HAL
open science

Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels

Natacha Ngo

To cite this version:

Natacha Ngo. Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01894307

HAL Id: dumas-01894307

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01894307

Submitted on 12 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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

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 2018 N° 4

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels

Présentée et soutenue publiquement

le 30 janvier 2018

Par

Natacha NGO

Née le 11 janvier 1989 à Saint-Maurice (94)

Dirigée par M. Le Professeur Philippe Jaury, PU

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian, PU ..... Président
M. Le Professeur Cédric Lemogne, PU-PH
M. Le Docteur Paul Clément, MG
M. Le Docteur Denis Smila, MG

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

REMERCIEMENTS

Mes remerciements à tous les membres du jury pour l'honneur de votre participation :

A monsieur le professeur Jaury,
Pour votre disponibilité et votre calme ; d'avoir accepté d'être le directeur de cette thèse.

A monsieur le professeur Ghasarossian,
Pour ces trois années d'internat entre les cours, nos rencontres en tant que tuteur/tutorée, les échanges téléphoniques entre autre où j'ai pu exprimer mes joies mais également quelques pleurs à vos côtés.

A monsieur le professeur Lemogne,
D'avoir accepté sans hésitation de participer à cette thèse ; pour votre temps.

A monsieur le docteur Clément,
Parce que nos débriefings, nos déjeuners et nos discussions m'ont apportés plus que vous ne pouvez l'imaginer. Avoir eu un maître de stage aussi disponible, calme et sans jugement fut un cadeau énorme pour moi, en tant qu'être humain mais également en tant que (futur) docteur avec ses défauts et ses erreurs.

A monsieur le docteur Smila,
Parce que vous m'avez « recueilli » quand j'étais un « fœtus-médecin » et que votre expérience est un modèle pour moi. Parce que vous savez et comprenez mes choix et ma personnalité, parce que continuer de travailler avec vous est un plaisir et un honneur.

Un grand remerciement spécial à madame le docteur Buffel-Du-Vaure,
A toi Céline pour les joies que j'ai ressenti à chacun de nos entretiens. Tu m'as été d'une aide extraordinaire et d'une disponibilité énorme. Parce que mes questions furent peut être parfois sottes mais tu y as toujours répondu avec sollicitude.

A madame Gratadour,
Pour vos réponses toujours aussi rapides.

Mes remerciements à tous mes maîtres de stage au fil du pôle femme-enfant et du SASPAS :

A Odile,
Ma gynécologue attitrée. Pour tous les chocolats qu'on a partagés. Pour mes efforts pour te tutoyer. Pour les messages à l'autre bout du monde. Pour tout ce que tu m'as appris surtout. Mais également pour finalement ta présence, ta réassurance et ton côté « mère-poule » que j'adore et qui me fait encore grandir. Parce qu'au final tu es et resteras ma docteur Fischer.

A madame le docteur Cretaz,
Pour votre enseignement tellement agréable et surtout formateur. Parce que l'envi de vous ressembler me pousse à toujours viser le meilleur de moi-même. Parce que votre gentillesse et vos compétences touchent les patients et les enfants mais me touche également profondément. J'essaierai toujours de prendre vos enseignements et de m'améliorer face à tous les enfants du monde.

A madame le docteur Laffont,
Pour tous les questions que j'ai pu vous poser et votre attention à ma formation et à mon égard.

A Julie, A Coralie,
Pour tous les moments qu'on a pu partager et qu'on partagera encore. Mes excuses pour tous mes messages de détresse mais surtout pour votre implication dans la rédaction et la présentation de cette thèse. Pour nos soirées filles, qu'il puisse y en avoir encore et encore. Parce que Max.P.

Aux Martins, à Mat,
Pour notre belle rencontre et votre soutien sans faille. Pour nos futures discussions endiablées et nos moments encore à venir. Pour les petites photos réconfortantes de Morgane.

A ma rose,
Pour ta présence depuis ma naissance et ton soutien éternel.

A tous mes co-internes, les carabins de la Pitié et les cristoliens,
Parce que les stages auraient été différents sans votre présence et nos rires. A Astrid, à Priscille (docteur Couture) spécialement.

A ma famille,
Papa, maman, parce que simplement je vous aime. Vous n'avez jamais douté de moi et toujours soutenu quel que soit mes décisions. A mes frères, à Méline.

A Arnaud, Antoine, Marie-Luce, Laurent, pour nos moments passés ensemble qui me redonnent à chaque fois le sourire et la force de rebondir. Parce que vous m'avez adopté pour ce que je suis.

Et enfin, à Romain,
Pour tout, simplement...
Pour avoir subi toutes les conséquences de ces années d'étude, pour me donner chaque jour l'envi de me lever, pour ces 7 années passées et les années à venir, pour tout ce que je ne pourrai citer ici,
Pour tout, simplement...

LISTE DES ABREVIATIONS

AES : Accurate Empathy Scale

BEES : Balanced Emotional Empathy Scale

CARE : Consultation and Relational Empathy

ECRS : Empathy Construct Rating Scale

ESWMS : Empathy Spirituality and Wellness in Medicine Survey

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

HRS : History-taking Rating Scale

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPE-S : Jefferson Scale of Physician Empathy for Student

JSPPPE : Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physicians Empathy

QCAE : Cognitive and Affective Empathy

TCBPC : Théorie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience / MBCT : Mindfilness-based Cognitive Therapy

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES **6**

SERMENT D'HIPPOCRATE **8**

INTRODUCTION **10**

PARTIE 1 : LA RELATION MEDECIN-MALADE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE **14**

I. (FOCUS SUR) L'EMPATHIE **14**

I.1. Historique 14

I.1.a. Médecine antique 14

I.1.b. L'Art et l'objet esthétique vers l'Einfühlung 14

I.1.c. Sympathie, Empathie et Compassion 15

I.2 Modèle de De Waal : l'empathie dans le monde animal 16

I.3. Dans la psychologie et le médical 17

I.3.a Carl Rogers 17

I.3.b. Le XXIème siècle 18

I.4 L'Empathie clinique 19

I.5 Neuroscience, neurones miroirs 20

I.6 Nécessité d'être empathique ? 21

Points clés **22**

II. L'ENSEIGNEMENT DE L'EMPATHIE **24**

II.1 Généralités 24

II.1.a L'Empathie chez les étudiants en médecine 24

II.1.b Quelles formations de l'empathie ? 25

II.2 Les groupes Balint 26

II.2.a Michael Balint 26

II.2.b Les groupes Balint, Le médecin, son malade et la maladie (1957) 27

II.2.c Les groupes Balint et l'Empathie des médecins 28

II.3 Les formations à la relation thérapeutique 29

Points clés **30**

III. MESURE DE L'EMPATHIE **31**

III.1 Généralités 31

III.2 Conceptualisation des questionnaires 31

III.3 Jefferson Scale of Physician Empathy 31

III.4 Développement d'autres questionnaires 32

III.4.a Interpersonal Reactivity Index 32

III.4.b Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy 33

III.4.c Auto-questionnaires non spécifiques 33

III.4.d Hétéro-questionnaire 33

Points clés **34**

PROBLEMATIQUE **36**

PARTIE 2 : ETUDE **37**

I. METHODES **37**

I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE « EMPATHIE 4» 37

I.1.a Préambule 37

I.1.b Résultats des différentes études EMPATHIE 37

I.1.c Cursus universitaire 37

I.1.d EMPATHIE 4 38

II.2 POPULATION 39
II.2.a Type d'étude 39
II.2.b Critères d'inclusion de l'étude EMPATHIE 4 39
II.2.c Critères de non inclusion 39
II.2.d Recrutement 39
III. MATERIEL 42
III.1 Questionnaires 42
III.1.a L'auto-questionnaire Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) 42
III.1.b Les données socio-démographiques 42
III.2 Recueil de données 42
III.2.a Auto-questionnaire JSPE 42
III.2.b Variables descriptives démographiques 42
III.2.c Variables descriptives sociales 42
III.2.d Variables descriptives universitaire et professionnelle 43
III.3 Analyses statistiques 43
III.4 Recherche bibliographique 44
IV. RESULTATS 45
IV.1 Données descriptives 45
IV.2 Analyses bi-variées 49
IV.2.a Tableaux récapitulatifs des niveaux d'empathie avant la formation 49
IV.2.b Tableaux récapitulatifs des niveaux d'empathie avant et après la formation 51
IV.3 Analyse multivariée 52
V. DISCUSSION 54
V.1 Synthèse des résultats 54
V.2 L'étude EMPATHIE 4 55
V.3 Discussion sur les variables socio-démographiques et professionnelles 55
V.3.a Variables intrinsèques 55
V.3.b Variables environnementales 56
V.3.c Variables universitaires et professionnelles 57
V.4. Discussion sur les bénéfices d'une formation 57
V.4.a Les études portants sur les différentes formations 57
V.4.b Les études sur les formations type Balint et à la relation thérapeutique 57
V.4.c Les bénéfices d'une formation à l'empathie selon les facteurs socio-démographiques 58
V.5 Discussion sur la méthodologie 59
V.5.a Les points forts 60
V.5.b Les limites 60
V.6 Ouverture 60
CONCLUSION 62
ANNEXES 63
Annexe 1. Cursus universitaire DFSAM1 Paris V – 2015 ..... **63**
Annexe 2. Optionnel Formation à la relation thérapeutique Paris V **65**
Annexe 3. Questionnaire JSPE avant formation **67**
Annexe 4. Questionnaire JSPE après formation **71**
Annexe 5. Tableaux des données descriptives **75**
BIBLIOGRAPHIE 77

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Sir William Osler

« La pratique de la médecine est un art, non pas un métier ; un appel, non pas une commerce; un appel auquel votre cœur autant que votre tête devra répondre »

« The good physician treats the disease ; the great physician treats the patient who has the disease. »

INTRODUCTION

En tant que médecin, quels sont nos objectifs, nos envies et nos besoins ?
Comment pouvons-nous exprimer notre envie du bien-être de nos patients ?

Notre pratique médicale et notre rapport à la médecine vont être conditionnés par ces questions. Nous les construisons dès le premier contact avec notre propre médecin de famille et les façonnons au cours de nos études universitaires, des stages intra et extra-hospitaliers, des rencontres (médicales, paramédicales, avec les patients et leur famille) et nous les faisons également avec nos expériences personnelles positives comme négatives.

Les études médicales débutées par de jeunes hommes et femmes vont façonner, de par leur longueur et leurs difficultés, leur caractère, leurs attentes vis-à-vis du reste du monde et de ce fait leur attitude et comportement envers leurs patients.
Ces derniers pour leur part nous « choisissent ». Ils ont décidé de poursuivre ou non avec leur médecin de « famille » leur relation qui amène chaque médecin à se retrouver avec son patient, seul dans son cabinet.
La prise en charge médicale aboutit alors à la rencontre d'un médecin et de son patient, avec leurs propres vécus et leurs propres attentes, menant à une relation entretenue entre 2 personnes ayant pour objectif une satisfaction mutuelle, mais avec comme particularité d'accéder à un but commun : le bien-être physique et mental du patient.

Afin de parvenir à cet équilibre d'épanouissement plusieurs éléments conduisent un patient à adhérer à différents degrés aux soins de son médecin.
Certains praticiens mettront en avant l'écoute des expériences du patient, d'autres exposent leurs incertitudes ou d'autres encore se concentrent sur le fait de fournir des explications scientifiques et rationnelles.
Chacun est un individu propre doté de ses propres émotions pourtant un point commun semble nécessaire pour maintenir une bonne relation avec son patient : la confiance.
Cette confiance s'acquiert différemment selon les personnes.
De multiples voies permettent de développer cette confiance entre deux personnes.
Une de celles-ci est le développement d'une attitude empathique envers nos patients.
Mais alors que nous, médecins, sommes tous différents face à nos patients, peut-on appliquer la notion d'*Empathie* comme une nécessité pour améliorer notre relation avec eux ?

Ainsi cette thèse a pour support l'idée forte que l'empathie, dans le sens commun décrit par l'Académie Française comme un «mode de connaissance par une forme de sympathie qui atteint autrui en lui-même, sans toutefois s'identifier à lui », est un concept unitaire devant être recherché et retrouvé chez tous les médecins.

L'empathie doit être utilisée comme un outil dans l'amélioration des relations entre médecins et patients et comme instrument thérapeutique accessible et non coûteux.

Cependant le concept d'empathie est complexe.

Nous voyons dans les études anciennes ou récentes que le niveau d'empathie est différent selon chaque individu. Etre empathique ou non dépendrait de sa propre personnalité et de son histoire.
Dans l'inconscient collectif on retrouve des préjugés sur l'empathie dont le bien-fondé n'a jamais été étudié. Ne pense-t-on pas que les femmes sont plus empathiques que les hommes ? Que les chirurgiens ne sont pas empathiques ? Pour quelles raisons ces notions sont-elles ancrées dans l'opinion publique ?
Parlons-nous de concept inné ?

Pourtant, force est de constater que l'empathie, posée comme nécessaire(1)(2) à notre exercice, diminue au fil de nos études(3)(4) et peut même devenir antagoniste du professionnalisme(5) attendu du médecin.

L'équilibre entre sympathie, empathie et professionnalisme est souvent inconscient et ne se manifeste pas de la même façon envers tel patient ou tel autre.

Cette étude prend en compte cette difficulté mais part de la conviction et de la littérature que l'empathie peut et doit s' « apprivoiser » ; au mieux être enseignée(6)(7).
Enseigner l'empathie aux (futurs) médecins est un défi de la médecine contemporaine que nos prédécesseurs ou collègues ont étudié à travers différentes méthodes. Que ce soit par le biais de l'imaginaire des étudiants, de leur propre histoire, de travail narratif ou de groupes de paroles, nous voyons que le développement de leur propre empathie intéresse les étudiants comme les praticiens. Dans ce siècle où l'autonomie du patient est mis en valeur, nous n'oublions pas l'importance de notre relation à notre patient.

Pour aller plus loin dans cette direction l'empathie, comme concept initialement présent chez les individus à différents degrés, peut s'apprendre et s'améliorer grâce à des formations données aux étudiants en médecine, là où les futurs médecins sont directement confrontés à la théorie et à la pratique de la médecine.
Au surplus, cet enseignement profite-il à tous les étudiants de la même façon ? C'est à cela que cette étude veut amener à réfléchir.
L'amélioration de l'empathie est-elle identique chez tous les étudiants ? Les hommes que l'on pense moins empathiques que les femmes ont-ils plus à bénéficier d'une formation à l'empathie ?

Ainsi afin d'étudier cette problématique nous allons dans un premier temps nous intéresser à ce qu'est l'empathie, son histoire, son utilisation. En second lieu, nous nous concentrerons sur l'enseignement de l'empathie dans le cursus universitaire des études médicales. Enfin, à travers les données de l'étude nous allons tenter d'entreprendre une compréhension de l'empathie selon les paramètres socio-démographiques et selon l'impact d'une formation en fonction de notre environnement.

Jean Racine

« Je crains votre silence,

pas vos injures.»

PARTIE 1 : LA RELATION MEDECIN-MALADE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE

I. (FOCUS SUR) L'EMPATHIE

I.1. Historique

I.1.a. Médecine antique

Afin de comprendre l'origine de l'empathie et de sa conception, nous devons nous intéresser à la médecine antique d'Hippocrate ou Aristote qui mentionnaient la sympathie entre les organes (du grec *sumpatheia* composé de *sun pathein :* souffrir avec, participation à la souffrance d'autrui). Dans un traité de 1171(8), Lansel de Magny parle de « sympathie [comme] une douleur produite dans une partie du corps différente de celle où est la cause de la douleur. La sympathie est difficile à connaître [...] ». A partir de ce concept et au fil des siècles l'Homme a continué à parler de sympathie comme le partage des sentiments d'autrui.

Ce n'est qu'au XXème siècle que l'*Empathie* dans le sens que nous connaissons apparaît.

Ces origines nous amènent à nous intéresser aux fondements historiques, psychologiques et médicaux de la *Sympathie* et de l'*Empathie* dans l'optique de comprendre cette dernière.

I.1.b. L'Art et l'objet esthétique vers l'Einfühlung

L'Art dans son essence esthétique nous a apporté le terme d'*Einfühlung* retrouvé pour la première fois dans la thèse de Robert Vischer en 1873, professeur et historien de l'art.
En effet la *sympathie,* le Mitfühlung (*fühlung : «* se sentir » ; *mit : «* avec »), faisant interagir l'homme avec l'objet esthétique permet de reconnaître le beau à travers les émotions induites par la contemplation des lignes, des formes, des couleurs de ce dernier.
Pour aller plus loin dans cette réflexion, R. Vischer énonce dans l'Einfühlung, littéralement traduit par "ressenti de l'intérieur", (*fühlung : «* se sentir » ; *ein : «* un »), un processus actif presque "musculaire" dans le vécu des émotions face à l'objet esthétique. L'artiste devient donc un pont entre l'objet et l'homme permettant l'accès et la projection des sentiments.

Il faut attendre la base de Theodor Lipps, philosophe munichois du XIXème siècle afin de parler de l'Einfühlung dans la psychologie.
A travers la théorie de l'*imitation interne,* l'Homme s'immerge dans l'action d'autrui en prenant conscience qu'il est lui-même spectateur. Il s'agit donc d'expérimenter ce que l'autre vit dans sa conscience.

L'analyse des expressions extérieurs, faciales ou des gestes d'une personne, ne suffisent pas à connaître la pensée de l'autre. Ainsi l'Einfühlung est *l'instinct* qui donne la perception de la pensée d'autrui comme un être qui n'est pas nous-même. Au final l'empathie serait une imitation suspendue, intérieure et instinctive nous permettant de connaître le sentiment de l'autre.

I.1.c. Sympathie, Empathie et Compassion

Nous retrouvons donc le terme *Empathie* de l'anglais Empathy chez Edward Titchener qui le dissocie de la Sympathie à travers les travaux de T. Lipps comme une lecture de l'intérieur de l'autre et non comme une simple projection.

