et leurs influences sur l'image du médecin que l'étudiant se forme.

Beaucoup d'auteurs ont imputé le déclin de l'empathie chez les étudiants en médecine à l'influence de l' « hidden curriculum » et notamment à l'influence du comportement des médecins rencontrés par les étudiants, leurs mentors et supérieurs. Ce modèle d'identification peut être inadéquat si ce mentor ne montre pas d'empathie (39).

La désillusion traumatique lors du contact avec les premiers malades agit également sur ce facteur.

- le stress des études médicales

L' anxiété, le stress des responsabilités et de l'internat, le manque de sommeil et la mauvaise qualité de vie engendrent des sentiments négatifs et une augmentation du cynisme chez les étudiants en médecine associé à une baisse de l'empathie (4,38).

- la modernisation de la médecine

Une méta analyse sur l'évolution de l'empathie perçue par des étudiants en médecine de 1979 à 2009 a montré que les étudiants en médecine en 2009 avaient environ 40% en moins d'empathie que des étudiants d'il y a 20 à 30 ans(40).

Depuis le milieu du 20ème siècle et l'évolution des connaissances médicales, l'enseignement de la médecine donne une large part au savoir biomédical et à la médecine fondée sur des preuves (concept de l'Evidence-Based Médecine (EBM)). La part dédiée à l'enseignement de la relation médecin-patient est peu développée.

5. Les formations

Plusieurs revues de la littérature décrivent les méthodes qui permettent de développer l'empathie. Elles se concentrent sur la communication avec le patient, de manière hypothétique ou pratique en revenant sur des situations vécues (41–43).

Voici les moyens d'enseignement utilisés:

- Enseignements aux techniques de communication (verbale et non-verbale);
- Enseignements basés sur la critique de consultations filmées vidéo;
- Groupes d'échanges;
- Enseignements théoriques à l'empathie et l'éthique;
- Cours de spiritualité et de bien-être;
- Accompagnement d'un patient lors d'une consultation médicale;
- Hospitalisation de l'étudiant de 24 à 30h consécutives;
- Jeux de rôle, théâtre;
- Ecriture réflexive;
- Groupes Balint.

Cependant, ces formations sont très variables dans leur nombre d'heures totales de formation (2 à 64 heures), dans leur fréquence (1 session par jour ou une tous les 6 mois) et leur durée (2 semaines à 2 ans)(43).

L'hétérogénéité des formations et des échelles de mesure d'empathie utilisées ne permet pas de comparaison. Il est ainsi difficile de retirer des recommandations sur les caractéristiques optimales de ces formations.

De plus, on ne connaît pas l'efficacité sur le long terme de ces interventions, ces études étant en général sur une durée courte.

Il faut donc continuer à réfléchir à de meilleurs moyens, plus pratiques, plus pérennes, pour l'enseigner.

IV. Mesure de l'empathie dans le domaine médical

L'évaluation de l'empathie par auto-évaluation est la méthode la plus répandue mais il existe de nombreuses autres méthodes de mesure.

Une revue de la littérature montre que l'empathie peut être mesurée de trois façons (44):

- **par auto-évaluation** : le médecin s'auto-évalue par des questionnaires standardisés. L'échelle la plus utilisée est la JSPE.

- **par hétéro-évaluation par le patient** : évaluation de l'empathie du médecin par des questionnaires remplis par le patient. Sa mesure par l'échelle CARE a été retenue pour sa validité et sa fiabilité.

- **par une tierce personne** : évaluation par un observateur présent lors de la consultation.

L'évaluation par des pairs a également été proposée dans un but pédagogique, pour augmenter la cohésion et le sens des responsabilités(45).

1. La JSPE

La Jefferson Scale of Physician Empathie (JSPE) est une échelle d'auto-évaluation conçue par la psychiatre Hojat en 2001(46). Elle a été validée dans le cadre de la pratique médicale, ainsi que dans sa version en français pour les médecins(44). Il existe deux versions : la JSPE pour les médecins et la JSPE MS (medical student) pour les étudiants en médecine (ce sont les mêmes questions mais à la troisième personne).

Le questionnaire de la JSPE comprend 20 items, dont les réponses sont notées par un nombre : de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord ». Les scores s'échelonnent donc entre un minimum de 20 et un maximum de 140.

Les 20 items peuvent se regrouper en trois dimensions :

- « Perspective taking » : capacité à adopter et comprendre le point de vue du patient (items 2,4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20)

- « Compassionate care » : attention et importance données aux émotions de l'autre (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19)

- « The ability to stand in the patient's shoes » : capacité à se mettre à la place du patient. (items 3, 6)

2. La CARE

La CARE (Consultation And Relational Empathy) est une échelle d'hétéro-évaluation à une seule dimension composée de 10 items, dont les réponses sont notées de 1 à 5 (insuffisant =1; moyen=2; bon=3; très bon=4; excellent=5). Le médecin est dans ce cas évalué par son patient ou un « patient standardisé » (joué par un acteur).

Cette échelle est validée dans le cadre de la médecine ambulatoire pour les médecins généralistes, ainsi que pour les étudiants en médecine durant leur formation en médecine générale(47).

3. LES ECOS

Développé par Harden en 1975, l'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) a été dénommé le «gold standard» pour évaluer la compétence clinique (48).

L'utilisation de patients standardisés (ou simulés) est une technique née aux Etats-Unis en 1963. C'est le Dr. Howard Barrows, neurologue, enseignant à l'Université de Californie du sud (Los Angeles) qui en fit la première expérience avec un cas simulé de sclérose en plaque paralysante.

Dès 1984, plusieurs universités introduisirent un programme de patients standardisés dans leur cursus. C'est le Conseil médical du Canada qui fut le premier à utiliser des patients standardisés pour son évaluation en 1993. Aujourd'hui, cette méthode est adoptée par une majorité de facultés de médecine dans le monde. L'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) est considéré comme l'instrument se rapprochant le plus de l'évaluation idéale de la compétence clinique.

Son principal inconvénient est sa faisabilité. Sa mise en place et sa réalisation sont chronophages et coûteuses en raison notamment des besoins en évaluateurs, en patients standardisés et en locaux adaptés.

L'ECOS est un examen à stations multiples. Chaque station propose un patient réel ou simulé. Le patient simulé apprend un scénario par cœur, expose son problème de santé et répond aux questions conformément au scénario. Les étudiants sont évalués dans chaque station par des observateurs, qui disposent d'une grille d'évaluation prédéfinie.

Un cas d'ECOS doit ainsi contenir plusieurs documents : (49)

1- une grille d'évaluation spécifique à la station d'ECOS. Elle traduit les objectifs de l'ECOS en termes de tâches à effectuer au cours de la consultation. Il doit y avoir 2 versions de cette grille :

- une grille non pondérée remplie par l'examineur pendant la consultation simulée : chacun des items est noté comme réalisé ou non.

- une grille pondérée préalablement à la passation d'ECOS. Elle met en relief les items les plus pertinents pour la validation de la compétence ciblée. Elle est remplie à posteriori pour établir la note finale de l'étudiant.

2- une grille "comportement" identique dans toutes les stations d'ECOS. Elle est constituée d'items sur les capacités à reformuler, à vérifier la compréhension et sur la qualité des conseils donnés.

3- le scénario pour le "patient acteur" : il s'agit d'un scénario très détaillé qui précise à l'acteur l'attitude que le patient devrait avoir, certaines phrases qu'il doit obligatoirement prononcer, les items qu'il doit spontanément évoquer et ceux à ne mentionner qu'en réponse à une question de l'étudiant.

4- le scénario destiné à l'étudiant évalué : il s'agit de quelques courtes phrases afin de présenter brièvement le patient et le motif de consultation.

Les éléments évalués sont les suivants:

- la relation médecin-patient;
- les connaissances médicales;
- les aptitudes cliniques;
- les compétences médicales telles que la collecte de données, les habiletés de raisonnement clinique et les habiletés de leadership;
- l'examen physique;
- la démonstration d'un comportement éthique et professionnel;
- les aptitudes à communiquer.

En plus d'être un moyen d'évaluation de la compétence clinique (ECOS normatifs), l'ECOS peut aussi être utilisé comme un outil de formation (ECOS formatif).

V. Balint

1. Biographie

Michael Balint est né le 3 décembre 1906 à Budapest. Il arrive à Londres en 1946 où il travaille en tant que psychiatre à la clinique de Tavistock. C'est là qu'il rencontre Enid Albu Eichholtz qui deviendra sa troisième épouse. Enid Balint l'initie à la méthode des cas (case work) qui permet aux travailleurs sociaux d'échanger sur des récits de cas en groupe. De là sont nés les groupes de paroles destinés aux omnipraticiens connus sous le nom de groupe Balint.

Michael Balint publie un article en 1955 intitulé « Le médecin, son malade et la maladie ». Le livre du même nom sort en 1957. Ce livre aborde les enjeux d'une relation médecin-malade de bonne qualité, en prenant exemple sur des cas présentés par des médecins lors de groupe Balint. L'auteur décrit l'importance d'une prise en charge globale du patient, dénonce la dilution des responsabilités et la collusion de l'anonymat.(20)

2. Les concepts "Balintiens"

Les principaux concepts de la théorie de Balint sont les suivants :

- Le remède médecin

Le médecin lui-même aurait des effets thérapeutiques , mais aussi des effets secondaires indésirables.

« La personnalité du médecin exerce souvent plus d'effet sur le malade que le traitement prescrit ».

- Les différents niveaux de diagnostic

M.Balint différencie le diagnostic focal centré sur la maladie et le diagnostic approfondi qui permet d'inclure l'histoire du patient et de ses symptômes dans son environnement culturel social et spirituel.

- La compagnie d'investissement mutuel

Le diagnostic approfondi n'est possible « *qu'au sein de relations étroites et constantes avec le patient, qui constituent l'essence de la pratique générale* » et où patient et médecin sont, en quelque sorte, associés dans un but et intérêt commun qu'il nomme " compagnie d'investissement mutuel".