La sympathie est le partage des émotions qui pour certains pourrait altérer le jugement des médecins et leur objectivité. En opposition avec l'empathie qui apprécie les émotions sans projection vers l'autre ; pour Lipps cette compréhension implique la neutralité émotionnelle, et elle limite la fatigue émotionnelle du médecin pour certains auteurs.

Comme le suggérait Nightingale & al.(2) dans un article de 1991 *Sympathy, empathy and physician resource utilization*, le risque de commettre des erreurs, aveuglé par nos propres émotions, impose que la sympathie, malgré la différence subtile avec l'empathie, s'efface lors d'une consultation. . L'article fait l'analyse de médecins utilisant leur sympathie dans des contextes cliniques les amenant à aller plus loin dans l'escalade thérapeutique d'un patient fictif en phase terminale d'une tumeur.

La compassion fait, pour certains auteurs, parti intégrante de l'empathie.
Pour d'autres, la compassion comme pour la sympathie, est une réaction émotionnelle où l'homme « souffre avec » son prochain. Il n'existerait donc pas de recherche d'une compréhension à cette émotion et ne serait donc, au contraire de l'empathie, pas envisageable à un apprentissage(9).

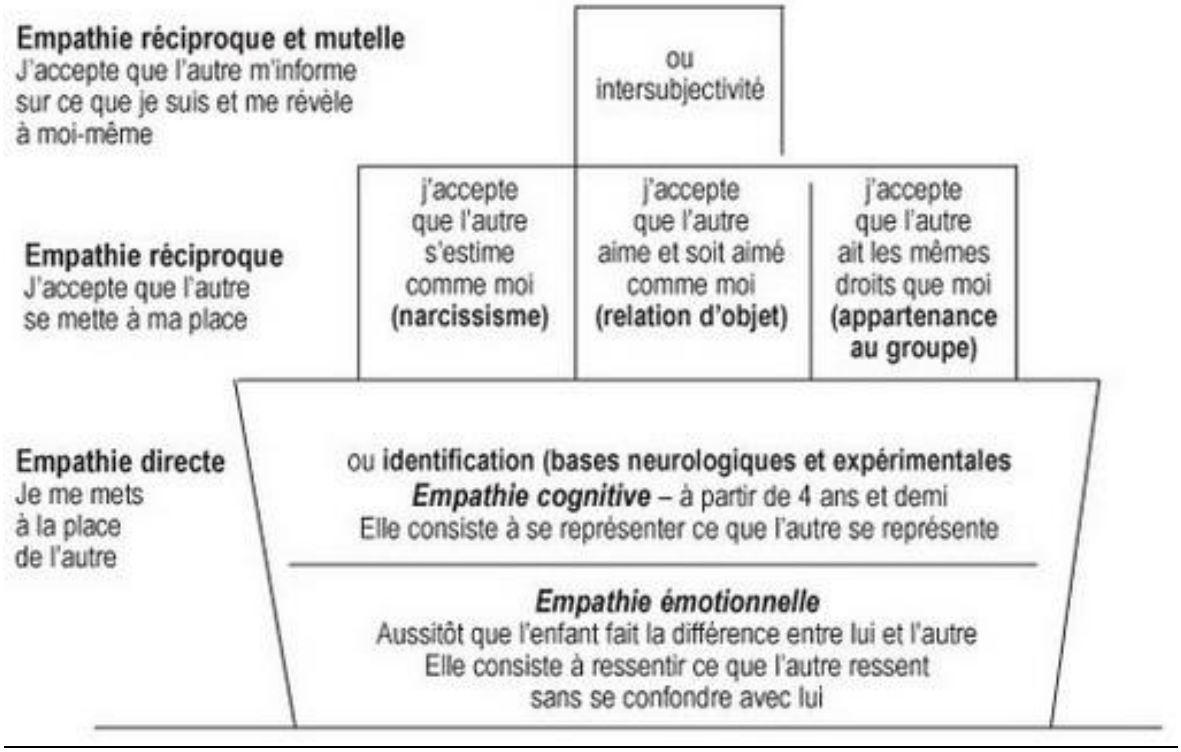
	Objectif	Manière	Implication émotionnelle	Conséquences probables
Empathie	La compréhension de l'interlocuteur. Qu'il s'agisse de choses positives comme de choses négatives.	Se mettre à la place de l'autre tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre (pas de projection).	Idéalement : aucune !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

© Diane Dechièvre, 2006

I.2 Modèle de De Waal : l'empathie dans le monde animal

Frans De Waal en 2008 suggère le modèle des poupées russes où l'empathie est formée de différentes couches(10) dont la base simple permet d'obtenir une empathie bien plus complexe et complète. Il est à préciser que pour cet éthologue et primatologue de formation, l'altruisme dans sa définition biologique, est un comportement intentionnel permettant l'évolution de l'espèce avec un bénéfice mais également un coût pour l'altruiste.

Le psychologue contemporain S. Tisseron précisera cette élaboration de l'empathie par un schéma (11).



La base de l'empathie fait appel à la **contagion émotionnelle** qui se définit comme la réaction d'un observateur à une action à travers le *modèle de perception-action* involontaire(12).
Par la suite cette dernière va plus loin quand l'être tente de comprendre l'état où se situe l'autre et ses émotions. Cette contextualisation est nommée **l'empathie cognitive** ; De Waal parlera également de « préoccupation sympathique ».
Ces deux socles composent ce que l'on nomme l'empathie directe.
Puis en se mettant à la place de l'autre, ce qui exige un changement de **perspective** sans perdre de vue la source réelle de l'état émotionnel de l'autre, nous aboutissons à la 3ème phase.
L'autre en acceptant la capacité du premier à l'informer de ce qu'il est, crée alors l'empathie réciproque et mutuelle nommée **intersubjectivité**.

I.3. Dans la psychologie et le médical

I.3.a Carl Rogers

Empruntant à l'ethnologie dans les années 1960', le psychologue Carl Rogers part du principe que l'Homme est tourné vers la socialisation et est un être rationnel.
Suite à plusieurs expériences sociales, il suggère qu'une atmosphère rassurante pour le "client" est corrélée à une empathie plus importante avec ouverture à l'autre en le mettant au centre sans jugement ni moralisation ; "a positive regard".
Selon C. Rogers & al(13) le médecin lors de sa consultation, doit développer 3 composantes envers son patient :
- avoir une attitude de compréhension empathique
- faire preuve d'une estime positive et sans condition

- être en congruence

On aboutit dès lors à ce qu'on nommera **l'Approche Centrée Patient**.
En étant en harmonie dans ses propos et dans ses gestes, tout en ayant une totale considération positive du patient, le médecin engendre une relation d'ouverture où le patient accepte son potentiel et améliore sa santé.

I.3.b. Le XXIème siècle

Le XXIème est le siècle de la montée de l'empathie dans la pratique médicale avec l'existence de grands nombres de modèles décrits desquels découlent des tests d'évaluation.
Nous pouvons citer le modèle de Hojat avec l'auto-questionnaire JSPE (cf. Mesure de l'empathie) ; le modèle de Davis centré sur l'interaction des composantes affective et cognitive avec l'auto-questionnaire Interpersonnal Reactivity Index (IRI), etc.

Grâce à l'observation du travail infirmier auprès de patients, Morse(14)(15) et al. ont proposé une classification avec quatre composantes/caractéristiques de l'empathie grâce à l'observation du travail infirmier auprès de patients souffrants. Le concept de l'empathie est divisé en caractéristiques affectives, morales, cognitives et comportementales.

L'empathie *affective* ou émotionnelle se caractérise par le ressenti des émotions de l'autre. On se retrouve alors devant une idée que l'homme est capable de ressentir la détresse de l'autre comme un processus inné, naturel et « contagieux ». Nous pouvons reprendre l'exemple d'un nourrisson qui pleure suite aux pleurs des autres nourrissons tel un réflexe(10). Le concept affectif serait alors un préalable spontané indispensable à l'empathie, le socle de cette dernière. Ce concept est à nuancer de par les nouvelles recherches.

Le concept *moral* est décrit par Morse comme « une acceptation inconditionnelle de la différence des autres êtres humains comme condition préalable à des relations humaines ». Ce qui sous-tend que Morse pose l'hypothèse qu'« il existe en chaque être la volonté naturelle ou peut-être un désir irrésistible d'aider les personnes qui sont en état de détresse ou qui ont besoin d'aide ». Le médecin est donc être un être altruiste, conscient qu'il doit s'engager avec l'autre.

La caractéristique *cognitive* correspond au fait de comprendre que les émotions de l'autre ne sont pas les nôtres. Ainsi se mettre à la place de l'autre permet une « prise de perspective » de son passé, son présent, son avenir et de ses ressentis. Pour cela nous devons rester objectifs et à distance de nos propres émotions.

La dernière composante *comportementale* est décrite comme la « capacité à communiquer [notre] compréhension et [notre] préoccupation empathique ». Ainsi l'empathie comportementale est un processus actif et évolutif ; que nous pourrions améliorer par l'expérience et l'apprentissage.

	FOCUS			
	Sufferer-focused (patient)		Self-focused (professional)	
	CHARACTERISTIC	RESPONSE	RESPONSE	CHARACTERISTIC
First-level	Engaged (with sufferer's emotion) Genuine Reflexive	Pity Sympathy Consolation Commiseration Compassion Reflexive reassurance	Guarding Shielding/steeling/ bracing Dehumanizing Withdrawing Distancing Labelling Denying	Anti-engaged (against embodiment, protective)
Second-level	Pseudo-engaged Learned Professional	Sharing self Humour Reassurance (informing) Therapeutic empathy Confronting Comforting (learned)	Rote behaviours 'professional style' Legitimizing/justifying Pity (false/professional) Stranger Reassurance (false)	A-engaged (embodiment absent or removed)

Figure 4 Types of responses by focus and experience of caregiver

Le travail de Morse et al. est centré également sur la théorisation de la communication avec les patients grâce à l'étude des réactions des infirmiers face aux patients souffrants. Ils différencient les réactions des infirmiers entre ceux qui se concentrent sur la souffrance du patient et ceux qui se concentrent sur eux-mêmes ; cela aboutit pour ces derniers à un « anti-engagement » selon Morse et donc à une déshumanisation, une distance voire de la pitié.

Pour aller plus loin, les soignants se concentrant sur la souffrance du patient sont regroupés dans un premier niveau où leur réponse est instinctive et réflexe ; on parvient alors à la compassion, la consolation et la sympathie entre autres.

L'empathie qu'il nomme « thérapeutique » est centrée sur le patient avec une réponse dit de deuxième niveau appelé « pseudo-engagement » en opposition avec l'engagement «avec » la souffrance du patient. Ce niveau est la réponse dite professionnelle ; apprise.

Tous les travaux récents montrent la difficulté de définir exactement l'Empathie, car elle est constituée de multiples facteurs. Nombre d'entre-deux évoquent la dualité cognitive-émotive de l'Empathie mais cela semble plus complexe et prête encore à de multiples recherches.

I.4 L'Empathie clinique

Une définition nouvelle, adaptée à l'utilité contemporaine de l'empathie dite clinique a été proposée par le département de médecine générale de l'Université Paris-Descartes à travers une thèse de A. Maury : « L'empathie clinique est l'association dans la relation thérapeutique de la compréhension non biaisée, intellectuelle et affective du vécu d'autrui, de la sollicitude, implication affective adaptée et chaleureuse et, d'une émotivité suffisamment régulée. »(16)

I.5 Neuroscience, neurones miroirs

La médecine moderne a également apporté l'idée et le nouveau concept des neurones miroirs Cette théorie ouvre la voie vers une compréhension organique, neurologique du processus d'empathie.

Les différents composants de l'empathie peuvent être considérés comme indépendants les uns des autres et sous-tendent des mécanismes neurobiologiques(17).

Les premières études effectuées grâce à l'avancée des techniques d'imagerie ont été faites chez les primates. Selon Rizzolatti and al.(18) les neurones possèdent une fonction « miroir » découverte dans la zone dénommée F5 du cortex pré-moteur cérébral. Chez le chimpanzé les auteurs montrent qu'une action telle que la préhension d'un objet engendre une stimulation de cette zone cérébrale qu'elle soit faite par le sujet lui-même ou par la vue de l'action par un congénère. D'autres territoires(19)(20) vont ainsi être décrits selon les fonctions étudiées (sillon temporal supérieur, portion rostrale du lobule inférieur pariétal...).

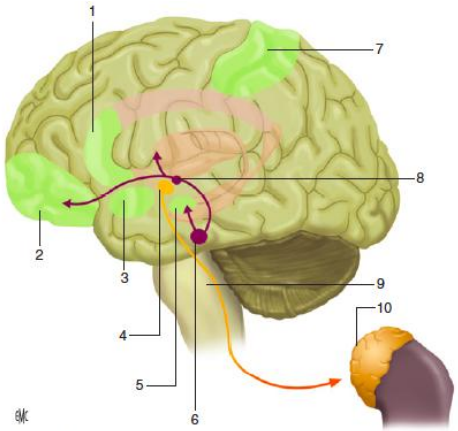


Figure 2. L'empathie met en œuvre un réseau complexe de régions sous-corticales et corticales distribuées et connectées de manière récursive, qui comprend le tronc cérébral, l'amygdale, l'hypothalamus, le striatum, l'insula, le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbitofrontal. Elle implique aussi le système nerveux autonome (branches parasympathiques et sympathiques qui régulent et coordonnent des états internes) et le système neuroendocrinien (en particulier l'ocytocine), impliqués dans les comportements sociaux et les états émotionnels. Ainsi, l'expérience de l'empathie et la motivation du souci de l'autre émergent de l'interaction de plusieurs régions cérébrales en conjonction avec le système nerveux autonome et le système neuroendocrinien. 1. Cortex cingulaire antérieur ; 2. cortex préfrontal ventromédian ; 3. insula ; 4. hypothalamus ; 5. amygdale ; 6. aire tegmentale ventrale ; 7. cortex somatosensoriel ; 8. striatum ; 9. tronc cérébral ; 10. glandes surrénales. Vasopressine ; prolactine ; ocytocine ; progestérone ; opioïdes.

Image. Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie, J. Decety 2017

Les primates et les humains ont ainsi tendance à aligner leur comportement au sein d'un groupe par *imitation*(21). Ce trait de l'évolution aurait un lien avec l'empathie : les sujets capables de plus de mimétisme inconscient dans un environnement social propre auraient plus de facilité à comprendre les émotions d'autrui.

Ainsi la compréhension de l'action de l'autre semble liée à un mimétisme social que la neuroscience explique par l'activité de neurones dits « miroirs », ouvrant la voie d'une empathie cérébrale pouvant être améliorée par la flexibilité neuronale.

I.6 Nécessité d'être empathique ?

Toutes ces recherches sur l'empathie clinique des médecins et des étudiants partent du constat qu'une bonne relation médecin-malade est une nécessité pour un bénéfice médical, psychologique et social(22) pour le patient comme pour le médecin.
En effet il est défini que l'empathie du praticien améliore l'observance du patient ainsi que ses conséquences positives, améliore la confiance du patient envers son médecin, améliore de même les objectifs médicaux. Ceci par exemple dans les soins pour les patients traités pour un diabète(23)(24), pour le suivi cardiovasculaire(25) ou encore dans les rhinopharyngites avec une étude(26) utilisant l'échelle CARE dont nous évoquerons l'avantage dans cette thèse.

Points clés

Nous avons ainsi vu que l'Empathie au fil du temps a été définie dans divers domaines dont fait partie le médical ce qui nous permet de définir l'Empathie Clinique.

Nous pouvons dépeindre la « physiologie » de l'empathie comme un état initial, neuronal, pouvant être changé, amélioré par l'expérience et l'apprentissage.

Le modèle perception-action et les neurones miroirs sont des mécanismes clés sous-jacents. Leurs connexions seraient le chemin vers une prise en charge optimale du patient.

Ceci conduit à :

- la compréhension des émotions de l'autre en se mettant à la place du patient tout en gardant la distance nécessaire pour une réelle analyse ;
- un non-jugement du comportement du patient ;
- une sollicitude envers le patient gérée par nos propres représentations et notre personnalité ;
- la communication de nos émotions et de notre compréhension au patient.

Michael Balint

« Le médicament de beaucoup le plus prescrit est le médecin lui-même ».

II. L’ENSEIGNEMENT DE L’EMPATHIE

II.1 Généralités

Theodor Lipps parlait d'*instinct* afin de préciser le terme le plus proche possible de l'empathie dans sa définition scientifique, médicale.
L’empathie serait donc présente à la naissance sans apprentissage, développée avant d’être utilisée, immuable après son développement, partagée par tous les humains de façon adaptée à l’évolution et gérée par une partie du cerveau bien distincte selon la définition scientifique.

En tant que médecin devons-nous nous contenter d'un instinct "primitif" ou pouvons-nous apprendre et augmenter notre empathie ? Quelle est la place de l'inné, de l'expérience et de l'enseignement ?

II.1.a L'Empathie chez les étudiants en médecine

En France, concernant la relation médecin-malade, les objectifs du premier cycle et du second cycle des études médicales sont bien connus des étudiants.
Nous retrouvons textuellement :
"Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale."

Cet attrait pour la relation avec les patients se retrouve au sein de la nouvelle réforme des études médicales dictée dans le Livre blanc de la réforme paru en Juin 1968(27) : « malgré les dangers [...] à instaurer un enseignement de sciences humaines en médecine, [...] le danger est encore bien plus grand [...] de lancer dans la nature les nouvelles générations de médecins qui referont [...] les mêmes erreurs que leur aînés. »
Ces réflexions pour une réforme des études médicales ont apporté une place centrale aux relations médecin-malade avec une formation qui se voulait obligatoire afin de débuter une sensibilisation des étudiants à la « médecine humaine ». L’objectif est de ne pas laisser l’étudiant lors de son premier contact avec le monde médical à l’hôpital, un sentiment d’impuissance. L’étudiant trouve ainsi une place où il peut s’exprimer librement à travers ses formations qui se veulent théorique et pratique.

Dans l’objectif d’acquérir des connaissances théoriques et pratiques cliniques, les études médicales durent plusieurs années. Nous avons en premier cycle des études médicales deux années "pré-clinique" avec pour objectif principal un apprentissage de la sémiologie médicale.

Par la suite quatre années supplémentaires permettent d'aborder la clinique avec des stages de toutes spécialités médicales ou chirurgicales qui sont les éléments clés du parcours de l'étudiant afin de développer les compétences nécessaires aux soins des patients.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'empathie est une de ces compétences essentielles. Pourtant nous observons un déclin de l'empathie au cours des années d'études et de l'expérience clinique dans certains pays(3)(28)(4)(29), et une augmentation dans d'autres(30). Cette décroissance du niveau d'empathie des étudiants se retrouve dans les pays occidentaux ainsi que dans l'Orient et en Asie.
Plusieurs explications ont été proposées(6)(28). Il est tout d'abord difficile de faire la différence entre une vraie diminution de l'empathie et un déclin lié au contexte universitaire où les premiers stages avec un enseignement au « pied du lit du patient » ainsi que les examens et la validation des années universitaires pourraient faire passer au second plan la relation avec les patients. Il existerait ainsi une différence entre l'idéalisation des études médicales et la découverte des enseignements théoriques. De plus cette décadence se retrouve principalement lors du passage à la pratique clinique(31) (que ce soit après la 3ème année ou autre selon les pays). Il est posé comme hypothèse une autoprotection des étudiants face à la réalité des maladies et malades rencontrés.

II.1.b Quelles formations de l'empathie ?

Plusieurs études ont permis d'ouvrir la voie de la formation afin d'améliorer le niveau d'empathie des étudiants en médecine(32). Les auteurs ont ainsi mesuré différentes techniques comme des dizaines de chemins amenant à un même objectif.

Il est intéressant de voir à travers la thèse de C. Eydaleine (2015)(33) que « la représentation de l'empathie pour les internes de médecine générale » est pour une grande part cognitive (comparé à l'empathie émotionnelle). La part de l'enseignement, qu'il soit théorique ou clinique, est probable dans ce résultat.

Des simulations de consultations avec des patients ont été évaluées (34), ou encore l'utilisation des vidéos de performances théâtrales ou de films(35)(36) peuvent augmenter le niveau d'empathie des étudiants sur le long terme durant la phase clinique de leur formation. Ces projections entrent certainement dans le cadre de la technique d'apprentissage de la compétence *communication* grâce à la compétence de la prise de perspective ; se mettre à la place de l'autre.
Par ailleurs d'autres auteurs se sont penchés sur la technique de la *narration.* Ceci afin d'améliorer les connaissances et leur intérêt pour les sciences humaines à travers la littérature, les écrits et les poèmes(37).
Dans un plan parallèle, une revue s'est intéressée à la théorie cognitive basée sur la pleine conscience (TCBPC) afin de favoriser l'empathie des médecins et le bien-être des patients à travers une meilleure communication grâce à une autorégulation des émotions du médecin ce qui augmenterait son altruisme et diminuerait le burn-out(38).

En poursuivant la « logique » de se mettre à la place du malade, d'autres études ont fourni aux étudiants des expériences de pseudo-hospitalisations afin qu'ils vivent les soins médicaux du point de vue du malade ou encore d'expérimenter la maladie en tant qu'accompagnant de véritables patients(39)(40).

Nous voyons ainsi que plusieurs méthodes sont étudiées afin de montrer un intérêt pour une formation de « l'empathie ». Ces études, dont nous obtenons des résultats disparates, ouvrent la voie à l'exploration d'un nouveau cursus universitaire pour les étudiants en médecine, concernant la relation avec leurs patients et l'amélioration de leurs soins et de leur bien-être.

Notre étude s'intéresse plus particulièrement à la méthode de la formation à la relation thérapeutique nommée également méthode de type « Balint ».

II.2 Les groupes Balint

II.2.a Michael Balint

Michael Balint (1896-1970) (de son nom de naissance Mihaly Bergsmann) était un médecin, psychiatre et psychanalyste qui s'intéressa aux relations médecin-malade. Son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie* édité en 1957 nous amène à comprendre les fondements psychanalytiques des relations avec nos malades.

Précurseur des groupes de réflexion nommés par la suite « groupes Balint », ce fils de médecin généraliste d'origine hongroise fit sa formation auprès de Sandor Ferenczi et étudia à l'institut psychanalytique de Berlin. Exilé en Angleterre en 1939 après le décès brutal de sa première épouse et le suicide de ses parents durant la déportation, il s'y installe et travaille à partir de 1945 à la Tavistock Clinic comme psychiatre. La Tavistock clinic s'intéressa à la médecine dite civile à la suite des guerres mondiales en travaillant sur des psychothérapies. C'est à la suite de la seconde guerre mondiale que les équipes de psychiatres débutèrent des participations en petits groupes.
Le premier séminaire proposé par M. Balint à Londres eut lieu en 1950.

Il reconnaît l'importance de la relation médecin-malade comme un traitement important. Il continua dès lors ses travaux avec des médecins généralistes réunis en groupes de 8 à 10 omnipraticiens en cours d'échanges, de discussions lors de séminaires hebdomadaires encadrés par un ou deux psychiatres sur une période de deux à trois ans à la Tavistock Clinic à Londres.
La nouveauté de ces groupes fut de proposer une formation et non un enseignement sans jugement. M. Balint parlait de « droit à la bêtise ». La formation n'avait pas pour but une thérapeutique immédiate mais de développer des compétences au long cours.

II.2.b Les groupes Balint, Le médecin, son malade et la maladie (1957)

Dans son ouvrage publié en 1957, *Le médecin, son malade et la maladie* (41), Michaël Balint a retiré des différents cas exposés par les médecins plusieurs éléments que nous pouvons mentionner afin de mieux saisir l'importance de ces groupes d'échanges.

Les groupes d'omnipraticiens participèrent volontairement au « Séminaire de Discussion Collective sur les Problèmes Psychologiques afférents à l'exercice de la Médecine Générale »(42).
Ces groupes débutaient pour chaque séance par un récit d'un médecin ayant une difficulté dans la relation avec son patient. Les discussions avec les membres du groupe ainsi que le partage en continue sont mis en œuvre sous des lignes directives afin de se consacrer à l'amélioration de la relation médecin/malade.

Les propriétés thérapeutiques identifiées permettent d'aider les médecins à acquérir des compétences :

La Collusion de l'anonymat
« Des décisions vitales sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable. »
Ainsi le médecin généraliste, les autres médecins spécialistes et le patient se rejettent la responsabilité du diagnostic et/ou du traitement.

Les « offres du malade », de l'organique au psychologique : la classification hiérarchique
Certains patients afin d'éviter des problèmes dans leur vie personnelle « offrent » à leur médecin des maladies avec un processus évolutif en continuant à proposer de nouvelles maladies jusqu'à aboutir à un accord qui satisfait les deux parties.

…Enfin et surtout du « médecin remède » :
«Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. […] Dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. »(41)
Le médecin répondant en tant que remède aux offres, c'est-à-dire aux plaintes et symptômes du malade, le fixera dans sa maladie.

Ce « remède médecin » est une thérapeutique dont on ne sait comment l'utiliser en fonction de chaque individu et dont on ne connait pas les effets secondaires. Balint émet l'hypothèse de la **fonction apostolique** du médecin afin de mieux appréhender notre relation avec nos patients. Balint parlera d'"[une] fonction apostolique [qui] signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade »(41). Autrement dit chaque médecin possède ses propres valeurs et opinions de ce qu'un patient doit être. Ce qui conditionne les « offres » organisées ou non du patient et les désirs.

Ainsi avec les hypothèses révélées grâce aux 28 cas proposés et discutés lors de ces séances, les groupes qu'on appellera de type « Balint » deviennent dès 1957 une formation complémentaire aux médecins généralistes afin d'améliorer les relations médecins-malades via plusieurs mécanismes dont l'*empathie.*

II.2.c Les groupes Balint et l'Empathie des médecins

Les groupes Balint sont en constante augmentation dans le choix des médecins généralistes dans le cadre de leur formation complémentaire. Nous observons également un développement des groupes via des plateformes internet comme en Australie pour les médecins ruraux(43).

En parallèle, nous observons un intérêt grandissant pour les groupes Balint à visée de formation durant les études médicales notamment pendant l'internat(44), que ce soit dans une spécialité d'organe(7)(45)(46) ou en médecine générale(6), avec des résultats significatifs en faveur d'une amélioration de l'empathie.

Les groupes de type Balint invitent les étudiants à un échange sur de multiples cas rencontrés(47) et permettent un encadrement dans une structure universitaire.

Tout ceci s'est développé en France grâce à la rencontre entre Michael Balint et Ginette Raimbault en 1954 date à partir de laquelle les enseignements se mettent en place. Intégrés par la suite dans la formation médicale continue, les groupes Balint en France vont également être reconnus au niveau national et international avec la création de plusieurs associations.

Malgré cela, il semble que les étudiants en médecine ont le sentiment qu'il manque un enseignement de la relation médecin-malade au sein de leur cursus. En France un état des lieux de 2014(48) montre que seulement 43% des facultés proposent un enseignement, qui plus est libre ou optionnel, en rapport avec la psychosomatique dont 14% (5 facultés sur 34) le font par les groupes de type Balint dans le cursus de médecine générale, comparé à 20% d'enseignement libre toutes spécialités confondues, avec un volume horaire disparate.

Il est à remarquer que plusieurs thèses de médecine ont pour sujet l'intérêt des groupes de type Balint dans la formation universitaire des médecins(49)(50) en collaboration avec des facultés où la mise en place des enseignements est récente (après 2010). La plupart se concentre sur une population d'internes et il en ressort l'importance d'une bonne relation avec leurs patients. Pour leur formation, les initiations aux groupes Balint ont encouragé à poursuivre dans cette voie avec un besoin ressenti de découvrir et d'approfondir leurs connaissances et analyses des situations du côté psycho-analyse.
Les caractéristiques des formations grâce aux groupes Balint ne sont encore pas uniformisées dans le cadre du cursus universitaire. Plusieurs facultés en France(51) proposent des séances

obligatoires ou optionnelles, pour les externes ou les internes, avec un volume horaire différent, avec un ou deux modérateurs et sur une durée différente.

II.3 Les formations à la relation thérapeutique

A travers les travaux de M. Balint s'est construit un modèle de formation aux étudiants dans les universités de Paris-Descartes(49) dès 2003 et Paris VII que nous avons étudié dans cette thèse.
Ce modèle nommé Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) diffère des groupes Balint déjà mis en place pour les omnipraticiens.

Il s'adresse aux étudiants en médecine dans un cadre préservant la liberté et le non-jugement. Afin de permettre aux étudiants de développer en plus de leur intérêt pour le somatique, cette FRT doit être mise en place dès l'externat avec l'obligation d'y participer. Dès lors des médecins généralistes s'intéressant aux formations des étudiants tels que Anne-Marie Reynolds puis Louis Velluet en 2010 parleront de « moments favorables » à cette formation lors du cursus universitaire. A partir du premier stage hospitalier dit « infirmier » que propose le cursus l'étudiant est confronté aux malades, à la maladie et à la mort et les FRT sont une aide appréciable. Le deuxième moment favorable serait lors de l'internat, notamment de médecine générale, et pendant les premiers stages dans les structures libérales, là où le quotidien de la pratique médicale avec toutes les « offres » des malades apparaissent.

A l'occasion de ces FRT tous les étudiants sont sollicités pour parler d'un cas particulier dans le cadre d'un même petit groupe avec un ou deux animateurs, sans note, dans le secret médical ce qui permet de travailler autour de plus de deux cas par séances ayant posé un problème relationnel.
Le respect et le non jugement de chacun sont des règles principales. Un premier temps permet au narrateur de s'exprimer avant un second temps où le groupe est amené à échanger grâce à des questions (de précision par exemple) et leurs ressentis. L'intérêt de la formation est le développement progressif de réflexions à travers les échanges. Pour cela la mise en place est également importante avec des chaises installées en rond, sans table, sans note et une vision globale du groupe. En ce sens il faut également un groupe stable avec un apprentissage de chacun au fur et à mesure des séances(52).

De plus les FRT permettent aux animateurs d'expliquer des concepts psychologiques ou psychanalytiques afin que l'étudiant puisse comprendre et analyser les situations que nous pouvons retrouver dans nos propres consultations.

Points clés

L'enseignement de l'empathie fait partie des priorités dans l'amélioration de la relation médecin-malade et de la santé de nos patients.
Le concept des groupes de type Balint ainsi que le développement des formations à la relation thérapeutiques ont démontré leur force dans l'évolution positive de l'empathie grâce à des séances régulières encadrées par des professionnels formés pour cela.

La théorie du médecin-remède prend ici tout son sens.
Développer l'empathie des futurs médecins dès les premières années universitaires se fait dans l'optique de comprendre et saisir l'importance de leur relation aux patients et qu'ils utilisent dès lors cette dernière comme thérapeutique inépuisable et modulable à chaque individu.

III. MESURE DE L'EMPATHIE

III.1 Généralités

Nous avons réfléchi sur les bases de l'empathie, l'importance dans l'amélioration de la santé humaine et sur l'enseignement de ce concept complexe.

Ainsi afin de mettre en avant l'amélioration de l'empathie nous devons concevoir comment mesurer l'empathie et quels sont les moyens que nous avons utilisés dans cette étude.

Depuis plusieurs années se sont développés en parallèle à la théorisation de l'empathie, de multiples tests mettant sur des échelles de valeurs diverses le niveau d'empathie et de ses composants exposés auparavant.
Il existe des auto-questionnaires ainsi que des questionnaires extérieurs remplis par un tiers utilisés dans les différentes études.

III.2 Conceptualisation des questionnaires

Dans notre étude, le Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) a été choisi dans la mesure où cette échelle récente a été développée pour les professionnels soignants en formation ou établis(53) ; en comparaison par exemple à l'échelle Interpersonal Reactivity Index (IRI) développée initialement pour la population générale.

En prenant l'exemple de ces deux auto-questionnaires nous voyons que l'IRI se base sur les deux composantes *émotionnelle* et *cognitive.*
Pour sa part le JSPE donne une part importante à l'aspect clinique par la composante *cognitive* avec la compréhension du médecin des émotions de son patient.

III.3 Jefferson Scale of Physician Empathy

Développé par Hojat et *al*(54)(55), le Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) est un score d'auto-évaluation évaluant le niveau d'empathie grâce à une échelle de Likert de 1 à 7 (1 = Pas du tout d'accord à 7 = Tout à fait d'accord) allant de 20 à 140 points.

Il existe 3 versions du JSPE.
Le **JSPE-HP** est la version destinée aux médecins et autres professionnels de santé validée en 2002 par Hojat and al définissant 3 composants répartis sur 20 questions nommés *items* nous permettant alors de les regrouper :

- Perspective taking : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 20
- Compassionate care : items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19
- In the patient's shoes : items 3 et 6

Ces derniers peuvent être traduits comme :

- La prise de perspective (d'autrui).

Comprenant 10 questions relatives à **l'importance qu'accorde le soignant à sa compréhension volontaire et réfléchie** du patient dans sa globalité en tant qu'individu unique. C'est ainsi que les questions font réagir sur la compréhension du ressenti, de l'état émotionnel, du langage non-verbal entre autres de leur patient.

- Les soins compassionnels ou le souci compatissant.

Comprenant 8 questions relatives à **l'attention qu'accorde le soignant au ressenti, aux émotions** de leur patient.

- La capacité à se mettre à la place du patient.

Ce questionnaire accorde donc une grande place à **l'empathie cognitive**, consciente et réfléchie du médecin.

La version française de la JSPE-HS fut validée par l'équipe Zenasni and al en 2012(56) à travers les travaux en collaboration avec le département de médecine générale de Paris Descartes associé au département de psychiatrie.

La deuxième version de l'auto-questionnaire est le **JPSE-S** transcrit pour les étudiants en médecine.
Cette version transpose le JSPE dans le domaine de la formation en modifiant les questions destinées aux médecins en remplaçant les termes « je » et « mes patients » par « le médecin » et « leur patient ». Cette version a été choisie dans notre étude afin d'être au plus près des conditions de notre méthode d'analyse (Annexes 3 et 4).
Nous pouvons également relater que la version française du JSPE-S pour les étudiants en médecine est en cours de validation au sein aussi du département de médecine générale de Paris Descartes.

La troisième version est le **JSPE-HPS** destinée aux étudiants des autres professions de santé.

III.4 Développement d'autres questionnaires

La mesure de l'empathie n'est pas spécifique au domaine médical. Cependant certains tests sortent du lot et sont utilisés par le monde scientifique de par leurs qualités méthodologiques.

III.4.a Interpersonal Reactivity Index

Un autre auto-questionnaire est utilisé dans les études afin de mesurer l'empathie des professionnels de santé, dont les étudiants en médecine, et est l'un des plus anciens (1980) : l'Interpersonal Reactivity Indec (IRI).
Il dégage par ses 28 questions des groupes d'analyse en facteur commun : la prise de perspective, la tendance au monde fantastique, la prévenance et la détresse personnelle.

III.4.b Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

Elaboré en 2011 l'auto-Question of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) se base sur une définition de l'empathie clinique. Il est ainsi utilisé dans plusieurs études ayant pour but d'analyser l'empathie dans le secteur médical bien qu'il n'ait été validé qu'en population générale et pas spécifiquement chez les médecins.

III.4.c Auto-questionnaires non spécifiques

Afin de comprendre qu'il existe diverses mesures de l'empathie nous pouvons citer le Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), l'Accurate Empathy Scale (AES), l'Empathy Construct Rating Scale (ECRS), validés mais non spécifiques au domaine médical ; ainsi que l'History-taking Rating Scale (HRS) et l'Empathy Spirituality and Wellness in Medicine Survey (ESWMS) qui ne sont pas validés pour la mesure de l'empathie telle que nous l'avons décrite(32).
L'utilisation de ces questionnaires pour évaluer l'empathie des (étudiants) médecins sont alors parfois modifiés par les équipes de recherche.
Il est nécessaire de comprendre que chaque questionnaire se concentre sur les différents aspects (affectif, cognitive, moral, comportemental) de l'empathie ; ainsi selon l'échelle utilisée nous pouvons obtenir des résultats divergents ou non.