- La confusion des langues

Il s'agit des malentendus liés au langage source de souffrance. Le médecin préoccupé par sa démarche diagnostique et sa décision thérapeutique ne porte pas suffisamment d'attention à ce que le patient tente de lui dire dans un autre registre.

- La collusion de l'anonymat et dilution des responsabilités

C'est le nom que Balint donne aux effets de la multiplication des examens par les spécialistes qui n'a que pour conséquence de « diluer les responsabilités » au point de les faire disparaître.

- La fonction apostolique du médecin

Chaque médecin, porteur de ses valeurs personnelles, a sa propre représentation du malade idéal. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes, qui dépendent de sa personnalité, de son histoire et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

«La fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade... Tout se passe comme si tout médecin possédait les connaissances révélées de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir 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».

La fonction apostolique du médecin comprend aussi le besoin irrésistible du médecin de prouver à son patient, au monde entier et à lui-même, qu'il est un bon médecin, bienveillant, avisé, et efficace.

«L'immense majorité d'entre nous, entraînés que nous sommes par notre zèle apostolique, devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour convaincre nos patients – et nous-mêmes – que nous sommes des médecins bons et secourables».

C'est sur ce concept que Balint articule son travail en groupe, pour amener le médecin à comprendre les attentes du patients, en les différenciant des ses propres croyances.

« L'un des moyens essentiels d'améliorer la compétence psychothérapeutique du médecin est de le rendre conscient de la contrainte qu'exerce sur lui sa fonction apostolique et de lui permettre ainsi de ne pas la « pratiquer » automatiquement, dans tous les cas».

L'objectif des groupes Balint est d'apporter *« un changement limité bien que considérable de la personnalité du médecin ».*

3. Groupe Balint

En France, plusieurs associations proposent des groupes Balint. Les principales sont les suivantes :

- la SMB (Société Médicale Balint) créée en 1967.
- l'AREFFS (Association de Recherche, d'Etude et de Formation pour la Fonction Soignante) créée en 1975.
- l'AIPB (Association Internationale de Psychodrame Balint).

• Fonctionnement des groupes Balint

C'est un groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne.

Les participants sont des soignants qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et un à deux leaders de formation psychanalytique.

Le déroulement d'une séance de travail se construit autour de la présentation par un membre du groupe, d'une situation clinique. Les autres membres du groupe écoutent sans

l'interrompre. Puis ils peuvent réagir et intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions. Le narrateur entend et cherche à répondre aux questions tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à ce patient là.

La règle de fonctionnement est basée sur :

- la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte
- les associations libres des idées et des ressentis
- l'absence de notes
- le respect de la parole des autres sans évaluation ni jugement
- la confidentialité

Le rôle des animateurs (leaders) est :

- d'assurer la cohésion du groupe
- de contenir le travail en évitant des dérives générales, personnelles ou hors sujet
- de protéger les participants d'interpellations personnelles entre participants
- d'assurer la libre circulation de la parole
- d'amener les participants vers les rapports à l'inconscient et leur implication personnelle professionnelle dans la relation de soin
- d'aider chaque participant à s'acheminer vers la compréhension des problèmes posés dans la relation de soin et au processus psychique mais révélés dans la relation soignant-soigné
- **Spécificités des groupes Balint pour étudiants**

En 1963, à l'hôpital universitaire de Londres, Balint propose des séminaires de formation à la relation médecin-malade aux étudiants volontaires. Durant 6 mois, en parallèle de leur formation clinique, les étudiants traçaient des tableaux de la vie des patients puis en discutaient.

En France, les groupes Balint pour les étudiants en médecine sont introduit à l'hôpital de Necker dans le service du Pr Royer par le Dr Ginette Raimbault de 1965 à 1970. L'université de Bobigny (Paris 13) est la première à instaurer des groupes Balint pour étudiants en troisième cycle, avec l'aide du médecin généraliste et psychanalyste, Dr R. Gelly en 1974. En

2003, l'université Paris Descartes a mis en place une formation à la relation thérapeutique optionnelle pour les étudiants en deuxième cycle.

Les groupes Balint pour étudiants présentent les spécificités suivantes:

- relation singulière avec les patients liée à la discontinuité du suivi;
- rapidité des changements;
- contexte particulier : découverte de l'hôpital et des patients;
- en cours d'acquisition d'une identification professionnelle et de responsabilités;
- recherche de diversité et de thèmes différents;
- manque d'expérience;
- histoires plus centrées sur la relation avec l'équipe médicale qu'avec le patient;
- demandeurs de conduite à tenir claires et de protocoles objectifs;
- stress des études , besoin de stabilité , difficultés à parler des émotions (38,50);
- évaluation.

4. Apport des groupes Balint dans la relation médecin -malade

Les groupes Balint sont reconnus comme une méthode efficace de l'enseignement de la relation médecin- malade (6,51,52). Les apports décrits sont les suivants :

- amélioration des capacités psychologiques (53),
- augmentation du sentiment de compétence, développement de la conscience de soi et de l'attention à l'autre (51),
- maturation des mécanismes de défense (54).

Cependant, une revue de la littérature montre que les études sur les groupes Balint sont très variées et méthodologiquement faible et souligne l'intérêt d'approfondir les recherches dans ce domaine(55).

VI. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude ancillaire, contrôlée, randomisée, monocentrique qui s'est déroulée à l'Université Paris Descartes d' octobre 2015 à décembre 2015.

- **Randomisation**

Les étudiants en 4^e année de médecine ont été inclus par la faculté dans 3 programmes consécutifs obligatoires de 3 mois dans un ordre aléatoire. L'étude a été proposée aux 262 étudiants qui ont suivi le premier programme lors de leur premier trimestre.

Les 131 étudiants qui ont suivi les groupes Balint ont été inclus dans le groupe intervention. Les 131 autres étudiants qui n'ont pas suivi de formation spécifique ont été inclus dans le groupe contrôle.

- **Aveugle**

Les étudiants et les chargés d'ED FRT ne pouvaient pas être en aveugle de l'intervention. Les acteurs (patients simulés) et observateurs des ECOS étaient en aveugle du groupe d'intervention des étudiants.

2. Population étudiée

Les étudiants randomisés étaient des étudiants en DFASM1 (4^eme année de médecine) durant leur premier stage clinique d' octobre 2015 à décembre 2015 à Paris Descartes. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

3. Intervention

- **Groupe Intervention : Formation à la Relation Thérapeutique type Balint**

Cet enseignement obligatoire s'est déroulé sur 7 séances hebdomadaires de 1h30, échelonnées sur une période de 3 mois (d'octobre à décembre 2015), correspondant à la durée

du stage clinique des étudiants. Il devenait obligatoire dans le cadre du cursus universitaire lorsque l'étudiant était inclus.

Les étudiants ont été répartis en 10 groupes de 15 étudiants maximum formés à partir des 131 étudiants tirés au sort. Chaque groupe était animé par un formateur expérimenté dans le domaine des groupes Balint. L'enseignant restait le même pour chaque groupe. Chaque séance s'est déroulée selon les principes suivants :

1- Les étudiants et l'animateur sont assis en rond, sans table, sans dossier médical, sans prendre de notes et sans téléphone.

2- Trois règles sont rappelées: confidentialité, non-jugement, utilisation de la première personne du singulier pour l'expression.

3- L'animateur demande si un étudiant veut présenter un cas vécu en stage qui a posé un problème de relation, de communication, d'éthique ou de conscience à lui ou à l'équipe, ou la suite d'un cas dont le groupe a déjà parlé lors d'une séance précédente. Lors de chaque séance sont abordés 1, 2 voire 3 cas cliniques.

4- L'étudiant va raconter le cas tel qu'il l'a vécu en présentant le patient tel qu'il l'a ressenti, sans rentrer dans les précisions biomédicales, en évitant au maximum de généraliser.

5- Puis chacun dans le groupe peut intervenir selon ses désirs : une demande de précision, un avis, une question, un fantasme, une pensée associative... L'animateur donne la parole et laisse répondre le narrateur. Il doit respecter les silences (la règle des 15 secondes). Il doit aussi canaliser une éventuelle agressivité du groupe, ou d'un membre du groupe et recentrer sur le patient.

6- Il est possible pour l'animateur de faire de la théorie à propos d'un cas en pointant les aspects relationnels mis en œuvre lors du cas exposé mais il ne doit pas faire de conclusion ferme et définitive pour ne pas être qu'un expert et ne pas être normatif ni édicter une conduite à tenir.

- **Groupe contrôle**

Les 131 étudiants du groupe contrôle ont répondu aux questionnaires initiaux et ont participé aux séances d'ECOS. Ils n'ont pas reçu d'enseignement spécifique sur l'empathie.

4. Déroulement de l'étude

Une lettre d'information a été remise aux étudiants pour obtenir leur consentement. Ils ont rempli 2 questionnaires d'auto-évaluation de l'empathie (IRI et JSPE-St), sur la plateforme intranet Moodle, dans le lieu de leur choix, avant et 1 semaine après le déroulement de l'intervention FRT. Ils ont également tous répondu à des questionnaires sociodémographiques avant l'intervention.

À l'issue des enseignements, il a été demandé aux étudiants des 2 groupes de se prêter à une consultation simulée, avec un patient simulé par un acteur et un observateur, lors de sessions d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) de 15 minutes. Chaque étudiant a passé 2 ECOS successifs. L'ECOS A concernait une demande abusive d'antibiotique pour une rhinopharyngite virale. L'ECOS B concernait l'annonce d'une séropositivité VIH.

Dans chaque salle l'étudiant trouvait en arrivant une feuille d'instruction présentant brièvement le patient et le motif de consultation. Il n'y avait pas d'examen physique à effectuer.