III.4.d Hétéro-questionnaire

Le Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physicians Empathy (JSPPPE)(57) est une échelle de Likert de 5 questions proposées aux patients afin d'évaluer leur ressenti vis-à-vis de l'empathie de leur soignant.
Le score Consultation and Relational Empathy (CARE) a été originellement développé pour l'amélioration des soins psychiatriques et de nursing avant d'être ajusté dans la pratique de la médecine générale.
Validé en 2004(58), le questionnaire CARE apporte le point de vue du côté des patients évaluant leur praticien grâce à 10 items avec une échelle de 6 points(59).

Points clés

L'hypothèse d'une amélioration possible de l'empathie des étudiants en médecine amène logiquement à vouloir mesurer cette dernière.
Or, de par la complexité et le caractère multidimensionnel de l'empathie, sa mesure devient également complexe.
Il existe ainsi divers questionnaires adaptés ou non de la population générale aux praticiens, validés ou non par des études.
L'objectif étant d'obtenir un questionnaire validé et disponible dans plusieurs langues ayant une spécificité pour le domaine médical afin de mesurer l'empathie dans son enseignement aux étudiants. Nous verrons que dans cette thèse nous avons choisi d'utiliser le JSPE-S.

Ainsi nous avons pris conscience que l'Empathie est une force pour le médecin. Empathie qui est actuellement au cœur des priorités afin de toujours améliorer et tendre vers une relation idéale avec nos patients.
Permettre une formation de cette empathie à travers le cursus universitaire dès le début des études médicales est ce vers quoi nous pouvons approcher dans les années à venir.
Afin d'affiner l'efficacité de cet enseignement nous allons nous consacrer à comprendre s'il est plus profitable à certains étudiants en particulier.

Guillaume Appolinaire

« J'aime les hommes, non pour ce qui les unit mais pour ce qui les divise, et des cœurs, je veux surtout connaître ce qui les ronge ».

PROBLEMATIQUE

L'empathie en médecine générale est un facteur bénéfique dans la relation médecin-malade. Pourtant les composants verbaux et physiques ne sont pas innés.

C'est pourquoi les formations aux étudiants en médecine semblent être nécessaires afin d'améliorer l'empathie des médecins et donc une meilleure relation médecin-malade. Cependant, n'y a-t-il pas des facteurs socio-démographiques et culturels qui rentrent en jeu dans les capacités d'empathie ?

Des études récentes révèlent que l'âge, le niveau d'étude, le niveau social aisé ou encore le choix de spécialité peuvent être corrélés au niveau d'empathie.

Dès lors, cette étude vise à faire le lien entre les capacités d'apprentissage de l'empathie par la formation universitaire aux étudiants en médecine par des groupes Balint et les facteurs influant l'empathie au préalable (*i.e.* avant la formation).

Ainsi nous allons comparer l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs socio-démographiques et culturels.

PARTIE 2 : ETUDE

I. METHODES

I.1 CONTEXTE DE L'ETUDE « EMPATHIE 4»

I.1.a Préambule

L'étude EMPATHIE 4 fait partie de la lignée de plusieurs études naissant d'une collaboration entre le département de médecine générale et l'institut de psychologie de l'université Paris Descartes.
Les études EMPATHIE 1, 2 et 3 ont permis l'élaboration de résultats et de thèses centrés sur la volonté d'une meilleure compréhension de ce qu'est l'empathie et comment elle peut nous aider, en tant que médecin, dans nos relations aux patients et l'amélioration des soins.

I.1.b Résultats des différentes études EMPATHIE

Un des résultats est la relation entre le burn-out et l'empathie chez les médecins généralistes. Nous retrouvons les concepts d'empathie cognitive favorisant une prise de distance vis-à-vis de nos patients ; alors qu'un épuisement émotionnel survient si notre empathie affective est élevée. Il existe plusieurs liens entre le burn-out et les relations médecins-malade(60).

Par la suite des études ont également travaillées sur l'empathie des internes. Les déterminants de l'empathie d'un interne ou médecin généraliste sont fonction de la personnalité du médecin comme du patient, de l'environnement de la consultation ainsi que du contexte pathologique l'amenant en consultation(61).

L'étude *Interlife* a par la suite permis d'analyser l'empathie des internes et de définir le concept d'empathie clinique basé sur les auto-questionnaires de mesure d'empathie.

Pour aller plus loin dans la réflexion, nous nous sommes intéressés à l'hypothèse d'un enseignement visant à augmenter le niveau d'empathie des étudiants en médecine(6).

I.1.c Cursus universitaire

L'université Paris Descartes offre aux étudiants en médecine le choix de modules complémentaires différents. Lors de l'année universitaire 2015-2016 durant laquelle nos analyses furent faites, seulement un tiers de la promotion DFASM1 a pu bénéficier de la formation à la relation thérapeutique (FRT) par manque d'enseignants qualifiés dans ce domaine. L'objectif final est de pouvoir faire participer tous les étudiants à la rentrée universitaire 2017-2018 dès le DFASM1, étape clé des études médicales comme nous l'avons décrit précédemment.

I.1.d EMPATHIE 4

Cette thèse s'ancre dans une étude des départements de médecine générale des universités Paris-Descartes et Paris VII où l'objectif fut d'évaluer l'enseignement de l'empathie aux étudiants avec une mesure de l'empathie par auto-questionnaires mais aussi grâce à des simulations de consultations avec des patients (Examen Clinique Objectif Structuré ECOS).

D'autres thèses s'inscrivent également dans la suite de cette étude et sont en cours de finalisation.

II.2 POPULATION

II.2.a Type d'étude

L'étude est ancillaire d'une étude interventionnelle randomisée par groupe contrôle et prospective multicentrique.
La population est celle des étudiants en médecine en DFASM1 d'octobre à décembre 2015 ayant eu une formation de type Balint « Formation à la relation thérapeutique » (FRT) dans deux facultés de médecine : Paris V (Paris Descartes, associé au centre hospitalier Cochin dans le 14ème arrondissement) et Paris VII (Paris Diderot, associé au centre hospitalier Bichat-Claude Bernard dans le 18ème arrondissement).
Le groupe « formation » a été formé après randomisation sur chaque centre.

II.2.b Critères d'inclusion de l'étude EMPATHIE 4

Les critères d'inclusion concernent tous les étudiants en 4ème année de médecine.

Pour cela à l'université Paris-Descartes les étudiants sont répartis aléatoirement en 3 pôles consécutifs dans l'année scolaire dont un propose la FRT. Nous avons pour cette étude EMPAHTIE 4, analysé le premier groupe ayant participé au pôle comportant les séances de FRT. Le deuxième pôle du premier trimestre n'ayant pas eu de formation relative à la relation médecin-malade fut le groupe contrôle. Le troisième pôle ayant participé à la médecine narrative n'a pas été inclus.

Nous pouvons rappeler que l'enseignement dirigé intitulé médecine narrative se base sur l'analyse de textes écrits par les étudiants sur des situations personnelles.

A l'université Paris VII, il fut tiré au sort une première liste de 90 étudiants. Par la suite, une randomisation en 2 groupes de 45 étudiants FRT contre témoin a été effectuée à l'aide d'un logiciel créé par l'un des responsables du département de pédagogie.

Cette thèse se porte donc sur les deux groupes des deux facultés ayant participé aux séances de FRT.

II.2.c Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion des étudiants sont : le refus de participation des étudiants, les étudiants redoublants, les étudiants ayant choisi un stage non clinique, les étudiants ayant déjà eu la formation testée ou ayant eu une formation analogue.

II.2.d Recrutement

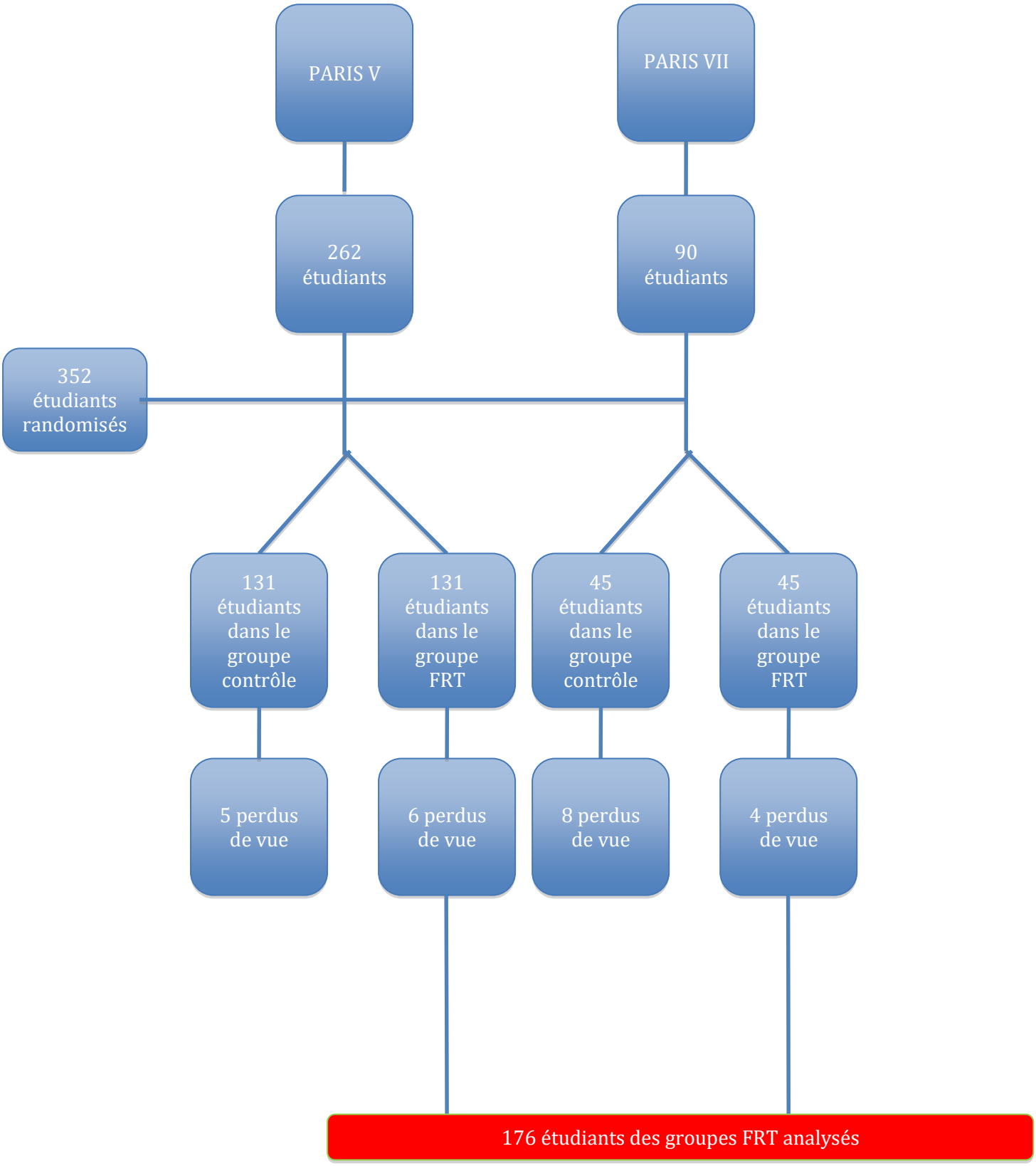
Chaque étudiant en médecine en DFASM1 ayant fait un stage clinique a complété après consentement écrit, le questionnaire validé en français du JSPE-S ainsi que des informations socio-démographiques (Annexe) à partir de septembre 2015 via la plateforme Moodle utilisée dans les 2 universités étudiées.

Par la suite les étudiants ayant été randomisés dans le groupe FRT ont reçu 7 séances entre Octobre et Décembre 2015 alors que le groupe contrôle n'a pas reçu de FRT.

90 étudiants ont été randomisés dans la faculté de Paris VII avec 45 étudiants dans chaque groupe contrôle et FRT ; 262 étudiants ont été randomisés dans la faculté de Paris V avec 131 élèves dans chaque bras.

Notre étude concernant les facteurs socio-démographiques s'intéresse aux 176 étudiants qui ont participés à la FRT.

Diagramme de flux (comprenant l'étude princeps et notre étude ancillaire).



III. MATERIEL

III.1 Questionnaires

III.1.a L'auto-questionnaire Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)

Le niveau d'empathie a été étudié grâce à la version étudiante traduite en français et en cours de validation dans cette langue.
Le questionnaire a été complété par les élèves une première fois avant le début des formations à la relation thérapeutique ; puis une seconde fois après avoir effectué toutes les séances de cet enseignement. Le groupe témoin n'ayant pas participé aux formations a également rempli les deux questionnaires aux mêmes périodes.

III.1.b Les données socio-démographiques

Concomitamment aux questionnaires JSPE-S, les étudiants ont pu répondre à travers la même plateforme internet via moodle à des questions orientées sur des données socio-démographiques. Ces dernières sont décrites par la suite.

III.2 Recueil de données

Le recueil de données a été effectué avec le logiciel Excel®.
Les différentes variables recueillies correspondent à des variables qualitatives et sont détaillées dans ce chapitre.

III.2.a Auto-questionnaire JSPE

Les réponses des étudiants aux questionnaires concernant le niveau d'empathie ont été structurées sur l'échelle de Likert des chiffres 1 à 7 avec un calcul des sommes des réponses en n'omettant pas l'inversion des chiffres selon les questions posées ; ceci pour les JPSE-S avant et après la formation aux étudiants.

III.2.b Variables descriptives démographiques

L'analyse du facteur genre est une première étape. L'appartenance à une université et le lieu de naissance correspondant à la France ou à l'étranger seront également des variables étudiées.

III.2.c Variables descriptives sociales

Nous retrouvons ensuite les variables concernant le milieu économique (activité professionnelle, boursier), le milieu familial (niveau d'étude des parents, vit seul) et le milieu social (langues parlées telles que le français ou autre).

III.2.d Variables descriptives universitaire et professionnelle

Nous avons également étudié les variables concernant les orientations médicales divisées en spécialités dites « people-oriented / orientée-patient» ou dites « technology-oriented / orientée-technique » puis également en spécialité de médecine générale ou toutes les autres ; ceci pour les facultés de Paris V et Paris VII.

Table 1. Career Preference Categories [17,18]

People-oriented specialties	Technology-oriented specialties
Internal medicine	Pathology
Family medicine	Surgery and surgical subspecialties
Pediatrics	Radiology
Neurology	Radiation oncology
Rehabilitation medicine	Anesthesiology
Psychiatry	
Emergency medicine	
Obstetrics and gynecology	
Ophthalmology	
Dermatology	

III.3 Analyses statistiques

Plusieurs étapes ont été nécessaires afin d'obtenir les résultats présentés dans le chapitre suivant.
Les analyses statistiques ont été effectuées avec les logiciels Excel® avec un fichier .csv et une analyse de tableaux dynamiques, logiciel R® version 3.3.2. et Microsoft Word®.

L'impact des FRT sur l'empathie des étudiants a été mesuré en bi-varié pour chaque variable décrite grâce aux deltas des réponses de l'échelle Likert de l'auto-questionnaire JSPE avant la formation et après la formation. Nous obtenons des résultats en Fréquences, Moyennes, Médianes, Ecart-types et Minimum, Maximum.
Le seuil admis pour l'intégration dans l'analyse multivariée des résultats afin d'étudier l'association entre l'impact de la formation et des variables étudiées est de <0,2. Pour étudier le lien entre le niveau d'empathie (variable quantitative de l'échelle JSPE-S) en fonction de chaque facteur étudié, ici catégoriel, nous avons utilisé un test de Student.
Nous poursuivons l'analyse multivariée de nos variables qualitatives avec un seuil de significativité $p<0,05$.

Grâce aux données de la littérature avec l'utilisation de PubMed, pour cette analyse nous avons intégré la donnée démographique « genre », « orientation vers la médecine générale » et la donnée « loisir » ainsi que les variables obtenant une corrélation avec l'impact de la formation ; soit les variables « université», « niveau d'étude des parents » et « souhait d'orientation de spécialité ».

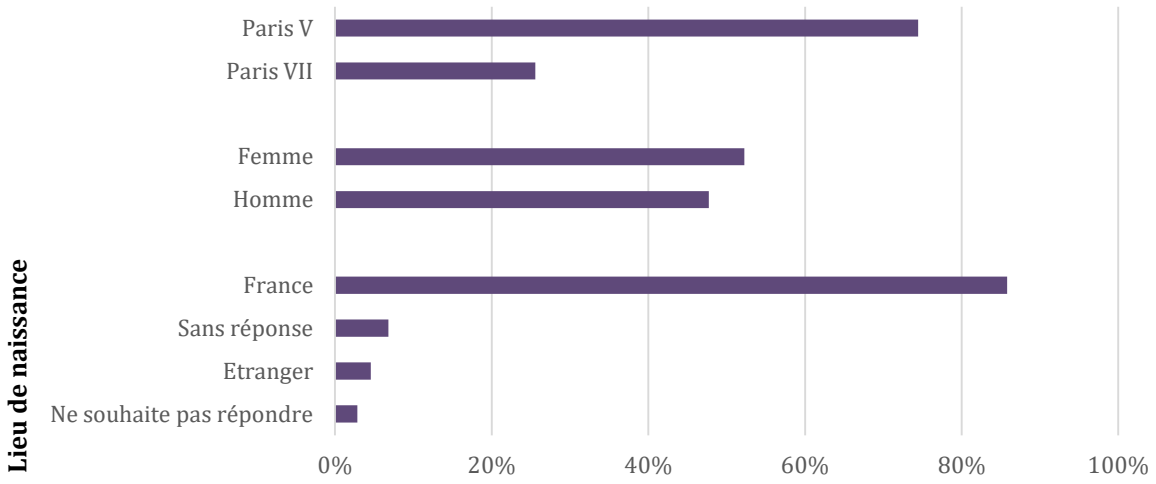
III.4 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique se fit à travers PubMed, Sudoc, EM-Premium et Embase.
Les mots clés principaux utilisés sont : empathy, education, health praticioners, sociodemographic, medical student, training, Balint.

IV. RESULTATS

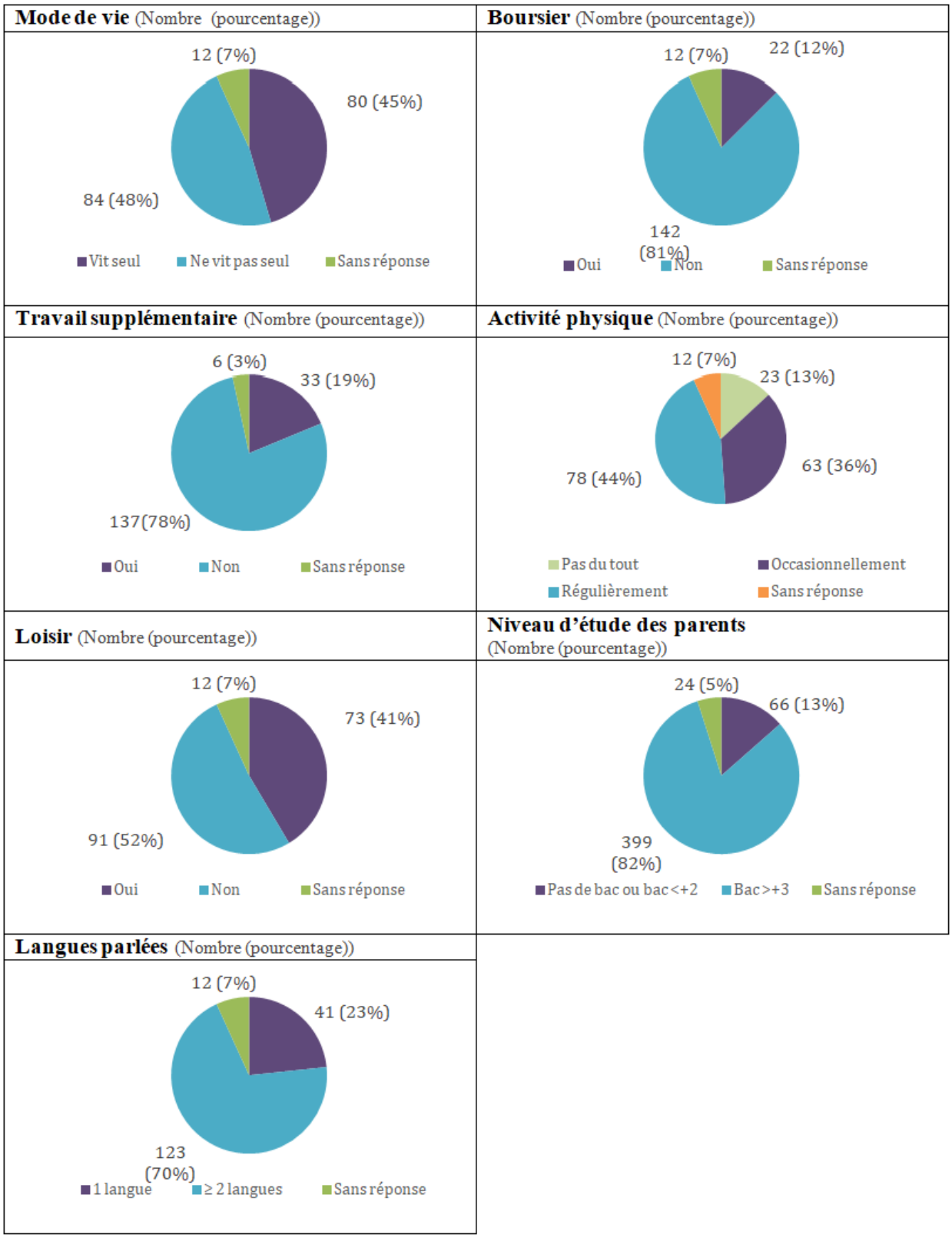
Le taux de réponses est de 93.18 % lors du recueil de données avant le début des formations à la relation thérapeutique et de 96.59 % lors du deuxième recueil après la formation.

IV.1 Données descriptives



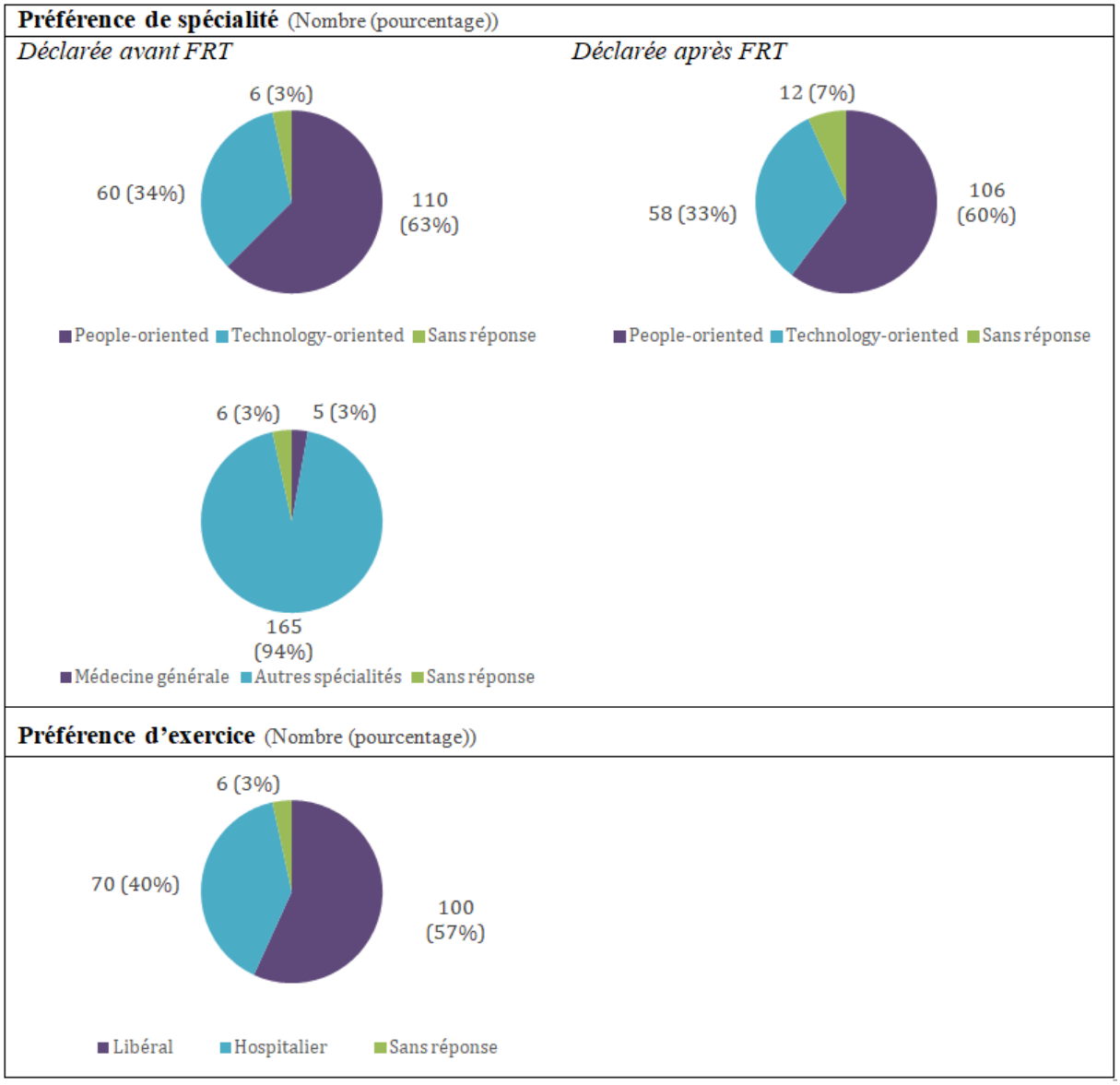
<u>Diagramme 1.</u> Données démographiques

Notre population est représentée par autant d'étudiants féminins que masculins.
Les étudiants dont les réponses ont été analysées sont majoritairement nés en France (86 %).



<u>Diagramme 2.</u> Données sociales

Les données sociales soulèvent sur le plan financier que les étudiants sont majoritairement non boursier (81 %). Le niveau d'éducation de leurs parents dépasse le baccalauréat +2 pour la plupart de notre population et les étudiants n'ont pas d'emploi supplémentaire.
Sur le plan de leur environnement, la moitié des étudiants vivent seuls et déclarent ne pas avoir de loisir.
Enfin 70 % des étudiants sont bilingues voire plus.



<u>Diagramme 3.</u> Données professionnelles

Les pourcentages entre les différentes préférences des choix de spécialités déclarées par les étudiants restent stables avant et après la FRT. Un peu plus de 30 % des étudiants choisissent une spécialité orientée-patient mais seulement 3 % déclarent vouloir pratiquer en tant que médecin généraliste.

Enfin 40 % des étudiants déclarent vouloir travailler par la suite dans le monde hospitalier vis-à-vis du libéral.

IV.2 Analyses bi-variées

Le niveau d'empathie des étudiants des deux facultés est de 110.53 ± 10.41 avant la formation et de 111.58 ± 10.82 après.

Il est important pour comprendre cette étude de différencier l'amélioration de l'empathie selon les variables étudiées par le fait des formations (par exemple les femmes profitent plus des formations que les hommes pour augmenter leur niveau d'empathie), et la différence du niveau d'empathie de manière descriptive non analysé ici (par exemple différence du niveau d'empathie chez les hommes et les femmes).
Dès lors dans cette thèse nous nous intéressons plus précisément sur l'analyse d'une amélioration ou non du niveau d'empathie pour chaque facteur sociodémographique cité précédemment dans les groupes ayant reçu les formations.

IV.2.a Tableaux récapitulatifs des niveaux d'empathie avant la formation

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	**p-value**
Université		
Paris V	110.53 ± 9.36	0.2185
Paris VII	107.79 ± 13.2	
Sexe		
Femme	111.21 ± 10.48	0.09102
Homme	110.29 ± 10.22	
Lieu de naissance		
France	109.71 ± 10.48	0.02677*
Etranger	115.92 ± 6.23	

Tableau 4. P-value entre les niveaux d'empathie selon les données démographiques avant FRT entre les variables étudiées
*** Différence significative avec p < 0,05**

Nous ne retrouvons pas de différence sur les niveaux d'empathie avant la FRT entre les étudiants de la faculté de Paris Descartes et de Paris Diderot, ni entre les femmes et les hommes. Par contre le niveau d'empathie de notre population née en France est plus élevé significativement que ceux dont la naissance est à l'étranger.

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	p-value
Mode de vie		
Vit seul	108.74 ± 9.74	0.09322
Ne vit pas seul	111.88 ± 10.44	
Boursier		
Oui	110.81 ± 9.91	0.716
Non	109.97 ± 10.34	
Travail supplémentaire		
Oui	109.82 ± 10.48	0.7856
Non	110.37 ± 10.28	
Loisir		
Oui	112.49 ± 8.34	0.005279*
Non	108.14 ± 11.26	
Niveau d'étude des parents		
Pas de bac ou bac < +3	109.47 ± 11.77	0.2326
Bac ≥ +3	111.58 ± 9.63	
Langues parlées		
1 langue	110.15 ± 10.09	0.8963
≥ 2 langues	109.89 ± 10.89	

Tableau 5. P-value entre les niveaux d'empathie selon les données sociales avant FRT entre les variables étudiées
*** Différence significative avec p < 0,05**

Sur le plan des données sociales, il n'existe pas de différence significative entre les niveaux d'empathie avant la FRT (mode de vie, boursier ou non, niveau d'étude des parents, emploi supplémentaire, nombre de langues parlées). La seule différence observée est une meilleure empathie chez les étudiants ayant déclaré avoir un loisir.

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	p-value
Préférence de spécialité		
Déclarée avant FRT		
Orientée-patient	109.88 ± 9.82	0.9357
Orientée-technique	110.02 ± 11.5	
Déclarée après FRT		
Orientée-patient	112.63 ± 9.75	0.1103
Orientée-technique	109.47 ± 10.99	
Médecine générale	112.63 ± 8.52	
Autres spécialités	110.13 ± 10.55	0.5559
Préférence d'exercice		
Libéral	109.93 ± 10.28	0.8375
Hospitalier	109.64 ± 10.67	

Tableau 6. P-value entre les niveaux d'empathie selon les données professionnelle et universitaire avant FRT entre les variables étudiées

Les spécialités dites orientées-malade, la médecine générale ou le milieu libéral ou hospitalier ne montrent pas de différence dans le niveau d'empathie des étudiants avant la formation.

IV.2.b Tableaux récapitulatifs des niveaux d'empathie avant et après la formation

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	**Niveau d'empathie après formation (moyenne ± EC)**	**p-value**
Université Paris V Paris VII	 110.53 ± 9.36 107.79 ± 13.2	 111.11 ± 11.38 112.38 ± 8.71	Entre les universités **0.0274*°**
Sexe Femme Homme	 111.21 ± 10.48 110.29 ± 10.22	 112.32 ± 9.01 111.58 ± 12.62	Entre les sexes 0.627
Lieu de naissance France Etranger	 109.71 ± 10.48 115.92 ± 6.23	 111.19 ± 11.02 114.08 ± 7.51	Entre les lieux de naissance 0.4295

<u>Tableau 7.</u> P-value entre les niveaux d'empathie selon les données démographiques avant et après FRT
*** Différence significative en analyse bivariée avec p < 0,05**
° Analyse bi-variée avec p < 0,2 pris en compte dans l'analyse multivariée

Dans le domaine démographique nous retrouvons une différence significative dans l'amélioration du niveau d'empathie du fait de la formation entre les étudiants de Paris Descartes et ceux de Paris Diderot (p<0,03). Par contre le genre et le lieu de naissance n'apporte pas de différence dans l'amélioration de l'empathie suite à une formation.

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	**Niveau d'empathie après formation (moyenne ± EC)**	**p-value**
Mode de vie Vit seul Ne vit pas seul	 108.74 ± 9.74 111.88 ± 10.44	 109.42 ± 11.56 111.36 ± 10.54	Sur le mode de vie 0.5165
Boursier Oui Non	 110.81 ± 9.91 109.97 ± 10.34	 113.01 ± 13.27 111.14 ± 10.43	Sur le fait d'être boursier ou non 0.62
Travail supplémentaire Oui Non	 109.82 ± 10.48 110.37 ± 10.28	 111.73 ± 9.97 109.44 ± 13.75	Sur avoir un travail ou non 0.3527
Loisir Oui Non	 112.49 ± 8.34 108.14 ± 11.26	 113.24 ± 10.05 109.91 ± 11.24	Sur avoir un loisir ou non 0.5593
Niveau d'étude des parents Pas de bac ou bac <+3 Bac ≥ +3	 109.47 ± 11.77 111.58 ± 9.63	 111.58 ± 9.95 111.58 ± 10.72	Entre les niveaux d'étude des parents **0.02925*°**
Langues parlées 1 langue ≥ 2 langues	 110.15 ± 10.09 109.89 ± 10.89	 111.54 ± 10.87 110.94± 10.8	Entre le nombre de langues parlées 0.6394

<u>Tableau 8.</u> P-value entre les niveaux d'empathie selon les données sociales avant et après FRT
*** Différence significative en analyse bivariée avec p < 0,05**
° Analyse bi-variée avec p < 0,2 pris en compte dans l'analyse multivariée

Seul le niveau d'études des parents apporte une différence significative dans l'amélioration de l'empathie des étudiants dans les données sociales avec un bénéfice des étudiants ayant des parents avec une éducation inférieur au baccalauréat +3 (p<0,03).

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	Niveau d'empathie après formation (moyenne ± EC)	p-value
Préférence de spécialité			
Déclarée avant FRT			Entre la préférence de spécialité *déclarée avant la FRT* **0.04383*°**
Orientée-patient	109.88 ± 9.82	112.45 ± 9.72	
Orientée-technique	110.02 ± 11.5	109.08 ± 12.37	
Déclarée après FRT			Entre la préférence de spécialité *déclarée après la FRT* 0.2124
Orientée-patient	111.08 ± 9.75	113.15 ± 9.36	
Orientée-technique	108.29 ± 10.99	108.19 ± 12.55	
Médecine générale	112.63 ± 8.52	112.63 ± 6.37	Entre la médecine générale et les autres 0.2568
Autres spécialités	110.13 ± 10.55	111.57 ± 10.93	
Préférence d'exercice			Entre le libéral ou l'hospitalier 0.4435
Libéral	109.93 ± 10.28	112.12 ± 9.64	
Hospitalier	109.64 ± 10.67	110.99 ± 10.09	

Tableau 9. P-value entre les niveaux d'empathie selon les données universitaire et professionnelle avant et après FRT
*** Différence significative en analyse bivariée avec p < 0,05**
° Analyse bi-variée avec p < 0,2 pris en compte dans l'analyse multivariée

Grâce aux questionnaires recueillis avant les séances de FRT, les étudiants ayant déclarés vouloir choisir une spécialité dite orientée-patient ont un bénéfice significatif sur leur niveau d'empathie suite à la FRT (p<0,04).
Mais si nous prenons les déclarations faites sur leur choix de spécialité, après les séances de formation, aucune différence des niveaux d'empathie entre avant la formation et après n'est retrouvée.

IV.3 Analyse multivariée

Cette étude retrouve en analyse multivariée des résultats qui consolident les études précédentes.
En intégrant les différences significatives en analyse bivariée des niveaux d'empathie avant et après l'enseignement par FRT ainsi que les données retrouvées dans la littérature comme ayant un impact nous obtenons une analyse multivariée à 6 variables : le genre, le niveau d'étude des parents, la préférence d'une orientation vers les spécialité dites orientées-patients, la présence de loisirs, le choix d'une orientation vers la médecine générale et l'université à laquelle appartiennent les étudiants.