Les patients-acteurs avaient reçu au préalable des directives détaillées sur le scénario du patient à interpréter.

Pendant les ECOS, un évaluateur présent et silencieux remplissait une grille d'hétéro-évaluation de l'empathie préétablie non pondérée (grille ECOS A composée de 25 items et grille ECOS B composée de 30 items). Ce rôle était tenu par les internes participants à l'étude Empathie.

Les scénarios et les grilles ECOS ont été établis au préalable par un panel d'expert composé de 4 médecins généralistes et d'un psychiatre.

Ces grilles ECOS contenaient des items généraux liés à l'empathie et des items spécifiques liés au cas clinique.

Immédiatement après la consultation simulée, l'acteur-patient remplissait une échelle d'hétéro-évaluation de l'empathie (grille CARE validée composée de 10 items).

5. Critères de jugement

- **Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal est la différence d'empathie mesurée par les observateurs lors des ECOS, entre les 2 groupes. L'empathie des étudiants est évaluée par une échelle d'hétéro-évaluation, la grille ECOS, remplie par l'observateur.

- **Critère de jugement secondaire**

Les critères de jugement secondaires sont les différences d'empathie mesurées par les grilles CARE et les auto-questionnaires JSPE entre les 2 groupes.

Les propriétés psychométriques des grilles ECOS A et ECOS B sont également étudiées.

6. Analyses statistiques

Le nombre de participant nécessaire pour l'étude EMPATHIE était de 264 pour mettre en évidence une différence avec un risque alpha de 5 % et une Puissance de 90%.

Les variables catégorielles sont décrites par des pourcentages.

Les variables continues sont décrites par des moyennes et des écarts types .

Le score final obtenu pour les grilles ECOS A est la somme des réponses obtenues aux items 1 à 25 (chaque item étant noté 1=oui ou 2=non).

Le score final obtenu pour les grilles ECOS B est la somme des réponses obtenues aux items 1 à 30.

Le score final obtenu pour les grilles CARE A et CARE B est la somme des réponses obtenues aux items 1 à 10 (insuffisant =1; moyen=2; bon=3; très bon=4; excellent=5).

Le questionnaire JSPE St est composé de 20 items notés de 1 à 7 (1 "pas du tout d'accord" à 7 "tout à fait d'accord"). Le score final de chaque item s'obtient en soustrayant le score initial à 8 pour les items 1-3-6-7-8-11-12-14-18-19 et en reprenant le score initial obtenu pour les autres items.

Les scores des grilles ECOS ont été comparés par un test de Student (comparaison de 2 moyennes).

La recherche de différences significatives d'empathie mesurée entre les deux groupes a été faite à l'aide d'une régression linéaire ajustée sur trois variables explicatives: le sexe des étudiants, la participation à la FRT et l'auto-mesure initiale de l'empathie par l'échelle JSPE St.

Les propriétés psychométriques des grilles ECOS ont été étudiées par :

- une analyse factorielle,
- le calcul du coefficient de Cronbach mesurant la validité interne,
- l'étude de corrélation entre les grilles ECOS et la grille CARE, cette dernière étant prise comme test de référence.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel et R.

VII. Résultats

1. Description de la population

131 étudiants ont été inclus dans le groupe intervention. On comptait 73 femmes (55%) et 58 hommes (44%) .

131 étudiants ont été inclus dans le groupe contrôle. On comptait 84 femmes (64%) et 47 hommes (35%).

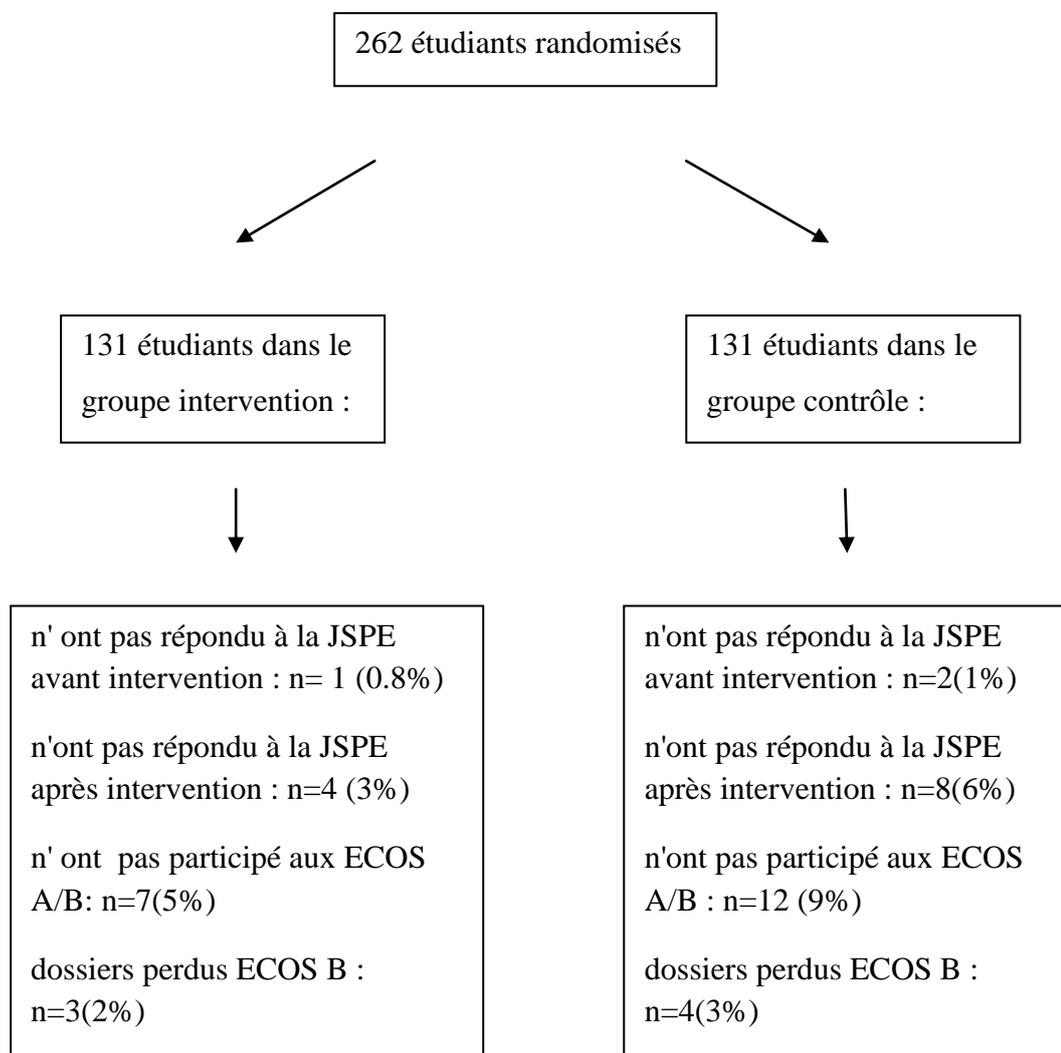


Figure 1 : diagramme de flux

Dans le groupe intervention, 130 étudiants ont répondu au questionnaire JSPE avant intervention (99%). 127 ont répondu au questionnaire JSPE après intervention (97%). 124 ont participé aux stations ECOS A et ECOS B(95%). 3 grilles ECOS B ont été perdu.

Dans le groupe contrôle, 129 étudiants ont répondu au questionnaire JSPE avant intervention (98%). 123 ont répondu au questionnaire JSPE après intervention (94%). 119 ont participé aux stations ECOS A et ECOS B(91%). 4 grilles ECOS B ont été perdu.

	Groupe contrôle (N=131)		Groupe intervention (N=131)	
	N	%	N	%
Sexe				
Hommes	47	35	58	44
Femmes	84	64	73	55
Niveau d'étude des parents				
Premier cycle	6	4.5	3	2.2
Deuxième cycle	3	2.2	7	5.3
Troisième cycle	114	87.0	117	89.3
Statut familial				
Seul	27	20.6	40	30.5
Chez les parents	57	43.5	56	42.7
En couple	11	8.4	14	10.7
Autres	22	16.8	15	11.4
Spécialité envisagée				
Anesthésie/urgence/réanimation	12	9.1	9	6.8
Chirurgie	25	19.1	16	12.2
Médecine	89	67.9	98	74.8
Psychiatrie	1	0.7	7	5.3
Spécialité non médicale	2	1.5	0	0.0

Tableau 1 : caractéristiques des participants

2. Critère de jugement principal

On ne retrouve pas de différence significative d'empathie mesurée aux grilles ECOS entre les deux groupes.

Les conditions de validité du test de Student sont respectées : les deux groupes sont indépendants, les variables suivent une loi normale (courbe gaussienne); les variances sont égales.

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grille ECOS A entre les 2 groupes ($p=0,45$).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grille ECOS B entre les 2 groupes ($p=0,96$).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grille ECOS totale entre les 2 groupes ($p=0,72$).

	Groupe contrôle moyenne (écart-type)	Groupe FRT moyenne (écart-type)	p	variance
ECOS A	29 (3.72)	16.93 (3.61)	0.45	1.06
ECOS B	16.87 (5.03)	16.89 (4.56)	0.96	1.21
ECOS T	34.05 (6.69)	33.75 (6.50)	0.72	1.06

Tableau 2 : moyenne des scores obtenus aux grilles ECOS dans le groupe contrôle et dans le groupe FRT

Nous obtenons des résultats identiques non significatifs avec le test de régression linéaire ajusté au groupe randomisé.

Les scores d'empathie obtenus entre les deux groupes ne sont pas dépendants du sexe des étudiants.

De même, les scores ne sont pas dépendant de la mesure initiale de l'empathie JSPE avant intervention.