Analyse multivariée	Coefficient de corrélation	p-value
Genre	- 0.2895	0.833450
Niveau d'étude des parents	- 6.9718	**0.002731***
Université (P5 ou P6)	- 4.1489	**0.013441***
Loisirs	- 0.6552	0.638595
Spécialité orientée-patient	3.9726	**0.006816***
Spécialité médecine générale	- 4.6484	0.298138

Tableau 10. P-value entre les variables remarquables en analyse multivariée
*** Différence significative avec p < 0,05**

Ainsi on retrouve une amélioration de l'empathie significativement plus élevée après la formation pour les étudiants s'orientant vers les spécialités dites orientée-patients, pour les étudiants ayant un parent avec un niveau d'étude inférieur à la licence (équivalent au baccalauréat +2), de même que chez les étudiants de l'université de Paris VII.

V. DISCUSSION

V.1 Synthèse des résultats

Le taux de réponses supérieur à 93 % avant et 96 % après la formation est élevé.

Aucune différence de niveaux d'empathie dans notre population des étudiants en médecine de 4ème année (DFASM1, ex-DCEM2) avant la formation à la relation thérapeutique (FRT) n'a été retrouvée pour les variables étudiées ; sauf pour la variable « pratique d'un loisir » où les étudiants ont un niveau d'empathie plus élevé s'ils ont répondu oui mais également pour la variable « lieu de naissance » où les étudiants nés à l'étranger ont une meilleure empathie initiale.
Ceci permet de tout de même de comparer une population homogène ; que l'étudiant soit de telle université, une homme ou une femme, d'origine française ou non, vivant seul ou avec des parents de bas ou de haut niveau socio-économique, le niveau d'empathie préalablement décrit avant la FRT est homogène.

Après les séances dans le cadre de la FRT proposées aux étudiants dans leur cursus d'externat au sein de nos deux facultés étudiées, nous observons une augmentation significative de l'empathie des participants pour 3 variables étudiées en analyse bivariée.

1. Les universités

Les participants à la FRT de la faculté de médecine de Paris VII dans notre étude disposent d'une amélioration significativement différente de leurs niveaux d'empathie comparativement aux étudiants de Paris V ($p = 0,0274$).

2. Le niveau d'étude des parents

Il existe une différence significative dans l'augmentation du niveau d'empathie entre des étudiants ayant des parents avec un niveau d'éducation supérieur ou égal au diplôme du baccalauréat +3 et ceux ayant un niveau inférieur à ce dernier ($p = 0,02925$).

3. La préférence de spécialité déclarée avant la FRT

Nous retrouvons une différence significative dans l'augmentation de l'empathie des étudiants ayant choisi AVANT formation une spécialité orientée-patient vis à vis d'une spécialité de type « technique » (chirurgicale, santé publique, anatomopathologie, radiologie, anesthésie) ($p = 0,04383$).
Nous observons que cette différence s'efface lorsque nous prenons les déclarations des choix de spécialités faites après les sessions de formation.

Les autres variables étudiées dans cette thèse ne correspondent pas à une meilleure amélioration de l'empathie des étudiants que ce soit dans le domaine démographique (genre et lieu de naissance) ou sociale (surtout le critère que l'étudiant ait une bourse d'étude ou non) ou environnementale (pratique d'une activité physique, loisir, etc.).

Enfin l'analyse multivariée a mis en évidence des liens entre trois facteurs influençant l'amélioration du niveau d'empathie des étudiants après une formation à la relation thérapeutique qui sont :

- le lieu universitaire de formation
- le niveau d'éducation des parents « faible »
- la préférence d'une spécialité future dite orientée-patient.

V.2 L'étude EMPATHIE 4

Cette thèse est basée sur l'étude EMPATHIE 4.
L' étude princeps dont est issu cette thèse, a permis une randomisation des étudiants dans les deux centres avec une analyse prospective avec la création d'un groupe ayant reçu la formation à la relation thérapeutique ; lequel est notre population d'étude.

Il est à préciser que la version envoyée aux étudiants des universités Paris V et Paris VII a été involontairement modifiée avec l'oubli de la 9ème question correspondant à un item de la catégorie « prise de perspective ».
Cela ne modifie pas significativement les résultats obtenus : le coefficient alpha de Cronbach est bon et est calculé pour cette étude à 0,8.

V.3 Discussion sur les variables socio-démographiques et professionnelles

L'empathie est un sujet développé dans les études de façon finalement assez récente.
Des variables ont été choisies dans cette thèse comme facteur favorisant ou freinant l'apprentissage de l'empathie grâce à l'apport de la littérature.

V.3.a Variables intrinsèques

Le facteur immuable qui est corrélé à l'empathie, retrouvé dans les études est le genre des médecins(28)(34)(55).
M. Hojat(62) dans la lignée d'une théorie de l'évolution de la parentalité suggère que les femmes développent une attention plus importante à leur descendance que les hommes. Ceci dans l'idée d'une meilleure perception et compréhension des émotions d'autrui(63).
Notre étude remet en cause cette hypothèse car nos résultats ne retrouvent pas de différence d'empathie entre les genres que ce soit à l'état basal ou après formation.

V.3.b Variables environnementales

Premièrement la culture d'un pays influence les résultats du niveau d'empathie des médecins. Par exemple nous retrouvons dans des pays asiatiques un moindre score comparé aux pays occidentaux (64)(30). Les hypothèses émises sont multifactorielles. Les patients des pays orientaux décrivent une relation avec leur médecin où le respect et la distance sont importants pour eux. Par ailleurs le parcours universitaire où la compétition et les demandes scientifiques pures (de science fondamentale) sont élevées a pour conséquence un stress important des étudiants modulant ainsi leur empathie. Nous retrouvons également ce constat au Moyen-Orient (65).

Cette thèse révèle des résultats compatibles avec un niveau d'empathie des pays occidentaux sans formation, dont les données de la littérature sont importantes pour les Etats-Unis.
A partir de ces différents articles, nous observons une moyenne occidentale de JSPE à 110 points et donc nous pouvons considérer qu'une somme des réponses du questionnaire JSPE supérieur à 110 est une « bonne empathie ».

Les lieux de naissance des étudiants ont été répertoriés et ne montrent pas de différence dans la formation de l'empathie dans nos résultats. Ceci dans la mesure où l'origine ethnique des étudiants et de leurs parents n'a pas été collectée dans un souci éthique. Ainsi plus de 85 % des étudiants sont nés en France ce qui ne prévaut pas de l'origine ethnique de leur famille et qu'ils ont été éduqués dans une culture de type occidentale. D'autant qu'il est à remarquer que la majorité des étudiants sont bilingues ou plus ce qui peut supposer des origines parentales autre que française. Nous ne sommes pas en mesure ici de différencier le niveau d'empathie en fonction de l'origine ethnique de la famille de l'étudiant De même, il est à noter qu'il n'y a pas de données sur les croyances religieuses.

Par ailleurs la position financière de l'étudiant a été étudiée ici à travers les données d'une activité professionnelle supplémentaire et/ou d'une acquisition d'une bourse scolaire. Aucune différence dans le bénéfice d'une formation à l'empathie n'en est ressortie. Ce qui est intéressant dans la mesure où il est retrouvé dans la littérature qu'un niveau financier élevé est associé à une empathie plus élevé initialement(66).

En outre intéressons-nous au niveau d'études des parents des étudiants analysés, correspondant également aux données économiques.
Une étude de 2013(66) nous montre une donnée intéressante sur le lien entre le niveau d'empathie et la relation avec la mère mais également avec le niveau d'éducation de la mère. Il est observé une empathie plus élevée s'il existe une relation forte (jugée bonne par l'étudiant grâce à une échelle construite pour l'étude), avec la mère ou un niveau d'éducation maternel élevé de la mère ; il n'y avait d'impact sur les données paternelles équivalentes.

V.3.c Variables universitaires et professionnelles

Sur le plan démographique universitaire nous avons étudié deux sites facultaires de médecine de Paris Descartes dont le centre hospitalier référent est situé dans le 14ème arrondissement de Paris ainsi que Paris Diderot situé dans le 18ème.
Initialement avant la FRT, il n'existe pas de différence significative de l'empathie des étudiants des deux facultés.

Par ailleurs nous avons étudié les choix de spécialités déclarés par les étudiants avant la FRT mais également après la formation.
En effet sans mention d'un enseignement à l'empathie, il est retrouvé que les étudiants(4)(66)(67)(68) ainsi que les praticiens faisant le choix d'une spécialité qualifiée comme « orientée-malade » (« people-oriented ») ont un score empathique plus important.

V.4. Discussion sur les bénéfices d'une formation

V.4.a Les études portants sur les différentes formations

Des revues de la littérature(32)(69)(70) mettent en valeur les multiples outils de communication dont l'hypothèse dans l'amélioration de l'empathie sont en cours d'étude et décrits comme positifs. Nous pouvons citer le nombre de 66 % des articles montrant une augmentation de l'empathie quel que soit la qualité de la méthodologie.

Il existe une hétérogénéité dans les formations et outils utilisés.
Plusieurs logiques s'en dégagent. Par exemple les sessions proposant des vidéos ou des lectures peuvent correspondre à une volonté d'enseigner des outils de communication avec le patient. Ou encore la formation sous forme de narration ou le théâtre permettent aux étudiants de se mettre à la place du patient et de faire jouer leurs propres émotions.

De plus les mesures du niveau d'empathie sont multiples. Plusieurs études utilisent des échelles non validés pour le domaine médical. En outre les échelles peuvent être des auto- comme des hétéro-évaluations.

Malgré la définition complexe de l'empathie et par conséquence de sa mesure, de l'hétérogénéité des méthodes et des mesures, nous observons un effet positif des formations chez les étudiants comme les praticiens.

V.4.b Les études sur les formations type Balint et à la relation thérapeutique

Des études utilisant les formations de type Balint afin d'évaluer l'impact sur l'empathie des étudiants sont récentes et ouvrent la voie de cet enseignement que ce soit en médecine générale(6)(71) ou dans les spécialités d'organes(7).

V.4.c Les bénéfices d'une formation à l'empathie selon les facteurs socio-démographiques

Plusieurs réflexions se fondant sur cette étude sont à analyser.
En effet nous allons nous intéresser à comprendre les bénéfices de la FRT chez les étudiants en médecine selon leurs caractéristiques « université », « choix de spécialité » et « niveau d'étude des parents » dont les résultats en accord avec notre problématique sont remarquables.

Il est fort intéressant à travers cette thèse de souligner que les données de la littérature retrouvent une empathie équivalente chez les étudiants ayant une orientation médicale centrée patient (dit « people-oriented ») ou orientée-technique initialement. Et parallèlement on retrouve un enseignement plus favorable si les étudiants ont choisis les spécialités orientées-patient si nous prenons les déclarations des étudiants avant les sessions de FRT. Par contre si les données déclarées après la FRT sur les choix de spécialité sont analysées, nous perdons le bénéfice de la formation. De plus nous observons qu'en prenant les déclarations après la FRT, le niveau d'empathie des étudiants ayant choisis une spécialité-orientée patient est déjà plus élevé (que celui déclaré avant la FRT et que celui déclaré après la FRT chez les choix orientés-technique).

	Niveau d'empathie avant formation (moyenne ± EC)	**Niveau d'empathie après formation (moyenne ± EC)**	**p-value**
Préférence de spécialité			Entre la préférence de spécialité *déclarée avant la FRT* **0.04383*°**
Déclarée avant FRT			
Orientée-patient	109.88 ± 9.82	112.45 ± 9.72	
Orientée-technique	110.02 ± 11.5	109.08 ± 12.37	
Déclarée après FRT			Entre la préférence de spécialité *déclarée après la FRT* 0.2124
Orientée-patient	111.08 ± 12.37	113.15 ± 9.36	
Orientée-technique	108.29 ± 10.99	108.19 ± 12.55	

Ceci pose l'hypothèse possible qu'après la formation, les étudiants ont pu modifier leur choix de spécialité souhaitée et qu'il est possible que les étudiants ayant initialement un niveau d'empathie « bas » aient orienté leur choix post-formation vers les spécialités dites « techniques ».

Les changements de choix entre les spécialités dites orientées-patient et dites orientées-technique peuvent être dus à la formation mais également aux stages effectués par les étudiants. En effet il est imaginable qu'un étudiant ayant initialement choisi les spécialités chirurgicales puisse se retrouver dans un stage dans ce sens mais en être désabusé après la pratique. Ces changements peuvent être en parti associés aux stages mais également à la formation. En effet nous observons une différence (non significative statistiquement, p = 0.7172) entre le niveau d'empathie chez les étudiants choisissant les spécialités dites orientées-patient avant et après la formation (109.9 versus 111.1).

Les séances de FRT peuvent permettre aux étudiants de comprendre comment mieux gérer leur relation avec leurs patients et de diminuer peut être un manque de confiance en soi. Il est remarquable que les étudiants exposent le fait qu'ils réalisent ne pas être seul dans leur cas.

Beaucoup de facteurs peuvent être retrouvés dans le choix d'une spécialité, que ce soit la personnalité de l'étudiant(61)(72), la pression familiale et/ou sociale, et donc également le niveau d'empathie. Enfin il est à remarquer que la question de la préférence de spécialité a été posée à des étudiants de 4ème année débutant leur externat et donc ayant un premier réel contact avec les patients ; le jeune âge et la faible avancée dans leur étude modifie certainement les données entre la préférence et leur choix réel futur.

De même notre étude révèle un bénéfice de la formation pour les étudiants ayant un ou des parents avec un niveau d'éducation moindre. En parallèle dans la littérature on observe de base une empathie plus importante chez les étudiants avec une mère ayant un diplôme de haut niveau(66).

Nous observons également un bénéfice des séances de FRT chez les étudiants de l'université de Paris VII comparés à ceux étudiant à Paris V.
Il est à discuter le rôle des animateurs des séances. En effet à Paris VII il y a eu moins d'animateurs (car moins de groupes d'étudiants). De plus nous pouvons nous demander quelle a été la formation des animateurs dans le cadre de la FRT et quelle est leur formation initiale pouvant influencer le déroulement d'une séance (spécialité d'organe, médecin généraliste, psychanalyste, psychologue, etc.). Et dernièrement les étudiants de Paris VII pouvaient refuser de participer à la FRT ; les étudiants moins motivés et/ou moins orientés vers la relation médecin-patient et l'empathie peuvent ainsi ne pas avoir participé à la formation.

Aucun autre facteur social n'a pu être noté comme favorisant l'empathie suite à une formation.

Par exemple il semble que la pratique d'une activité physique régulière soit associé à une meilleure empathie(73), cependant nos résultats ne montrent pas de bénéfice entre les étudiants ayant eu une formation et ayant une activité régulière et ceux n'ayant pas recours à un sport. L'activité physique régulière étant possiblement reliée à un bien-être, qui plus est élevé, plus il favorise l'impact des études médicales sur l'empathie(74).

Par ailleurs les résultats vis-à-vis de la présence d'un loisir ou non peut être difficilement interprétée car le « loisir » est ici mal identifié ; un loisir solitaire (lecture, jeux solitaires, etc.) ou un loisir social (rencontre sociale, sport collectif, etc.) influent différemment sur le bien-être, le burn-out par exemple et donc sur le niveau d'empathie.

En outre nous pouvons nous demander si le niveau financier n'a pas d'impact dans le bénéfice de la FRT chez les étudiants dans la mesure où on retrouve un niveau initial déjà plus élevé chez ces derniers(66).

V.5 Discussion sur la méthodologie

V.5.a Les points forts

En premier lieu, cette étude est multicentrique, interventionnelle, prospective et longitudinale. La puissance de l'étude est bonne avec un échantillon de 176 étudiants analysés.

De plus, nous avons utilisé un questionnaire évaluant l'empathie validé pour notre population d'étude des étudiants en médecine.
Afin d'éviter le biais d'information, le questionnaire fut identique dans les deux facultés. De plus les étudiants n'étaient pas avertis de l'objet de l'étude et les personnes ayant recueilli les informations n'avaient pas le groupe de randomisation à disposition.

V.5.b Les limites

Il existe des limites à l'étude.

Tout d'abord les deux sites universitaires sont parisiens intra-muros.
Le biais de la méthode de recrutement et d'inclusion est principalement due à l'obligation pour les étudiants de Paris Descartes de participer à une option (que ce soit la FRT ou un contrôle) afin de valider leur module universitaire ; alors que pour la faculté de Paris Diderot il s'agissait d'un tirage au sort d'étudiants volontaires. La question qui se pose alors est l'impact de la formation chez les étudiants ayant déjà initialement une motivation, sans récompense, donc possiblement une attraction pour le sujet de la relation médecin-malade ayant choisi par eux-mêmes de participer à l'enseignement à Paris Diderot. Cela correspond-il dès lors à la différence significative en faveur d'un meilleur apprentissage chez ces derniers ? Nous avons donc un biais de volontariat ici.

Par ailleurs, le questionnaire JSPE-S correspond à une auto-évaluation. Le biais de déclaration s'en retrouve dès lors, avec les deux extrêmes ; à savoir une sous-estimation de ses « capacités » ou au contraire des réponses jugées « bonnes » par les étudiants pour augmenter leur niveau d'empathie que cela soit conscient ou non(75) ; nous retrouvons ici le biais de désirabilité sociale et les artéfacts du questionnement.
Nous n'avons pas étudié ici l'empathie ressentie du point de vue des patients(58)(57).
La corrélation entre les réponses des médecins (souvent avec le questionnaire JSPE) et l'évaluation des patients (JSPPPE) est disparate selon les études(76).
De plus il s'agit d'une étude avec un seul questionnaire. Il est intéressant de voir que si nous changeons d'échelle d'évaluation il se peut que nous ne retrouvions aucune amélioration de l'empathie sur les facteurs analysés ; la composante cognitive de l'empathie étant priorisée dans le questionnaire JSPE.

V.6 Ouverture

Plusieurs perspectives découlent de nos résultats.

Nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques des étudiants en médecine mais pas des patients. En effet face à un patient homme ou femme, jeune ou âgé, de telle ou telle origine ethnique, un changement de comportement du médecin entre probablement en jeu.

Par ailleurs, le biais de déclaration des étudiants pourrait être corrigé par une analyse sur le long terme avec le choix définitif de spécialité de nos étudiants.

Il faut garder en mémoire la notion que la culture, les pays, les cursus médicaux différents, le taux d'empathie et son amélioration sont surtout étudiés dans les pays occidentaux avec un grand échantillon de population retrouvé dans les études nord-américaines.
Des études multicentriques internationales restent à réaliser.

CONCLUSION

L'empathie des étudiants et praticiens médicaux est un grand sujet avec une multiplication par 10 des articles en l'espace de 20 ans(77).
Et pourtant en France la formation des étudiants en médecine dans le domaine psycho-social n'est pas encore suffisamment développée(48).

Toujours en évolution dans sa définition et son étude, l'information essentielle de cette thèse est que la formation et l'amélioration du niveau d'empathie des médecins est favorisée par des facteurs socio-démographiques et culturels. Ainsi plus précisément cette étude permet de caractériser les étudiants ayant un bénéfice supérieur à l'enseignement de l'empathie en lien avec de multiples facteurs. Comme nous l'avons étudié, la littérature sur l'empathie, son enseignement par les groupes de type Balint ou autres ainsi que les facteurs socio-démographiques apporte progressivement un grand champ de perspectives dans l'amélioration de la relation médecin-malade.

Cette thèse montre un lien entre la méthodologie de l'enseignement suivi par les universités (animateurs, séances, caractère obligatoire ou optionnel), le niveau d'étude des parents inférieur à la licence (baccalauréat +3) et la préférence d'une future spécialité dite orientée-patient des étudiants en médecine favorisant l'empathie.

La relation entre le médecin et son patient est un sujet vaste et complexe dont l'empathie est une des clés, nécessaire et recherchée. La formation de l'empathie est un sujet récent dont les résultats de cette thèse permettent d'en comprendre les enjeux et d'améliorer l'apprentissage aux étudiants.

ANNEXES

Annexe 1. Cursus universitaire DFSAM1 Paris V – 2015

EXTERNAT

DCEM2 : PROGRAMME, LIVRES

Pôle 1
CARDIO, PNEUMO, RÉA

Cardio : Le plus le plus fréquemment conseillé est le KB : plutôt clair, exhaustif, avec des fiches flash en fin de chapitre pour cerner l'essentiel. Il existe également un Collège aux éditions Masson, qui a l'avantage d'être plus synthétique sur certains items (mais également moins aéré et facile à apprendre). Par ailleurs, il existe de nombreux livres pour apprendre à lire un ECG, le plus connu étant « Lecture accélérée de l'ECG » par Dale et Dublin. Didactique, avec des textes à trous à remplir, on peut en faire le tour en une semaine (n'hésitez pas à l'emprunter en BU)

Pneumo : Encore une fois, il s'agit d'un duel entre le College (aux S-Editions) et le KB. Le collège a quand même la faveur des étudiants, étant la référence et agréable à lire. Le KB est plus synthétique, et manque parfois de rigueur dans ses explications.

Réa : La plupart des items de Réa sont traités dans d'autres matières, aussi les ouvrages type ECN ne sont pas forcément nécessaires pour se préparer. On vous conseille donc le poly de la fac : très bien fait, idéal pour valider les partiels mais aussi pour apprendre les bases des questions de Réa pour les ECN. Il existe également un collège d'Urgences-Réanimations, mais beaucoup trop exhaustif pour un premier tout de D2. Pensez également à aller en TD, ils sont plutôt bien faits.

Pôle 2
HÉPATO-GASTRO, ENDOC

Endocrino : Le KB n'a pas vraiment de concurrent en endoc. Didactique, il fournit des explications complètes sur chaque item tout en mettant en valeur les points important. N'oubliez pas de bosser les NEM et PEAI car, même si ne ce sont pas des items officiels pour l'ECN, ils tombent régulièrement aux partiels ! Pour les fans de la collection, il existe aussi un collège mais celui-ci est moins confortable à apprendre (sauf éventuellement pour le diabète). Aller en ED est vivement conseillé.

Hépato gastro : Le collège a été récemment mis à jour avec des efforts d'illustration et de clarté, le rendant très agréable à la lecture. Cependant, le KB reste encore devant : plus orienté ECN, il permet de cerner et retenir parfaitement les points clés, tout en donnant des explications claires pour comprendre les pathologies.

Pôle 3
RHUMATO, ORTHO, DERMATO

Dermato : Le nouveau collège (éditions Masson) est le plus fréquemment utilisé : depuis sa dernière mise à jour, il est riche en illustrations (important +++ en dermato, n'hésitez pas à regarder des images ailleurs) et la mise en page est plus claire. Pour les allergiques des collèges, il existe également un Intermed bien fait.

Rhumato : Les étudiants bossent généralement sur le collège (COFER, éditions Masson). Les items y sont plus ou moins bien traités, certains (Ostéoporose) étant des pavés de texte imbuvable tandis que d'autres se bossent très facilement. L'alternative est le KB, plus aéré et concis.

Ortho : Aucun livre n'est particulièrement agréable pour travailler en ortho (en même temps, demander à des orthos d'écrire un bouquin…). Le KB est généralement cité, mais pour dépenser moins de sous vous pouvez prendre l'intermémo qui est une version condensée du KB.

+

Module 10
CANCÉRO

Séminaire
RADIOLOGIE

Item 45
ADDICTOLOGIE

Optionnel obligatoire
MEDECINE NARRATIVE

Optionnels (1)

Observation directe des bébés
Formation à la relation thérapeutique
Pédopsychiatrie de liaison
Urgences
Médecine tropicale et humanitaire
Méthodes diagnostiques de base en parasitologie et microbiologie
Informatique médicale
Responsabilité médicale/Déontologie
Médecine du sport
Images clés
Risques liés aux activités médicales
Être chirurgien
Médecin des situations critiques ou extrêmes
Histoire de la médecine
Anglais médical
SIDA
Techniques chirurgicales – Voies d'abord
Éducation thérapeutique
La mort suspecte

Annexe 2. Optionnel Formation à la relation thérapeutique Paris V

UE : FORMATION A LA RELATION EN DFASM1

Pr Philippe Jaury, Pr Maurice Corcos, Pr Marie-Rose Moro, Pr Cédric Lemogne, Dr Céline Buffel du Vaure et Dr Marie-Aude Piot

Objectif pédagogique :
Développement de compétences relationnelles et communicationnelles (savoir-faire et savoir-être) propices à une relation médecin-malade au service du soin

Organisation et contenu :
Nombre d'heures total : 22h (dont 3h d'évaluation et 7h déjà au programme de la SHS)

- Cours magistraux *en début d'année* (3h00) :
  - pour les 430 étudiants
  - Pr Philippe Jaury : la relation médecin malade (1h)
  - Pr Marie-Rose Moro : La relation thérapeutique (1h)
  - Pr Cédric Lemogne : L'empathie (1h)
- 8 séances de groupes Formation à la Relation Thérapeutique (12h):
  - étalées toute l'année, en petit groupe de 12 étudiants : chaque groupe se tient 1 fois toutes les 3 semaines
- 1 séance de jeux de rôle par trimestre (4h30) : annonce d'une mauvaise nouvelle ; gestion d'un patient réticent ; demandes dites abusives (apprendre à dire non)
- 1 séance d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré)
  - avec patients standardisés, en lien avec le laboratoire Ilumens (Pr Antoine Tesnière)
  - 1h30 de stations cliniques
  - 1h30 de débriefing

Ces enseignements par petits groupes sont réalisables le soir entre 17h30 et 19h, heure à laquelle les salles sont disponibles (site Cochin et site Cordeliers).

Enseignants :

- Chefs de clinique-Assistant en médecine générale ;
- Chefs de clinique-Assistant en psychiatrie ;
- Médecins généralistes enseignants ;
- Médecins psychiatres enseignants ;
- Médecins d'autres spécialités enseignants et formés ;
- Psychologues.

➔ 1 journée de formation de l'ensemble des enseignants avec présentation de chaque enseignement et mise en pratique sera organisée en septembre ou octobre

Patients standardisés :
Organisation avec Pr Antoine Tesnière (recrutement, scénarios, formation, débriefing)

Lieux :

- Pour les ECOS : Hôpital Cochin (Pavillon Achard, en accord avec le Pr Le Jeunne) et/ou Hôtel Dieu (Centre Diagnostic en accord avec le Pr Blacher) :
- Pour les autres cours : site Cordeliers et site Cochin.

Evaluation des étudiants et modalité de validation :

- Validation présentielle étant donné l'importance de la dynamique de groupe.
- Mémoire pour les groupes FRT
- Evaluation formative dans les ECOS et jeux de rôle.

Evaluation de l'enseignement :

- Evaluation **quantitative** :
  - auto-évaluation par l'étudiant de l'empathie clinique par l'échelle Empathie JSPE Medical Student validée en français par le DMG de Paris Descartes.
  - hétéro-évaluation lors des ECOS par la grille CARE (évaluation de l'empathie par les patients standardisés).
- Evaluation **qualitative** : évaluant les processus d'apprentissage ; suivant méthodologie de la Théorisation Ancrée (Grounded Theory)
  - Portfolio électronique pour chaque étudiant sur l'année,
  - 3-4 Focus Groupe (*jusqu'à saturation des données*) en fin d'année,
  - confrontés à entretien semi-directif individuel des étudiants en fin d'année
  - entretiens semi-directifs des patients standardisés,
  - cartes conceptuelles : *présentée au début ; accompagnée à la fin de chaque jeu de rôle ; dans la continuité du débriefing.*

Annexes :

1- Argumentaire
2- Programme

Annexe 3. Questionnaire JSPE avant formation

FORMATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE

QUESTIONNAIRE INITIAL POUR LES ETUDIANTS

- **Merci de préciser les items suivants :**
  - **Sexe :** ☐ **M** ☐ **F**
  - **Age :**
  - **Nom :** **Prénom :**

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** (entourez votre réponse)	
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 resultat clinique	1 2 3 4 5 6 7
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	1 2 3 4 5 6 7
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi	1 2 3 4 5 6 7
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.	1 2 3 4 5 6 7
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l' attitude corporelle	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie	1 2 3 4 5 6 7
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	1 2 3 4 5 6 7
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade	1 2 3 4 5 6 7
Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	1 2 3 4 5 6 7
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	1 2 3 4 5 6 7

Comment les expressions suivantes décrivent-t-elles votre personnalité ?

1-------2-------3-------4-------5

Pas du tout d'accord **Tout à fait d'accord**

Je me vois comme quelqu'un qui... [entourez votre réponse]

... est réservé(e)	1	2	3	4	5
... fait facilement confiance	1	2	3	4	5
... a tendance à être paresseux	1	2	3	4	5
... est décontracté, sait faire face en cas de stress	1	2	3	4	5
... a un certain intérêt pour les choses artistiques	1	2	3	4	5
... est porté vers les autres, sociable	1	2	3	4	5
... a tendance critiquer les autres	1	2	3	4	5
... fait son travail à fond	1	2	3	4	5
... s'énerve facilement	1	2	3	4	5
... a une imagination débordante	1	2	3	4	5

Aujourd'hui, j'envisage mon activité professionnelle :

Orientation: |__|
1. Médecine générale
2. Spécialité à orientation de préférence médicale
3. Spécialité à orientation de préférence chirurgicale
4. Spécialité médico-technique (labos)
5. Spécialité non clinique (santé pub., méd. légale, etc...)
9. Je ne sais pas

Type activité: |__|
1. Activité libérale
2. Activité hospitalière ou hospitalo-universitaire
3. Activité mixte
4. Recherche
5. Industrie (pharmaceutique, GIIM, etc...)
9. Je ne sais pas

à préciser éventuellement :

Spécialité I : |__|__| (cf listes ci-contre et ci-dessous)

Spécialité II : |__|__| (cf listes ci-contre et ci-dessous)

Spécialité III : |__|__| (cf listes ci-contre et ci-dessous)

Ancienneté du choix : |__|
1. Choix récent (dans l'année écoulée)
2. Choix assez récent (depuis le début de mes études)
3. Choix ancien (au-delà)
4. Depuis toujours

Spécialités Médicales et Chirurgicales

01. Anesthésie Réanimation
02. Cardiologie
03. Chirurgie cardio vasculaire
04. Chirurgie générale
05. Chirurgie infantile
06. Chirurgie orthopédique
07. Chirurgie plastique
08. Chirurgie thoracique
09. Chirurgie vasculaire
10. Dermatologie
11. Endocrinologie
12. Gérontologie
13. Gynécologie obstétrique
14. Hématologie
15. Hépato-gastro-entérologie
16. Maladies infectieuses et parasitaires
17. Médecine générale
18. Médecine interne
19. Médecine nucléaire
20. Néphrologie
21. Neurochirurgie
22. Neurologie
23. Oncologie médicale
24. Oncologie radiothérapie
25. Ophtalmologie
26. Oto-rhino-laryngologie
27. Pédiatrie
28. Pédopsychiatrie
29. Pneumologie
30. Psychiatrie
31. Réanimation infantile
32. Réanimation médicale
33. Rhumatologie
34. Stomatologie
35. Urgences
36. Urologie

Spécialités Médico-techniques

41. Anatomie pathologie
42. Bactériologie virologie
43. Biochimie
44. Explorations fonctionnelles
45. Hématologie biologie
46. Histologie embriologie
47. Immunobiologie
48. Médecine nucléaire (isotopes)
49. Parasitologie
50. Radiologie

Pour chaque phrase, indiquez dans quelle mesure elle décrit vos pensées et vos sentiments dans diverses situations : 0-------1--------2--------3--------4 Ne me décrit pas bien du tout Me décrit très bien	(entourez votre réponse)
Je fais des rêves éveillés et je fantasme assez régulièrement sur ce qui pourrait m'arriver	1 2 3 4 5
J'ai souvent des pensées émues pour les gens qui ont moins de chance que moi	1 2 3 4 5
Je trouve quelquefois difficile de voir les choses en me mettant à la place des autres	1 2 3 4 5
Parfois je ne me sens pas malheureux pour les autres quand ils ont des problèmes	1 2 3 4 5
Je m'implique vraiment dans les sentiments des personnages de romans	1 2 3 4 5
Dans les situations d'urgence, je me sens angoissé et mal à l'aise	1 2 3 4 5
D'habitude je suis objectif(ve) quand je vois un film ou une pièce, et je ne me laisse pas souvent prendre complètement par l'histoire	1 2 3 4 5
Avant de prendre une décision, j'essaye de tenir compte des points de vue de chacun	1 2 3 4 5
Quand je vois qu'on profite de quelqu'un, je ressens le besoin de le protéger	1 2 3 4 5
Parfois je me sens démuni(e) quand je suis dans une situation émotionelle très intense	1 2 3 4 5
Parfois j'essaye de mieux comprendre mes amis en me mettant à leur place	1 2 3 4 5
Etre totalement absorbé(e) par un bon livre ou un bon film m'arrive assez rarement	1 2 3 4 5
Quand je vois que quelqu'un est blessé(e), j'ai tendance à garder mon calme	1 2 3 4 5
Généralement, les malheurs des autres ne me gênent pas beaucoup	1 2 3 4 5
Si je suis sûr(e) d'avoir raison sur un sujet, je ne perds pas trop de temps à écouter les arguments des autres	1 2 3 4 5
Après avoir vu une pièce ou un film, j'ai l'impression d'avoir été l'un des personnages	1 2 3 4 5
Être confronté(e) une émotion violente m'effraie	1 2 3 4 5
Quand je vois une personne traitée de façon injuste, il peut m'arriver de ne pas avoir beaucoup de pitié pour elle	1 2 3 4 5
D'habitude je suis assez efficace pour gérer les urgences	1 2 3 4 5
Je suis souvent assez ému(e) par ce qui arrive	1 2 3 4 5
Je crois qu'il y a deux façons de voir les choses, et j'essaie d'envisager les deux	1 2 3 4 5
Je me décrirai comme une personne assez compatissante	1 2 3 4 5
Quand je vois un bon film, je peux facilement me mettre à la place du personnage principal	1 2 3 4 5
J'ai tendance à perdre mes moyens dans les situations d'urgence	1 2 3 4 5
Quand j'en veux à quelqu'un, habituellement j'essaye un instant de me mettre dans sa peau	1 2 3 4 5
Quand je suis pris par une histoire ou un roman, j'imagine ce que je ressentirais si cela m'arrivait	1 2 3 4 5
Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide en urgence, je m'effondre	1 2 3 4 5
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaye d'imaginer ce que je ressentirais à sa place	1 2 3 4 5

- Exercez vous une activité professionnelle, autre que votre travail d'externe ?
  ☐ Oui ☐ Non

  Si oui, laquelle ?