Régression linéaire ajustée	Sexe	JSPE A	Groupe randomisé
ECOS A	p=0.64	p=0.13	p=0.48
ECOS B	p=0.73	p=0.90	p=0.96
ECOS total	p=0.76	p=0.36	p=0.72

Tableau 3 : régression linéaire ajustée au sexe, au groupe randomisé et à la mesure initiale de la JSPE pour les scores d'empathie obtenus aux grilles ECOS

3. Critère de jugement secondaire

- **Résultats des grilles CARE**

On ne retrouve pas de différence significative d'empathie mesurée aux grilles CARE entre les 2 groupes.

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grille CARE A entre les 2 groupes (p=0.19).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grilles CARE B entre les 2 groupes (p=0.45).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la grille CARE totale (p=0.89).

	Groupe contrôle	Groupe FRT	p
	Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)	
CARE A	33.16 (8.96)	31.59 (9.98)	0.19
CARE B	29.49 (9.18)	30.42 (10.06)	0.45
CARE T	62.28 (13.76)	62.03 (16.01)	0.89

Tableau 4 : moyennes des scores obtenus aux grilles CARE dans le groupe contrôle et dans le groupe FRT

- **Résultats des questionnaires JSPE**

Les résultats montrent une différence significative des capacités empathiques mesurées par la JSPE sur le groupe FRT par rapport au groupe contrôle après intervention (p=0.04).

	Groupe contrôle	Groupe FRT	p
	Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)	
JSPE avant	109.6 (11.9)	110.6 (9.36)	0.47
JSPE après	107.9 (13.21)	110.10 (11.38)	0.04

Tableau 5 : moyennes des scores obtenus aux questionnaires JSPE avant et après intervention dans le groupe contrôle et le groupe FRT

- **Propriétés psychométriques des grilles ECOS : approche exploratoire**

Grille ECOS A

- analyse factorielle

Afin de déterminer le nombre de dimensions de la grille ECOS A, plusieurs analyses ont été effectuées.

Le diagramme des valeurs propres met en évidence 2 dimensions principales (Figure 2).

Une analyse factorielle en rotation Varimax a été effectuée pour mettre en évidence les différentes dimensions et les items qui s’y rattachaient (Tableau 6).

Le premier facteur contient 10 items (items 1,2,5,7,8,11,17,21,24,25) . Le deuxième facteur contient 7 items (items 3,9,10,14,16,19,23).

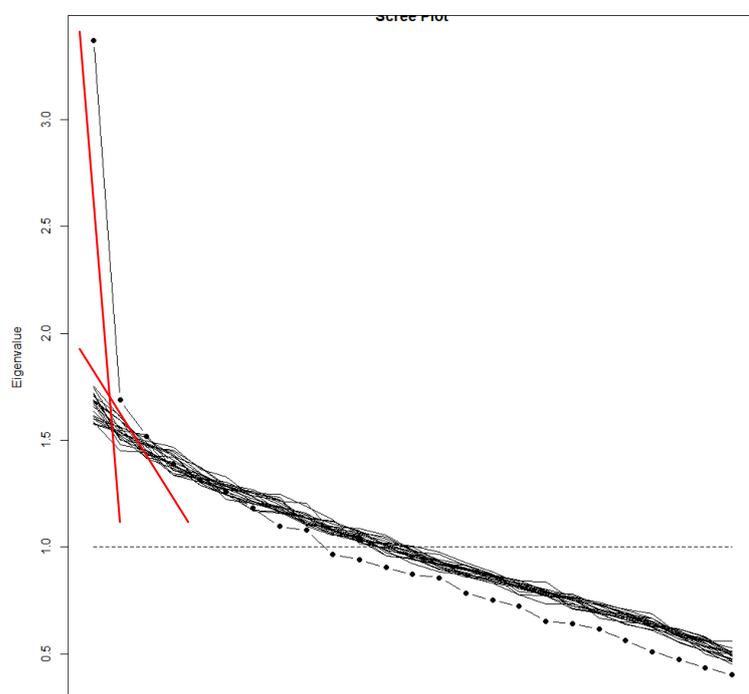


Figure 2 : diagramme des valeurs propres de la grille ECOS A

ECOS A	Facteur 1	Facteur 2
Q1	0.118	
Q2	0.294	-0.148
Q3		0.265
Q4	0.120	0.118
Q5	0.436	0.276
Q6		
Q7	0.335	0.158
Q8	0.481	
Q9	0.309	0.517
Q10	0.120	0.531
Q11	0.301	0.200
Q12	0.410	0.428
Q13	0.266	0.330
Q14		0.334
Q15		
Q16		0.136
Q17	0.663	-0.238
Q18	0.114	0.108
Q19		0.189
Q20	0.297	0.310
Q21	0.326	0.220
Q22		
Q23		0.151
Q24	0.377	0.207
Q25	0.113	

Tableau 6 : analyse factorielle en rotation varimax de la grille ECOS A

- calcul du coefficient de Cronbach

Le coefficient de Cronbach est mesuré à 0.70 pour la grille ECOS A. Il examine le degré de cohérence entre les items du questionnaire. Il est jugé satisfaisant.

- coefficient de corrélation entre la grille ECOS A et la grille CARE

Le coefficient de corrélation de Pearson a été calculé entre chaque sous-dimension de la grille ECOS A, ainsi que sur les totaux, afin d'établir la concordance entre la grille ECOS A et la grille CARE. Nous rappelons que la grille CARE est une échelle d'hétéro-évaluation de l'empathie par le patient déjà validée à une seule dimension.

Le coefficient de corrélation entre la grille ECOS A totale et la grille CARE est faible (= 0.46).

Le coefficient de corrélation entre la sous dimension 1 de la grille ECOS A et la grille CARE est faible (=0.44).

Le coefficient de corrélation entre la sous dimension 2 de la grille ECOS A et la grille CARE est très faible (=0.22).

- comparaison des moyennes obtenues à chaque sous dimension de la grille ECOS A

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la première dimension de la grille ECOS A entre les 2 groupes ($p=0,52$).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la deuxième dimension de la grille ECOS A entre les 2 groupes ($p=0,90$).

ECOS A	Groupe contrôle Moyenne	Groupe FRT Moyenne	p
Dimension 1	7.01	6.85	0.52
Dimension 2	4.48	4.50	0.90

Tableau 7 : moyenne des scores obtenus à chaque sous dimension de la grille ECOS A , dans le groupe contrôle et dans le groupe FRT

Grille ECOS B

- analyse factorielle

Le diagramme des valeurs propres met en évidence 2 dimensions principales (Figure 3).

Le premier facteur contient 21 items (items 2,4,5,6,7,8,11,12,13,14,15,16,17,18,20,22,24,25, 26, 29,30) . Le deuxième facteur contient 4 items (items 3,10,19,23).

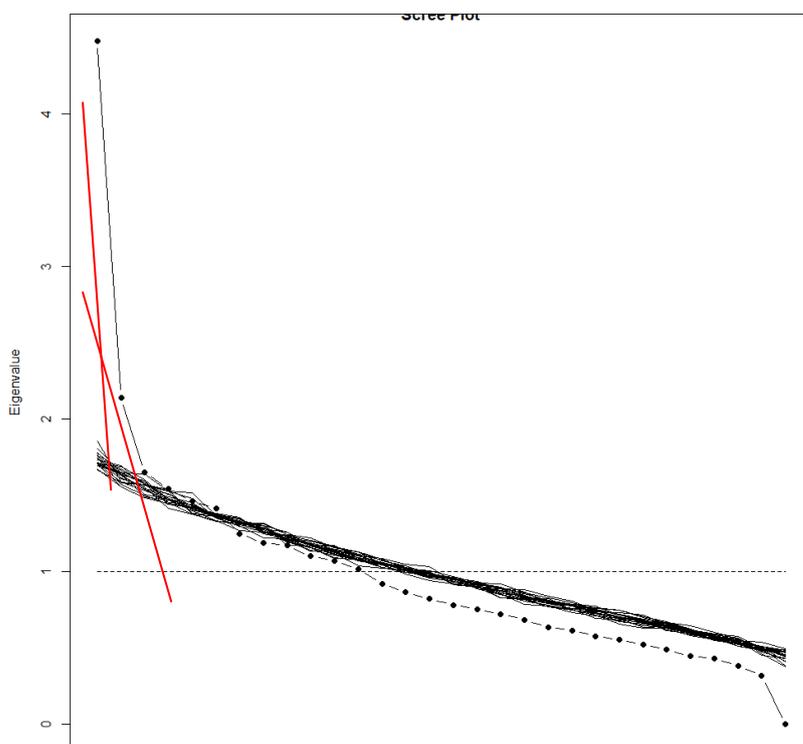


Figure 3 : diagramme des valeurs propres de la grille ECOS B

ECOS B	Facteur 1	Facteur 2
Q1		
Q2	0.197	
Q3	0.122	0.241
Q4	0.438	
Q5	0.445	
Q6	0.428	
Q7	0.265	
Q8	0.260	
Q9	0.326	-0.386
Q10	0.367	-0.650
Q11	0.443	0.295
Q12	0.520	
Q13	0.425	0.326
Q14	0.601	
Q15	0.493	
Q16	0.302	
Q17	0.254	
Q18	0.376	
Q19	0.285	0.374
Q20	0.147	
Q21		
Q22	0.311	
Q23		0.191
Q24	0.256	0.132
Q25	0.622	-0.341
Q26	0.224	0.141
Q27		
Q28		
Q29	0.235	0.129
Q30	0.247	0.152

Tableau 8 : analyse factorielle de la grille ECOS B en rotation varimax

- calcul du coefficient de Cronbach

Le coefficient de Cronbach est mesuré à 0.77 pour la grille ECOS B. Il est jugé satisfaisant. Les items de la grille sont homogènes.

- coefficient de corrélation entre la grille ECOS B et la grille CARE

Le coefficient de corrélation de Pearson entre les grilles ECOS B totale et CARE est faible (= 0.41).

Le coefficient de corrélation entre la sous dimension 1 de la grille ECOS B et la grille CARE est faible (=0.44).

Le coefficient de corrélation entre la sous dimension 2 de la grille ECOS B et la grille CARE est très faible (=0.17).

- comparaison des moyennes obtenues à chaque sous dimension de la grille ECOS B

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la première dimension de la grille ECOS B entre les 2 groupes (p=0,83).

Il n'y a pas de différence significative observée pour la comparaison des moyennes obtenues à la deuxième dimension de la grille ECOS B entre les 2 groupes (p=0,55).

ECOS B	Groupe contrôle	Groupe FRT	p
	Moyenne	Moyenne	
Dimension 1	12.35	12.47	0.83
Dimension 2	1.57	1.50	0.55

Tableau 9 : moyenne des scores obtenus à chaque sous dimension de la grille ECOS B, dans le groupe contrôle et dans le groupe FRT

VIII. Discussion

1. Synthèse des résultats

Les résultats ne montrent pas de différence significative des capacités empathiques mesurées par les grilles ECOS sur le groupe intervention par rapport au groupe témoin. Ces résultats ne sont pas dépendant du sexe, du groupe randomisé et des valeurs initiales obtenues à la JSPE avant intervention.

Les résultats ne montrent pas de différence significative des capacités empathiques mesurées par les grilles CARE sur le groupe intervention par rapport au groupe témoin.

Les résultats montrent une différence significative des capacités empathiques mesurées par la JSPE sur le groupe FRT par rapport au groupe témoin après intervention ($p=0.04$).

Cette étude montre ainsi que la participation à la FRT améliore l'empathie clinique auto-mesurée de manière significative chez les étudiants en 4ème année de médecine.

On obtient de meilleurs résultats pour l'empathie auto-mesurée que pour l'empathie hétéro-mesurée.

L'étude des propriétés psychométriques des grilles ECOS A et ECOS B met en évidence 2 dimensions (ou facteurs) pour chacune des grilles.

Il est difficile de déterminer à quelle dimension de l'empathie se rattachent les facteurs 1 et 2 de chacune des grilles ECOS. IL ne semble pas ressortir de thématique spécifique lorsque l'on regroupe les items par facteur.

On trouve un coefficient α de Cronbach satisfaisant pour les 2 grilles. Il mesure l'homogénéité entre les items de la grille. $\alpha = 0.70$ pour la grille ECOS A; $\alpha = 0.77$ pour la grille ECOS B.

Le coefficient de corrélation de Pearson entre la grille ECOS A et CARE est faible. Il en est de même pour le coefficient de corrélation entre la grille ECOS B et CARE avec des coefficients respectivement à 0.46 et 0.41. L'analyse en sous dimension n'apporte pas de meilleurs résultats. Nous n'avons donc pas établi de concordance entre les grilles ECOS et la grille CARE de référence. On peut alors s'interroger sur la pertinence des items des grilles ECOS pour mesurer l'empathie.

2. Validité interne

12 étudiants ont été perdus de vue dans le GC versus 7 étudiants dans le GI. Un lot de questionnaires contenant 4 grilles ECOS dans le groupe GC et 3 grilles ECOS dans le GI a été perdu. Cependant, le taux de réponse aux questionnaires JSPE, le taux de participation à la FRT et aux stations ECOS dans les 2 groupes étaient excellents. Ce taux est en partie du au caractère obligatoire de la participation à la FRT. De plus, le caractère obligatoire de cette formation élimine le biais de sélection.

Le taux de participation des femmes à notre étude est supérieur dans les deux groupes. Ce résultat est lié au hasard car l'étude est randomisée ; Par ailleurs, ce taux est représentatif des étudiants en médecine. Notre étude n'a pas retrouvé de différence significative aux grilles ECOS en fonction du sexe donc cette différence n'influence pas nos résultats.

Les groupes Balint sont animateur-dépendant et l'animation d'un groupe est groupe-dépendant. Pour homogénéiser l'intervention, tous les animateurs ont reçus le même enseignement théorique et pratique. Des réunions régulières entre animateurs ont été organisées avant et pendant l'étude.

Le nombre de séances FRT est faible (7 séances de 90 min sur 3 mois). Il manque une évaluation à long terme. Cependant, nous retrouvons peu d'études quantitatives sur les groupes Balint pour étudiants. Notre étude est randomisée et contrôlée. De plus, 3 méthodes de mesures différentes de l'empathie ont été utilisées (auto-évaluation et hétéro-évaluation double).

L'influence du type de stage clinique sur l'empathie n'a pas été étudiée. L'empathie en milieu spécialisé est souvent moins présente. De plus, les séniors rencontrés au cours des stages ne transmettent pas la même perception de l'empathie. Dans notre étude, le groupe contrôle ne reçoit pas d'enseignement spécifique sur l'empathie, ce qui permet de diminuer ce biais.

L'étude des propriétés psychométriques des grilles ECOS utilisées pour notre étude montre des forces et des faiblesses :

La méthodologie de validation d'un questionnaire doit être fiable valide et reproductible.

- La fiabilité d'un questionnaire est à évaluer sur trois critères : (56)

- La reproductibilité : nous ne disposons pas de données sur la reproductibilité et la stabilité dans le temps de ces résultats.

- La concordance entre enquêteurs : les évaluateurs étaient différents.

- La cohérence interne : on retrouve une bonne corrélation des items d'un questionnaire entre eux.

- La validité d'un questionnaire est vérifiable par trois critères :

- validité de critère : le résultat du questionnaire doit être corrélé avec une mesure considérée comme l'étalon-or : la CARE. Le coefficient de corrélation est faible pour les grilles ECOS A et ECOS B. Les items des nos grilles ECOS sont-ils vraiment tous pertinents pour mesurer l'empathie?

- validité de contenu : le questionnaire doit avoir été développé selon des principes rigoureux. Les grilles ECOS ont été établies au préalable par un panel d'expert composé de 4 médecins généralistes et d'un psychiatre.

- validité de construit : c'est l'accumulation des tests de validation de construit qui établit progressivement la validité du questionnaire. Cette étude est la première à chercher la validation des grilles ECOS A et ECOS B.

Les grilles ECOS utilisées sont un nouvel instrument de mesure de l'empathie créé pour cette étude. Aucun outil de mesure d'une variable subjective n'est parfait. Cependant, l'organisation de stations ECOS permet une mise en situation réelle et vise à réduire les biais dans l'évaluation des compétences(48). Une revue de la littérature a montré que sa fiabilité, sa validité, son objectivité et sa faisabilité dépendent du nombre de stations, de la construction des stations, de la méthode de notation et du nombre d'étudiants évalués (57).

Une méta-analyse récente a démontré que les ECOS sont une méthode bien standardisée et relativement objective, mais qu'ils ne garantissent pas des scores fiables et des décisions adaptées des étudiants en médecine. Il semblerait que plus l'ECOS a de stations, plus les résultats sont fiables et que deux examinateurs soient préférables(58).

Par ailleurs, dans notre étude, les ECOS utilisés comme outil d'évaluation de l'empathie peuvent être ressentis comme une situation stressante pour les étudiants. En effet ils peuvent avoir peur d'être jugés sur leurs connaissances théoriques de la maladie et des traitements et altérer la relation à établir avec le patient simulé.

Enfin, nous avons décidé de ne pas effectuer de pondération arbitraire des grilles ECOS car c'est un biais de subjectivité et d'interprétation des résultats. Nous avons interprété uniquement les grilles ECOS non pondérées.

3. Validité externe

Les résultats sont en rapport avec les données de la littérature. De nombreuses études n'ont pas réussi à mettre en évidence un apport significatif d'un enseignement sur l'empathie (41,42). En effet, les études dans le domaine de l'empathie sont difficilement objectivables par des données statistiques.

Des études sur les groupes Balint ont toutefois montré leur apport dans l'enseignement de la relation médecin malade :

Dans une étude, Cataldo et al. ont administré la JSPE et une échelle validée sur la satisfaction au travail à 182 médecins généralistes installés. 113 d'entre eux avaient suivi un groupe Balint pendant leurs études. Les groupes ont eu des scores équivalents sur l'échelle d'empathie. Cependant, ceux qui avaient suivi un programme Balint étaient **plus satisfait au travail** (59).

Une autre étude menée par Turner et Malm a mis en évidence **une amélioration des capacités psychologiques** chez les internes en médecine qui avaient suivi une formation de type Balint. Cette mesure a été réalisé avec l' échelle PMI (psychological medicine inventory), un auto questionnaire portant sur l'habileté psychologique et la sensibilité psychologique) (53).

Une étude qualitative montre que les participants à des groupes Balint **se sentaient plus compétents envers leurs patients et avaient une meilleure conscience d'eux même** (51).

Citons également une étude prospective menée chez les étudiants en 3^e année de médecine dans le cadre d'une thèse. 11 étudiants ont été inclus dans un groupe type Balint et comparés à un groupe témoin de 32 étudiants. Les résultats ne mettent pas en évidence d'amélioration significative des scores d'intelligence émotionnelle mesurés par l'Echelle Multidimensionnelle de l'Intelligence Emotionnelle. Cependant, ils mettent en lumière l'acquisition de nouveaux outils par les étudiants du groupe Balint dans le **champs des compétences émotionnelles**(60).

Une étude préliminaire cas-témoins a évalué le module optionnel Formation à la Relation Thérapeutique de type Balint chez les étudiants en 4^e année de médecine à Paris Descartes. L'empathie a été mesurée avec l'IRI (échelle d'auto mesure multidimensionnelle de l'empathie) et avec la création d'une nouvelle échelle réalisée à partir de questions posées sur 2 cas cliniques. Les résultats ne montrent pas de différence significative des capacités empathiques entre les groupes pour l'IRI. Cependant, les cas cliniques montrent que le groupe intervention paraît avoir **acquis du recul** par rapport au groupe témoin(6).

Une revue de la littérature sur l'apport des groupes Balint reprend les éléments cités ci dessus (55).

On obtient de meilleurs résultats pour l'empathie auto-mesurée que pour l'empathie hétéro-mesurée.

Cette différence d'empathie mesurée peut être due à plusieurs phénomènes explicatifs :

Il existe un **biais de désirabilité sociale** à être empathique qui peut influencer les réponses aux questionnaires d'auto-évaluation JSPE de l'empathie. Ainsi, l'empathie ressentie par le patient peut différer de l'empathie que l'étudiant pense avoir.

Par ailleurs, un étudiant peut avoir acquis des connaissances théoriques sur la capacité à être empathique sans pour autant savoir les mettre en pratique.

Il existe aussi un **biais de perception** dans l'auto-évaluation. L'auto-évaluation est biaisée car l'empathie est un phénomène à la fois conscient et préconscient. Ainsi Bolognini le décrit : "empathy is a state of complementary conscious-preconscious contact based on separateness and sharing" (61). D'une part, les étudiants les plus attentifs aux patients peuvent sous-évaluer leur empathie en pensant qu'ils ne sont pas assez proches de leurs patients. À

l'inverse, les étudiants moins tournés vers le vécu d'autrui se perçoivent peut être très empathiques. Dans tous les cas, les étudiants peuvent déclarer une attitude correspondant plus à leur vision qu'à la réalité.

Nous ignorons dans quelle mesure le score d'empathie auto-mesuré est réellement corrélé à un comportement empathique perceptible par le patient. Une étude trouvait un lien modéré entre le score JSPE et une hétéro-évaluation par les patients simulés(62).

Il n'existe pas d'étude antérieure étudiant l'effet d'une formation à la relation thérapeutique de type Balint chez les étudiants en médecine évalué par hétéro-évaluation. On retrouve très peu d'études sur l'empathie mesurée par un observateur en raison de la difficulté de sa réalisation.

Plusieurs auteurs ont développé leur propre grille d'évaluation d'une consultation (63):

Evaluation par une échelle de Lickert de la communication non verbale et de l'empathie à partir de l'observation de la rencontre avec un patient standardisé (64) ou par l'échelle de Dow dans la pratique réelle (65).

Dans leur essai randomisé avec évaluateur en aveugle, Bonvicini et al avaient choisi une grille d'évaluation de la communication verbale existante mais jugée insuffisamment validée dans la méta-analyse d'Hemmerdinger (44,66).

4. Ouverture

L'empathie est un thème multidisciplinaire difficile à enseigner au milieu d'un monde biomédical. De plus, les formations ne sont pas assez longues pour pouvoir évaluer leurs effets à long terme. Une durée de 2 ans est jugée nécessaire pour espérer un changement dans les formations Balint pour les médecins en exercice.

Il y a un réel besoin de formation à la relation thérapeutique dans le cursus médical. Les déterminants de l'empathie ne sont pas innés, ni automatiquement acquis pendant les études. Au contraire, nous avons vu qu'il était constaté un déclin de l'empathie au cours des études médicales.

D'autres questions se posent également :

Faut-il rendre les formations à l'empathie facultatives ou obligatoires?

Dans une étude qualitative sur les groupes Balint obligatoires, des leaders ont signalé des difficultés comme l'absentéisme, la résistance et l'inertie de certains étudiants (67).

La participation à un groupe Balint nécessite une stabilité psychologique et une ouverture d'esprit. Une telle formation ne peut donc pas être suivie à n'importe quel moment de la vie d'un médecin.

Dans un travail de thèse qualitative sur les groupes Balint, des étudiants en 4^e année de médecine qui étaient au départ réticents à l'expérience Balint ont parfois changé d'avis après formation. Si les séances étaient obligatoires, cela permettrait de faire découvrir les groupes Balint aux étudiants réticents(68).

Nous avons vu par ailleurs qu'il existait un biais de perception dans l'auto-évaluation de l'empathie. Les étudiants les plus volontaires à une formation sur l'empathie pourraient être initialement les plus empathiques.

D'autre part, les étudiants restants silencieux peuvent également en retirer des bénéfices. La simple écoute peut se révéler utile(68).

A quel moment dans les études doit-on introduire ces formations ?

Dans la thèse d'Emilie Gourrin sur l'initiation au groupe Balint chez des internes en SASPAS, de nombreux étudiants ont exprimé leurs inquiétudes concernant leur manque d'expérience ou de maturité pouvant être un facteur limitant à la formation Balint. Ils pensent que le dernier semestre du DES de médecine générale est un bon moment pour participer à une initiation au groupe Balint et qu'il est nécessaire que cette initiation soit réservée aux internes qui ont fait au moins leur stage chez le praticien (69).

Cet avis est partagé par l'auteur Guy Even : « plus les étudiants avancent dans leur cursus, plus ils ont des connaissances et plus ils auront la possibilité de se réfugier derrière leur savoir et de créer des résistances dans l'évaluation de la relation médecin-malade » (70).

Mais d'autres résultats vont dans le sens inverse, avec le regret exprimé par des internes sur le caractère trop tardif des initiations dans la formation et la nécessité de les proposer dès l'externat et de les poursuivre ensuite pendant l'internat(69).

L'empathie peut-elle vraiment être enseignée?

Pour certains, l'empathie peut être juste favorisée. La compassion, l'altruisme et l'empathie sont liés et sont des traits de personnalité relativement stables dans le temps, plutôt

résistant au changement(71). D'autres travaux montrent que l'empathie est un état, comme une humeur, amenée à changer pendant et après formation(72).

D'autres formes d'enseignements et d'évaluation moins théoriques sont nécessaire pour promouvoir la relation médecin-malade. "Si les aspects cognitifs, techniques et intégratifs sont en général bien développés dans l'apprentissage médical, les notions pédagogiques concernant l'affectif et le savoir faire sont plus difficiles à mettre en exergue lors de l'enseignement facultaire"(15).

L'empathie est-elle suffisante à une bonne relation médecin-malade ?

L'empathie est bien nécessaire à une relation de qualité. Elle n'est cependant pas suffisante. Comme précédemment cité dans l'introduction, la définition d'un "bon médecin" fait également intervenir ses compétences médicales théoriques

Quels sont les risques et les limites de l'empathie ?

L'empathie cognitive pure sans composante affective peut être utilisée comme un outil de manipulation pour deviner les intentions et les émotions de l'autre et l'instrumentaliser.

Une autre limite est le biais de proximité. La composante gestuelle et la mimique explique pourquoi la proximité physique est importante. En effet, l'empathie nous trahit dans des situations de handicaps et de maladies dans lesquels la capacité d'expression du corps et du visage est atteinte.

Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe » revient à éprouver plus d'empathie envers des gens qui nous ressemblent socialement et culturellement (73).

Nous éprouvons également plus d'empathie envers les personnes qui nous sont chères comme les amis ou la famille. L'empathie peut limiter voire contrevenir une décision éthique en favorisant un patient connu au détriment du principe de justice et de l'égalité de l'accès aux soins. C'est un biais relationnel.

Ce travail ouvre la piste pour de nombreuses autres études. Il serait intéressant de comparer la formation FRT avec d'autres méthodes d'enseignements de l'empathie. Cette étude s'inscrivant dans l'étude EMPATHIE 4 menée sur 3 facultés d'Ile de France (Paris 5, Paris 7 et Paris 13), il semblerait important de comparer nos résultats avec ceux obtenus dans les autres facultés.

Cette expérience a également permis de promouvoir l'enseignement de l'empathie à l'université Paris Descartes. Cette année, les 430 étudiants de la promotion inscrits en DFASM1 bénéficieront tous de 8 séances de Formation à la Relation Thérapeutique de type Balint. Ces 8 séances seront réparties toutes les 3 semaines entre octobre 2017 et mai 2018. Tous les étudiants participeront également à 3 jeux de rôles puis à 2 stations ECOS en fin de formation. L'enseignement sera obligatoire et la validation présenteielle.

IX. Conclusion

L'empathie, ou l'aptitude à comprendre les expériences et le point de vue de l'autre, et à lui communiquer cette compréhension, est la base d'une relation médecin-malade efficace.

Son importance reconnue, elle a été intégrée comme compétence nécessaire dans le programme des études médicales. Cependant, de nombreux articles ont montré une tendance au déclin de l'empathie au cours des études médicales. Se pose donc la question de son enseignement.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact d'un enseignement Formation à la Relation Thérapeutique de type Balint sur l'empathie clinique des étudiants en 4^{ème} année de médecine à l'Université Paris Descartes lors d'un Examen Clinique Objectif Structuré.

Cette étude montre que la participation à la FRT améliore l'empathie auto-mesurée par la JSPE de manière significative. On obtient de meilleurs résultats pour l'empathie auto-mesurée que pour l'empathie hétéro-mesurée. En effet, l'empathie ressentie par le patient peut différer de l'empathie que le médecin pense avoir. Nous ignorons dans quelle mesure le score d'empathie auto-mesuré est réellement corrélé à un comportement empathique perceptible par le patient.

La limite principale de notre étude est la faible validité et fiabilité des grilles ECOS utilisées. Les items des nos grilles ECOS sont-ils vraiment tous pertinents pour mesurer l'empathie?

L'enseignement de l'empathie n'est toujours pas codifié et reste un objectif mal défini dans les études médicales. Nous proposons avec ce travail une nouvelle piste de formation.

X. Bibliographie

1. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
2. Galam É. Carl Rogers : une approche centrée sur la personne. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):408-12.
3. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2013;63(606):e76-84.
4. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. juill 2005;20(7):559-64.
5. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2011;86(8):996-1009.
6. Airagnes G, Consoli SM, Morlhon OD, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *J Psychosom Res*. 1 mai 2014;76(5):426-9.
7. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : empathie
8. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol*. juin 1969;33(3):307-16.
9. Decety J. The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci*. déc 2010;32(4):257-67.
10. Brunel ML, Martiny C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. Disponible sur: http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_3-4/12_brunelmartiny/12_brunelmartiny.pdf
11. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image-- J Nurs Scholarsh*. 1992;24(4):273-80.
12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
13. Pellerin D. La médecine de demain: Consumérisme ou humanisme ? *Humanisme Entrep*. 2001;(250):9-13.
14. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2010/04/pmed09047.pdf>
15. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2006;7(3):174-9.

16. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 15 sept 1991;115(6):470-7.
17. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 1 oct 2005;no 29(2):213-37.
18. Rogers CR. Empathic: An Unappreciated Way of Being. *Couns Psychol.* juin 1975;5(2):2-10.
19. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach.* nov 2005;27(7):625-8.
20. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie.* Payot; 1996
21. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-4.
22. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* sept 2004;27(3):237-51.
23. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1982. sept 1994;39(5):655-70.
24. Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med.* 17 févr 1997;102(2A):43-9.
25. Ohm F, Vogel D, Sehner S, Wijnen-Meijer M, Harendza S. Details acquired from medical history and patients' experience of empathy--two sides of the same coin. *BMC Med Educ.* 9 mai 2013;13:67.
26. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.
27. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2011;86(3):359-64.
28. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology.* déc 2012;21(12):1255-64.
29. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 19 févr 1997;277(7):553-9.
30. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* juin 2002;36(6):522-7.
31. L'exercice médical face à la permanence des soins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-exercice-medical-face-la-permanence-des-soins-674>

32. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
33. Pedersen R. Empathy development in medical education--a critical review. *Med Teach*. 2010;32(7):593-600.
34. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
35. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2001;76(4):390-3.
36. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. sept 2004;38(9):934-41.
37. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2009;84(9):1182-91.
38. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mars 2008;83(3):244-9.
39. Giroux HA, Penna AN. Social Education in the Classroom: The Dynamics of the Hidden Curriculum. *Theory Res Soc Educ*. 1 mars 1979;7(1):21-42.
40. Konrath SH, O'Brien EH, Hsing C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: a meta-analysis. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc*. mai 2011;15(2):180-98.
41. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. mai 2006;21(5):524-30.
42. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ [Internet]*. 14 oct 2014;14. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201694/>
43. Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ*. oct 2007;41(10):935-41.
44. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 25 juill 2007;7:24.
45. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ*. juill 2007;41(7):684-9.
46. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas*. avril 2001;61(2):349-65.
47. Chen JY, Chin WY, Fung CSC, Wong CKH, Tsang JPY. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ*

Online [Internet]. 7 juill 2015;20. Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495620/>

48. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J.* 22 févr 1975;1(5955):447-51.
49. Lignes-directrices-ECOS.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://mcc.ca/wp-content/uploads/Lignes-directrices-ECOS.pdf>
50. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med PEHM.* 12 mars 2008;3:10.
51. Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Fam Pract.* sept 1986;3(3):155-63.
52. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. *Patient Educ Couns.* sept 1995;26(1-3):257-63.
53. Turner AL, Malm RL. A preliminary investigation of balint and non-balint behavioral medicine training. *Fam Med.* févr 2004;36(2):114-22.
54. Abeni MS, Magni M, Conte M, Mangiacavalli S, Pochintesta L, Vicenzi G, et al. Psychological care of caregivers, nurses and physicians: a study of a new approach. *Cancer Med.* févr 2014;3(1):101-10.
55. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns.* juin 2015;98(6):685-94.
56. Fernandez L, Aulagnier M, Bonnet A. Module VI : outils psychométriques.
57. Barman A. Critiques on the Objective Structured Clinical Examination. *Ann Acad Med Singapore.* sept 2005;34(8):478-82.
58. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ.* déc 2011;45(12):1181-9.
59. Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med.* mai 2005;37(5):328-31.
60. Paillard C. Des processus de changement induits par un groupe de type Balint: évaluation d'une formation à la relation médecin-malade en deuxième cycle des études médicales [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2008.
61. Bolognini S. Empathy and « empathism ». *Int J Psychoanal.* avr 1997;78 (Pt 2):279-93.
62. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Med Teach.* 2011;33(5):388-91.
63. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. [Internet]. 2011 . Disponible sur:
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/453358/>

64. Deladisma AM, Cohen M, Stevens A, Wagner P, Lok B, Bernard T, et al. Do medical students respond empathetically to a virtual patient? *Am J Surg.* juin 2007;193(6):756-60.
65. Dow AW, Leong D, Anderson A, Wenzel RP. Using Theater to Teach Clinical Empathy: A Pilot Study. *J Gen Intern Med.* août 2007;22(8):1114-8.
66. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns.* avr 2009;75(1):3-10.
67. Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract.* 1 nov 2010;60(580):808-14.
68. Nguyen Trong MV. Impact d'une formation à la relation thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM1 de médecine: analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
69. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale: étude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2014.
70. Even G. Former les étudiants en médecine à la relation. *Champ Psychosom.* no 22(2):133-42.
71. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 1982. oct 1996;43(8):1253-61.
72. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach.* juill 2002;24(4):370-3.
73. Akitsuki Y, Decety J. Social context and perceived agency affects empathy for pain: an event-related fMRI investigation. *NeuroImage.* 15 août 2009;47(2):722-34.

XI. Annexes

1. Grilles ECOS A

1.DIRECTIVES DESTINEES AU PATIENT SIMULE
--

1.1. Informations initiales concernant le patient

Vous êtes Jean VEUXPLUCE, 22 ans, étudiant, BTS informatique

1.2. Consignes pour le début de l'entretien

« Je suis enrhumée depuis deux jours, j'ai très mal à la gorge, je viens pour une prescription d'antibiotiques car je ne guéris jamais sans AB. »

1.3. Histoire de la maladie actuelle

Vous vous appelez Jean VEUXPLUCE et depuis deux jours, vous avez :

- ✓ Un écoulement quasi permanent du nez, clair et très liquide.
- ✓ Une toux tantôt sèche, tantôt grasse
- ✓ Le nez bouché, vous avez cru mourir étouffé cette nuit,
- ✓ Vous aviez sûrement de la fièvre, vous aviez chaud, mais vous ne l'avez pas mesurée
- ✓ Vous avez souvent eu des épisodes de ce type dans le passé, et vous êtes persuadé que « cela ne guérit que quand vous prenez des antibiotiques ».
- ✓ Vous mettez déjà du sérum physiologique dans les narines et vous avez pris du Doliprane sans résultat.

1.4. Autres données médicales

En-dehors de ces épisodes infectieux, vous n'avez aucun antécédent chirurgical ni médical, pas de traitement au long cours

Vous n'êtes ni allergique ni intolérant aux médicaments

Antécédents familiaux : aucun

Allergies : eczéma dans la petite enfance

Habitudes : pas de tabac, alcool occasionnel en soirée

1.6. Attitude pendant l'entretien

Vous êtes venue pour une prescription d'Antibiotiques et ferez tout pour l'obtenir.

Et vous affirmez sans qu'on vous le demande de façon appuyée et répétée au cours de l'entretien, les assertions suivantes

- ✓ Toute infection doit être traitée par des antibiotiques
- ✓ Vous n'avez jamais guéri sans antibiotiques
- ✓ Vous n'avez pas l'intention de laisser traîner l'infection. D'ailleurs votre voisin « s'est retrouvé à l'hôpital parce que son médecin ne lui en avait pas donnés ».
- ✓ Vos parents vous ont toujours soigné avec des antibiotiques
- ✓ De toute façon, il n'y a pas d'inconvénient à une prise d'antibiotique
- ✓ Vous sentez bien que vous avez de la fièvre
- ✓ Vous êtes en alternance et vous ne pouvez pas vous absenter de votre stage

2. DIRECTIVES DESTINEES AU CANDIDAT (LE MEDECIN)

Vous êtes médecin généraliste.

Vous recevez aujourd'hui, en « urgence » Jean VEUXPLUCE, 22 ans, étudiante, BTS tourisme.

Vous l'avez déjà vu quelques fois pour des certificats médicaux. Il n'a pas d'ATCD particulier.

Vous dites ce que vous faites comme examen clinique sans le faire réellement. Cet examen est normal. Votre patient présente une rhinopharyngite banale et veut absolument des antibiotiques.

Vous savez qu'ils ne sont pas nécessaires dans sa situation et que leur prescription risque de favoriser des résistances

Vous décidez de ne pas lui en prescrire

Vous avez 10 minutes.

GRILLE D'ÉVALUATION ECOS A :

Les items seront cochés au moment où ils sont évoqués sans contrainte chronologique

	ACCUEIL ET RECUEIL :	
1	Établit un accueil verbal (dit bonjour)	
2	Établit un contact visuel, regarde de face	
3	Invite le patient à s'asseoir	
4	Demande au patient ce qui l'amène	
	GESTION DE LA CONSULTATION :	
5	Ne banalise pas	
6	Ne coupe pas la parole au patient	
7	Incite au dialogue	
8	Utilise une gestuelle avenante, s'associant harmonieusement au verbal	
9	Permet au patient d'exprimer ses craintes	
10	Permet au patient d'exprimer ses représentations	
11	Exprime sa compréhension, en clarifiant et reformulant	
12	S'efforce de comprendre le point de vue du patient	
	DIAGNOSTIC :	
13	Evalue l' intensité de la gêne ressentie et des répercussions sur la vie du patient	
14	Fait état de la normalité de l' examen clinique pour conforter sa position	
15	Donne le diagnostic de rhino-pharyngite virale	
16	Explique l'évolution naturelle de la maladie	
	POSITIONNEMENT ET IMPLICATION :	
17	Reste à sa place d'aidant professionnel : « juste » implication et non-jugement	
18	S'exprime avec des messages « je »	
19	Explique au patient les modalités de prise en charge	
20	S'assure de la compréhension du patient	
21	Evalue l'adhésion du patient à la prise en charge	
	PRISE EN CHARGE :	
22	Affirme clairement sa position	
23	Explique brièvement son refus, si besoin	
24	Laisse au patient le temps de réagir	
	ACCOMPAGNEMENT :	
25	Montre sa disponibilité pour un nouvel échange si persistance des symptômes	

2. Grilles ECOS B

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULE

1 Informations initiales concernant le patient :

Votre nom est Jean Naymar. Vous avez 42 ans, vous êtes marié depuis 4 ans avec Aline 32 ans qui n'a pas d'enfant, vous êtes père de 3 enfants de 18, 15 et 10 ans d'un premier mariage, vous êtes cadre EDF. Vous venez chaque année depuis 3 ans faire un certificat de non contre-indication à la pratique du badminton. Par ailleurs vous n'avez aucun antécédent personnel ni familial notable.

2 Consignes pour le début de l'entretien :

Au dernier rendez-vous votre médecin vous a prescrit une prise de sang car vous lui aviez dit avoir eu des relations sexuelles non protégées avec une collègue de travail. Vous venez chercher les résultats de votre prise de sang ?

3. Histoire du problème actuel :

Au dernier rendez-vous, à l'issue de la consultation, vous aviez raconté à votre médecin avoir eu une aventure avec une de vos collègues à la suite d'une mission en province, il y a 4 mois. Vous aviez un peu bu ce soir-là. Elle vous a demandé de la raccompagner à sa chambre, elle vous a embrassé... Et voilà. Vous avez fait l'amour.

Cette collègue est divorcée depuis 4 ans.

Vous ne connaissez pas son statut sérologique pour le VIH.

Comme vous avez refusé de continuer cette relation après la mission, elle s'est fâchée. Vous ne voulez plus lui parler. Vous avez eu peur d'avoir attrapé le SIDA ce pourquoi vous avez consulté.

Vous n'avez pas mis de préservatifs. Les préservatifs, ça diminue les sensations. D'ailleurs vous n'en avez jamais mis.

Si le médecin vous interroge sur votre femme, vous vous entendez bien, vous l'aimez, vous êtes sûr qu'elle vous est fidèle. Depuis l'événement, vous avez eu, avec elle, des rapports sexuels non protégés comme d'habitude. S'il vous demande si vous aviez déjà eu des « aventures », vous dites que ça ne vous était pas arrivé depuis plusieurs années.

Vous ne vous êtes jamais injecté de drogue, ni piqué avec une seringue.

4. Après l'annonce vous gardez un moment de silence

Cette mauvaise nouvelle est un choc, vous vous demandez ce qui vous attend : s'il y a des traitements (sans demander plus de détails), ce que vous allez devenir, si vous allez pouvoir continuer à travailler, Si vos enfants risquent de l'attraper. S'il y a un risque pour votre femme.

Si le médecin vous demande si vous allez lui en parler, **vous gardez un long moment de silence**...et vous finissez par dire « c'est une catastrophe, mais je vais le lui dire »

Vous n'êtes pas dans une réaction de colère. Vous acceptez le diagnostic auquel vous aviez pensé et repensé. Bien sûr, vous avez lu plein de choses sur internet... Vous paraissez calme

mais vous êtes inquiet, l'avenir vous paraît très flou ainsi que les projets que vous aviez construits.

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN

Vous êtes médecin généraliste. Votre patient a pris rendez-vous en s'assurant que vous aviez bien reçu ses résultats. L'entretien se déroule dans votre cabinet médical.

Monsieur Jean Naymar, 42 ans, marié, père de 3 enfants de 18, 15 et 10 ans, cadre EDF, vient chaque année depuis 3 ans faire un certificat de non contre-indication à la pratique du badminton. Aucun antécédent personnel ni familial.

Aujourd'hui il a pris rendez-vous afin que vous lui donniez les résultats de la prise de sang prescrite lors de la dernière consultation après qu'il vous ait incidemment rapporté avoir eu une aventure avec une de ses collègues à la suite d'une mission en province, il y a 4 mois. Ils avaient eu alors des relations sexuelles non protégées.

Pas d'autre prise de risque par ailleurs. Il ne connaissait pas sa sérologie VIH.

Ils avaient arrêté de se voir et ne se parlaient plus.

Le laboratoire vous a téléphoné pour vous informer que le résultat du test était positif. Vous avez reçu par courrier ce résultat du test confirmé par un Western blot.

Vous devrez lui annoncer les résultats.

Vous n'aurez pas d'examen clinique à faire

Vous avez 10 minutes.

GRILLE D'EVALUATION ECOS B : Annonce séropositivité

Les items seront cochés où ils sont évoqués sans contrainte chronologique

ELEMENTS GENERAUX :**ACCUEIL ET RECUEIL**

1. Etablit un accueil verbal (dit bonjour)	
2. Etablit un contact visuel, regarde de face	
3. Permet au patient d'exprimer ses attentes par rapport à la consultation	
4. Permet au patient d'exprimer ses crain tes	
5. Permet au patient d'exprimer ses sentiments	
6. Exprime sa compréhension, en clarifiant et reformulant	

GESTION DE LA CONSULTATION

7. Ne banalise pas	
8. Ne dramatise pas	
9. Ne coupe pas la parole au patient	
10. Respecte les silences	
11. Répartit le temps avec ordre de priorité efficace	
12. Mène une discussion souple , incitant au dialogue	
13. Utilise une gestuelle avenante, s'associant harmonieusement au verbal	

POSITIONNEMENT ET IMPLICATION

14. S'intéresse au patient avec sensibilité et distance	
15. S'efforce de comprendre le point de vue du patient	
16. Ne porte pas de jugement sur les choix du patient	
17. Ne conseille pas ou le fait en soulignant la liberté de choix du patient	
18. Reste à sa place d'aidant professionnel ("juste" implication)	

DECISION ET ACCOMPAGNEMENT

19. S'exprime avec des messages "je"	
20. Explique au patient les modalités de prise en charge	
21. S'assure de la compréhension du patient	
22. S'assure de l'adhésion du patient à la prise en charge	

GRILLE D'EVALUATION ECOS B: Annonce séropositivité (suite)

ELEMENTS SPECIFIQUES :

ACCUEIL

23. Rappelle la confidentialité du résultat	
--	--

ANNONCE

24. Evalue les représentations du patient sur l'infection par le VIH	
25. Laisse au patient du temps pour "digérer" l'annonce	

PRISE EN CHARGE

26. S'efforce de savoir si le patient va en parler à sa femme	
27. S'efforce de savoir si le patient va en parler à sa collègue	
28. Aborde avec tact la nécessité de rapports protégés même avec sa femme	
29. Assure sa disponibilité	

ACCOMPAGNEMENT

30. Fixe le prochain rendez-vous avec le patient	
---	--

3. Grille CARE

S'il vous plaît, veuillez remplir le questionnaire concernant la consultation que vous venez de passer. Veuillez cocher au moins une case pour chaque question et remplir chaque question.						
Le médecin stagiaire :	insuffisant	moyen	bon	très bon	excellent	sans objet
1. Vous a mis à l'aise (chaleureux vis à vis de vous, avec respect Ni froid, ni cassant)	1	2	3	4	5	0
2. Vous a laissé exposer votre problème (laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, Sans vous interrompre ou vous perturber)	1	2	3	4	5	0
3. Etait à votre écoute (attentif à ce que vous dites, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)	1	2	3	4	5	0
4. S'est intéressé à vous dans votre globalité (a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation sans vous prendre pour un "numéro")	1	2	3	4	5	0
5. A pleinement compris vos problèmes (montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun)	1	2	3	4	5	0
6. A montré de l'attention et de la compassion (a semblé personnellement concerné par vous, humain, sans être indifférent ou détaché)	1	2	3	4	5	0
7. A été positif (avoir une approche et une attitude positive; Etre honnête et objectif sur vos problèmes)	1	2	3	4	5	0
8. A expliqué clairement les choses (répondu à toutes vos questions expliqué clairement donné une information claire sans être flou)	1	2	3	4	5	0
9. Vous a aidé à l'autonomie (exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)	1	2	3	4	5	0
10. A élaboré un plan d'action avec vous (discuté les choix possibles, vous a impliqué dans les décisions sans négliger votre point de vue)	1	2	3	4	5	0

4. Questionnaire JSPE

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	
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 leur 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 leur 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

Titre : Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS (examen clinique objectif structuré)

Résumé :

Introduction : Améliorer l'empathie des étudiants est un objectif des études médicales. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) inspirée des groupes Balint sur l'empathie clinique des étudiants en 4ème année de médecine.

Méthode : Dans notre étude ancillaire, contrôlée, randomisée, monocentrique réalisée à l'Université Paris Descartes, les 262 étudiants en 1er trimestre de leur 4ème année de médecine 2015-2016 ont été inclus. Ils ont été randomisés en deux groupes de 131 étudiants. Un groupe interventionnel (GI) recevait une FRT apparentée aux groupes Balint, en plus de l'enseignement facultaire obligatoire, que recevait également le groupe contrôle (GC). A l'issue des 3 mois de stages, tous les étudiants ont participé à deux stations successives d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré). Le critère de jugement principal est la différence d'empathie mesurée par un observateur lors des stations ECOS.

Résultats : Il n'y a pas de différence significative d'empathie mesurée entre les 2 groupes à la moyenne des notes obtenues pour les grilles ECOS. La moyenne (écart-type) à la JSPE-St après intervention est significativement augmentée dans le GI 110.10 (11.38) par rapport au GC 107.9 (13.21) ($p=0.04$).

Conclusion: L'enseignement de l'empathie n'est toujours pas codifié et reste un objectif mal défini dans les études médicales. Nous proposons avec ce travail une nouvelle piste de formation.

Mots clés: Empathie - Etudiant - Relation médecin-patient - Enseignement