- Travaillez vous ☐De nuit ☐De jour

- Combien d'heures hebdomadaires travaillez vous ?
  ☐occasionnel
  ☐0-5
  ☐5-10
  ☐10-15
  ☐15-20
  ☐20-25
  ☐25-30
  ☐30 et plus

- Pensez vous que ce travail développe vos habiletés relationnelle en tant que médecin ?
  ☐ Oui ☐ Non

- Avez-vous suivi une autre formation que celle de médecine?
  ☐ Oui ☐ Non

  Si oui, laquelle ?
  ☐ Master 1
  ☐ Autre(s) :

Annexe 4. Questionnaire JSPE après formation

FORMATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE

QUESTIONNAIRE FINAL POUR LES ETUDIANTS

- **Merci de préciser les items suivants :**
  - **Nom :** **Prénom :**

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** (entourez votre réponse)	
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 resultat clinique	1 2 3 4 5 6 7
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	1 2 3 4 5 6 7
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi	1 2 3 4 5 6 7
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.	1 2 3 4 5 6 7
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l' attitude corporelle	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie	1 2 3 4 5 6 7
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	1 2 3 4 5 6 7
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade	1 2 3 4 5 6 7
Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	1 2 3 4 5 6 7
La lecture de la littérature non médicale ou les oeuvres 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

Pour chaque phrase, indiquez dans quelle mesure elle décrit vos pensées et vos sentiments dans diverses situations : 0-------1--------2--------3--------4 Ne me décrit pas bien du tout Me décrit très bien	(entourez votre réponse)
Je fais des rêves éveillés et je fantasme assez régulièrement sur ce qui pourrait m'arriver	1 2 3 4 5
J'ai souvent des pensées émues pour les gens qui ont moins de chance que moi	1 2 3 4 5
Je trouve quelquefois difficile de voir les choses en me mettant à la place des autres	1 2 3 4 5
Parfois je ne me sens pas malheureux pour les autres quand ils ont des problèmes	1 2 3 4 5
Je m'implique vraiment dans les sentiments des personnages de romans	1 2 3 4 5
Dans les situations d'urgence, je me sens angoissé et mal à l'aise	1 2 3 4 5
D'habitude je suis objectif(ve) quand je vois un film ou une pièce, et je ne me laisse pas souvent prendre complètement par l'histoire	1 2 3 4 5
Avant de prendre une décision, j'essaye de tenir compte des points de vue de chacun	1 2 3 4 5
Quand je vois qu'on profite de quelqu'un, je ressens le besoin de le protéger	1 2 3 4 5
Parfois je me sens démuni(e) quand je suis dans une situation émotionelle très intense	1 2 3 4 5
Parfois j'essaye de mieux comprendre mes amis en me mettant à leur place	1 2 3 4 5
Etre totalement absorbé(e) par un bon livre ou un bon film m'arrive assez rarement	1 2 3 4 5
Quand je vois que quelqu'un est blessé(e), j'ai tendance à garder mon calme	1 2 3 4 5
Généralement, les malheurs des autres ne me gênent pas beaucoup	1 2 3 4 5
Si je suis sûr(e) d'avoir raison sur un sujet, je ne perds pas trop de temps à écouter les arguments des autres	1 2 3 4 5
Après avoir vu une pièce ou un film, j'ai l'impression d'avoir été l'un des personnages	1 2 3 4 5
Être confronté(e) une émotion violente m'effraie	1 2 3 4 5
Quand je vois une personne traitée de façon injuste, il peut m'arriver de ne pas avoir beaucoup de pitié pour elle	1 2 3 4 5
D'habitude je suis assez efficace pour gérer les urgences	1 2 3 4 5
Je suis souvent assez ému(e) par ce qui arrive	1 2 3 4 5
Je crois qu'il y a deux façons de voir les choses, et j'essaie d'envisager les deux	1 2 3 4 5
Je me décrirai comme une personne assez compatissante	1 2 3 4 5
Quand je vois un bon film, je peux facilement me mettre à la place du personnage principal	1 2 3 4 5
J'ai tendance à perdre mes moyens dans les situations d'urgence	1 2 3 4 5
Quand j'en veux à quelqu'un, habituellement j'essaye un instant de me mettre dans sa peau	1 2 3 4 5
Quand je suis pris par une histoire ou un roman, j'imagine ce que je ressentirais si cela m'arrivait	1 2 3 4 5
Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide en urgence, je m'effondre	1 2 3 4 5
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaye d'imaginer ce que je ressentirais à sa place	1 2 3 4 5

- Etes-vous boursier ? ☐ Oui ☐ Non

- Vivez-vous seul ? ☐ Oui ☐ Non

  - Si non, vivez-vous : (ouverture d'un menu déroulant)

☐Avec vos parents
☐En couple
☐Autre :

- Avez-vous des personnes à charges ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, préciser :
  ☐Enfants
  ☐Autres

- Etes-vous né ☐ En France ?
  ☐ A l'étranger ?
  ☐ Ne souhaite pas répondre.

- Parlez vous une autre langue que le français : ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui:
  ☐ il s'agit d'une langue apprise durant la scolarité ou les stages
  ☐ il s'agit d'une langue parlée usuellement par un ou plusieurs membres de votre famille
  ☐ vous avez vécu de façon prolongée dans un autre pays

- Profession des parents
  Parent 1
  ☐Agriculteurs exploitants
  ☐Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
  ☐Cadres et professions intellectuelles supérieures
  ☐Professions intermédiaires
  ☐Employés
  ☐Ouvriers
  ☐Retraités
  ☐Autres personnes sans activité professionnelle

  Parent 2
  ☐Agriculteurs exploitants
  ☐Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
  ☐Cadres et professions intellectuelles supérieures
  ☐Professions intermédiaires
  ☐Employés
  ☐Ouvriers
  ☐Retraités
  ☐Autres personnes sans activité professionnelle

- Niveau d'études de vos parents
  Parent 1
  ☐Certificat d'études

☐Brevet des collèges
☐CAP/BEP
☐Baccalauréat
☐Bac +1 ou + 2
☐Bac + 3
☐Bac + 5 ou +

Parent 2
☐Certificat d'études
☐Brevet des collèges
☐CAP/BEP
☐Baccalauréat
☐Bac +1 ou + 2
☐Bac + 3
☐Bac + 5 ou +

- Avez-vous un lieu pour travailler seul chez vous ? ☐ Oui ☐ Non
- Possédez-vous personnellement un ordinateur ou une tablette pour travailler ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous un accès internet ? ☐ Oui ☐ Non
- Pratiquez-vous un sport ?
  - Régulièrement
  - Occasionnellement
  - Pas du tout
- Pratiquez-vous une autre activité de loisir ? ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, laquelle :

Annexe 5. Tableaux des données descriptives

	n	Pourcentage %
Université		
Paris V	131	74.43
Paris VII	45	25.57
Sexe		
Femme	92	52.27
Homme	84	47.73
Lieu de naissance		
France	151	85.8
Etranger	8	4.55
Ne souhaite pas répondre	5	2.84
Sans réponse	12	6.82

Tableau 1. Données démographiques

	n	Pourcentage %
Mode de vie		
Vit seul	80	45.45
Ne vit pas seul	84	47.43
Sans réponse	12	6.82
Boursier		
Oui	22	12.5
Non	142	80.68
Sans réponse	12	6.82
Travail supplémentaire		
Oui	33	18.75
Non	137	77.84
Sans réponse	6	3.41
Activité physique		
Pas du tout	23	13.07
Occasionnellement	63	35.8
Régulièrement	78	44.32
Sans réponse	12	6.82
Loisir		
Oui	73	41.48
Non	91	51.7
Sans réponse	12	6.82
Niveau d'étude des parents		
Pas de bac ou bac<+2	66	18.75
Bac>+3	399	74.43
Sans réponse	24	6.82
Langues parlées		
1 langue	41	23.3
≥ 2 langues	123	69.89
Sans réponse	12	6.82

Tableau 2. Données sociales

	n	Pourcentage %
Préférence de spécialité		
Déclarée avant FRT		
People-oriented	110	62.5
Technology-oriented	60	34.09
Sans réponse	6	3.41
Déclarée après FRT		
People-oriented	106	60.23
Technology-oriented	58	32.95
Sans réponse	12	6.82
Médecine générale	5	2.84
Autres spécialités	165	93.75
Sans réponse	6	3.41
Préférence d'exercice		
Libéral	100	56.82
Hospitalier	70	39.77
Sans réponse	6	3.41

Tableau 3. Données universitaire et professionnelle

BIBLIOGRAPHIE

1. Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. Acad Med. 2011 Aug;86(8):989–95.

2. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. J Gen Intern Med. 1991 Oct;6(5):420–3.

3. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. Acad Med. 2005 Feb;80(2):164–7.

4. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. Journal of General Internal Medicine. 2007 Oct;22(10):1434.

5. Phillips SP, Dalgarno N. Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. BMC Med Educ. 2017 Jan 23;17(1):21.

6. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, 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. 2014 May;76(5):426–9.

7. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. J Grad Med Educ. 2009 Dec;1(2):231–5.

8. Magny L de. Traité de la sympathie des parties du corps humain dans l'état de maladie, avec un mémoire sur les contre-coups de la tête, et le parallèle de la médecine pratique d'Hippocrate avec celle des modernes. Didot le Jeune, libraire, quai des Augustins; 1771. 176 p.

9. Jeffrey D. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? J R Soc Med. 2016 Dec;109(12):446–52.

10. de Waal FBM. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. Annu Rev Psychol. 2008;59:279–300.

11. Tisseron S. L'intersubjectivité, clé du processus thérapeutique. Enfances & Psy. 2014 Dec 3;(62):67–73.

12. Preston SD, de Waal FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behav Brain Sci. 2002 Feb;25(1):1-20-71.

13. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Psychotherapy (Chic). 2007 Sep;44(3):240–8.

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

15. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. J Adv Nurs. 1992 Jul;17(7):809–21.

16. Maury A. L'empathie clinique : impact de la première année d'internat sur l'empathie : étude de la cohorte Internlife, fiche INDICE. 2015 May 28;139. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

17. J. Decety. Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. EMC - Psychiatrie 2015;13(1):1-8 [Article 37-090-A-20].

18. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. Annu Rev Neurosci. 2004;27:169–92.

19. di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. Understanding motor events: a neurophysiological study. Exp Brain Res. 1992;91(1):176–80.

20. Carr L, Iacoboni M, Dubeau M-C, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. Proc Natl Acad Sci USA. 2003 Apr 29;100(9):5497–502.

21. Iacoboni M. Imitation, empathy, and mirror neurons. Annu Rev Psychol. 2009;60:653–70.

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

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

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

25. Norhayati MN, Masseni AA, Azlina I. Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately-high risk patients in primary healthcare. PeerJ. 2017;5:e2983.

26. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. Patient Educ Couns. 2011 Dec;85(3):390–7.

27. Livre Blanc Sc.Humaines - 1968, Lazarus & al.

28. 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. 2004 Sep;38(9):934–41.

29. Stratta EC, Riding DM, Baker P. Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline. Int J Med Educ. 2016 Sep 6;7:286–92.

30. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. Acad Med. 2009 Sep;84(9):1192–7.

31. 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. 2009 Sep;84(9):1182–91.

32. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy: A Review. Journal of General Internal Medicine. 2006 May;21(5):524.

33. Eydaleine C. La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale. 2014 Jun 10;127. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

34. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂRGM, Amaral EM, de Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. Acad Med. 2014 Apr;89(4):632–7.

35. Hojat M, Axelrod D, Spandorfer J, Mangione S. Enhancing and sustaining empathy in medical students. Med Teach. 2013 Dec;35(12):996–1001.

36. Graf H, Abler B, Weydt P, Kammer T, Plener PL. Development, implementation, and evaluation of a movie-based curriculum to teach psychopathology. Teach Learn Med. 2014;26(1):86–9.

37. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. Educ Health (Abingdon). 2004 Mar;17(1):73–84.

38. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. J Clin Med. 2017 Mar 17;6(3).

39. Wilkes M, Milgrom E, Hoffman JR. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. Med Educ. 2002 Jun;36(6):528–33.

40. Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. Am J Surg. 2002 Jun;183(6):659–62.

41. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot; 1957. 418 p.

42. Michaël Balint Le médecin en formation. Editions Payot & Rivages; 1979.

43. Koppe H, van de Mortel TF, Ahern CM. How effective and acceptable is Web 2.0 Balint group participation for general practitioners and general practitioner registrars in regional Australia? A pilot study. Aust J Rural Health. 2016 Feb;24(1):16–22.

44. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. Patient Educ Couns. 2015 Jun;98(6):685–94.

45. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. “Balint group” meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. J Cancer Educ. 2012 Dec;27(4):786–9.

46. Adams KE, O’Reilly M, Romm J, James K. Effect of Balint training on resident professionalism. Am J Obstet Gynecol. 2006 Nov;195(5):1431–7.

47. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Educ Couns. 2008 Jul;72(1):5–11.

48. Chataing J. État des lieux de la formation initiale théorique en psychosomatique des étudiants en médecine et des internes de médecine générale en France. 2014 Dec 19;55. Thèse de l'Université de Grenoble.

49. Gourrin É. 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. 2014 May 20;186. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

50. Bégot MP, Huas D. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre: étude qualitative de type entretiens semi-dirigés menée auprès des internes de médecine générale de la région Centre. Tours, France: SCD de l’université de Tours; 2012.

51. Compte rendu de la première réunion sur la formation à la relation malade médecin par la méthode des groupes Balint. 2016. Site internet https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-cr.php

52. Velluet L, Catu A, Fabre-Jaury M, Jaury P. Formation à la relation thérapeutique en D2 : Evaluation du groupe de formation. http://www.larevuedupraticien.fr/search/apachesolr_search/?annee=2005&num_revue=700&solrsort=is_page_debut%20asc

53. Hojat M, Gonnella JS. What Matters More About the Interpersonal Reactivity Index and the Jefferson Scale of Empathy? Their Underlying Constructs or Their Relationships With Pertinent Measures of Clinical Competence and Patient Outcomes? Acad Med. 2016 Oct 18;

54. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry. 2002 Sep;159(9):1563–9.

55. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. Acad Med. 2002 Oct;77(10 Suppl):S58-60.

56. Zenasni F, Boujut E, Vaure B du, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. International Journal of Person Centered Medicine. 2012 Dec 6;2(4):759–66.

57. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. Croat Med J. 2007 Feb;48(1):81–6.

58. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Fam Pract. 2004 Dec;21(6):699–705.

59. 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. 2015;20:27346.

60. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes. 2013. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

61. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. 2014 Oct 23;123. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

62. 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. 2002 Jun;36(6):522–7.

63. Emery HT, McElwain NL, Groh AM, Haydon KC, Roisman GI. Maternal dispositional empathy and electrodermal reactivity: Interactive contributions to maternal sensitivity with toddler-aged children. J Fam Psychol. 2014 Aug;28(4):505–15.

64. Park KH, Roh H, Suh DH, Hojat M. Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. Med Teach. 2015;37(10):943–8.

65. Benabbas R. Empathy in Iranian medical students: A comparison by age, gender, academic performance and specialty preferences. Med J Islam Repub Iran. 2016;30:439.

66. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of empathy among medical students in Kuwait University, Kuwait. Med Princ Pract. 2013;22(4):385–9.

67. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano ICB, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. International Journal of Medical Education. 2016 May 21;7:153–7.

68. Raof AM, Yassin BA. Measuring Empathy Levels among Kurdish Medical Students in Erbil City, Iraq: Cross-sectional study. Sultan Qaboos Univ Med J. 2016 Feb;16(1):e62-67.

69. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. Acad Med. 2013 Aug;88(8):1171–7.

70. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. BMC Med Educ. 2014 Oct 14;14:219.

71. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. Journal of Psychosomatic Research. 2017 Dec 1;103(Supplement C):102–7.

72. Rotge J-Y, Lemogne C, Jouvent R, Fossati P. Relationship between personality dimensions and medical specialty in 1661 residents. J Psychosom Res. 2015 Oct;79(4):331–2.

73. Marot M-L. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale. 2015 Jun 29;102. Thèse de l'Université de Paris-Descartes.

74. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK, Department of Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine, Carbondale 62901, USA. ldilalla@siu.edu. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. Teach Learn Med. 2004;16(2):165–70.

75. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. 2010. Etude de l'Université Paris-Dauphine.

76. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. J Patient Exp. 2017 Jun;4(2):78–83.

77. Underman K, Hirshfield LE. Detached concern?: Emotional socialization in twenty-first century medical education. Soc Sci Med. 2016;160:94–101.

Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs socio-démographiques et culturels.

L'empathie est une notion complexe et multifactorielle nécessaire à une bonne relation entre le médecin et son malade. Or le niveau d'empathie des étudiants en médecine est propre à chaque individu et peut évoluer négativement au cours du cursus universitaire. Ainsi des formations sont entreprises par les facultés afin d'améliorer l'empathie.
L'objectif de cette thèse est d'évaluer l'impact d'une formation à la relation thérapeutique selon les critères sociodémographiques des étudiants. A-t-on un bénéfice supérieur à la formation selon notre genre, notre statut familial, notre niveau de vie ?
L'étude prospective se porte sur 176 étudiants de DFASM1 de deux facultés parisiennes (Paris V et Paris VII) ayant reçu une formation à la relation thérapeutique (FRT) avec comparaison de leur niveau d'empathie grâce à un auto-questionnaire validé (JSPE-S). La FRT utilisée dans nos facultés fait référence aux groupes de type Balint ; les étudiants ont participé grâce à un enseignement optionnel à 8 séances encadrés par un animateur formé.
Nous observons un bénéfice significatif dans l'amélioration de l'empathie supérieur chez les étudiants ayant des parents avec un niveau d'éducation plus faible, ayant un choix de spécialité orienté patient et chez ceux scolarisés à la faculté de Paris VII.
L'enseignement de l'empathie est de plus en plus intégré dans le cursus des étudiants en médecine dont les facteurs socio-démographiques et culturels auraient une influence sur cette formation.

Mots-clés :
Empathie
Etudiant en medicine
Sociodémographique
Formation à la relation thérapeutique
Balint

Comparison of the impact of a training to the patient-doctor relationship among medical students in terms of sociodemographic and cultural factors.

Empathy is a complex concept with many intrinsec factors. However it seems necessary for an adequate relation between a doctor and his patients.
Empathy level differs between medical students because of personal factors and can decrease (or increase) during time for the same person. Because of these inter-personal and intra-personal variations, there are formations in medical universities to improve the empathy capacities of their students.
The aim of our study was to evaluate the improvement of empathy after a dedicated formation, according of socio-demographic factors of students.
We did a prospective study concerning 176 fourth year medical students in 2 Parisian universities (University of Paris 5 Descartes and University of Paris 7 Diderot) which have a dedicated, but optional, formation to the Patient Relationship Training (PRT). We compared empathy level with validated survey (JSPE-S). PDR formation method in these universities uses a Balint group method with 8 sessions moderated by a designated leader.
Our results find a better empathy improvement after the formation for students who have parents with lower level of education, and for students who want to do a « patient-oriented » specialisation.
While this kind of formation about empathy rise in all universities, it is necessary to identify the students individual factors that modify their impact.

Key-words :
Empathy
Medical student
Sociodemographic
Patient relationship training
Balint

Université Paris-Descartes. 15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris