



HAL
open science

Évaluation d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir d'un cas clinique fictif

Btissame Betari

► **To cite this version:**

Btissame Betari. Évaluation d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir d'un cas clinique fictif. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01927362

HAL Id: dumas-01927362

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927362>

Submitted on 19 Nov 2018

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 29

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation d'une formation à la relation thérapeutique sur
l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir
d'un cas clinique fictif

Présentée et soutenue publiquement
le 27 mars 2018

Par

Btissame BETARI

Née le 14 février 1987 à Montreuil (93)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU-MG

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, PE

M. Le Professeur Luigi Titomanlio, PU-PH



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

REMERCIEMENTS

Je remercie le Dr Buffel du Vaure Céline de m'avoir guidée durant ce travail de thèse et de m'avoir orientée dans ma recherche grâce à ses remarques. Merci d'avoir toujours été disponible.

Je remercie le Pr Jaury d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, ainsi que d'avoir accepté de m'intégrer dans l'aventure qu'a été l'étude EMPATHIE.

Je remercie le Pr Corcos d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Je remercie le Pr Titomanlio d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je garde un très bon souvenir de mon passage dans votre service, il est l'un des meilleurs de mon internat. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes parents, les mots ne seront jamais assez forts pour vous dire combien je vous serai à jamais reconnaissante de m'avoir portée jusque là. Merci pour vos sacrifices, merci pour votre éducation, merci d'avoir toujours cru en moi. Si vous saviez combien j'ai rêvé vous rendre fiers et vous rendre ne serait-ce que le centième de ce que vous m'avez donné. Du fond de mon cœur je vous aime.

A mon amour Sofien. Merci de m'avoir soutenue durant ce travail de thèse. Je te dois énormément. Merci pour ton aide, tes remarques, ta patience durant toutes ces journées passées à bosser cette thèse ! Mais aussi merci de m'écouter, me soutenir, me faire rêver. Merci pour le chemin parcouru, et pour toutes les belles choses qu'il nous reste encore à vivre. La vie est si belle à tes côtés, faite de montagnes et de vallées. Qu'est-ce qu'elle est belle ! Mon évidence, BSB. Du fond de mon cœur je t'aime.

A mes frères : Mourad, Youssef, Nassim, Oualid. Je sais combien ça n'a pas toujours été facile durant ces années d'études (et surtout la première !). Pardon d'avoir laissé la lumière allumée jusque tard dans la nuit parce que j'avais besoin de réviser ! Pardon de vous avoir privés de l'ordi parce que j'avais besoin de réviser ! Pardon de vous avoir empêchés de faire du bruit à toutes mes sorties de garde parce que j'avais besoin de dormir, pour me réveiller et réviser ! Et surtout pardon pour toutes les disputes qui en ont découlées ! Je serai toujours là pour vous comme vous l'avez été pour moi. Du fond de mon cœur je vous aime.

A mes nièces : Angéline et Leyna. Mes beautés, mes amours. Je serai toujours là pour vous.

A Mona et Enora pour votre aide logistique ! Je vous remercie énormément.

A ma belle famille : merci de votre accueil dans votre famille. Du fond de mon cœur je vous aime.

Merci à mes tontons et tatas, à mes cousins et cousines, d'avoir rendu ma jeunesse si belle et de m'avoir soutenue. A Fatiha qui m'a poussée à m'inscrire à la Faculté de médecine quand j'avais perdu confiance en moi et que je ne voulais plus, à Ghizlaine pour les heures passées au téléphone à me remonter le moral quand je n'y croyais plus, à mon oncle Saïd de m'avoir donné le goût des études, et à tous les autres. Du fond de mon cœur je vous aime.

A mes grand-parents : Moui, Henna, Boua, Jedi. Combien j'aimerais que vous soyez fiers de votre petite fille. Je vous aime de chaque parcelle de mon cœur. Je ne vous oublie pas. Vous me manquez énormément.

A mon ami Pierre-Emmanuel, merci d'avoir été là depuis le début de ma scolarité. Merci pour ta bienveillance, tes conseils, tes cours, pour tout ce que tu m'as apporté, et pour avoir été là à tous les moments importants de ma vie.

A mon ami Abdellah pour ton expertise de statisticien ! Je te remercie du fond du cœur !

A mes amis de médecine : Naino, même si j'aurais mieux fais de dormir durant la SHS. Je garde de très beaux souvenirs de ces années et je suis heureuse de ces études passées à tes côtés. A Mahé, pour tous nos moments et nos fous-rires ! On y est arrivées et on peut être fières ! Aller, le grand bureau blanc n'attend plus que nous !

A tous mes amis rencontrés durant ces années de fac : Claire, Thibault, Marie, Bruno, Patricia ma super Chef, Myriam ma hlelita, Oummou, et j'en oublie sûrement.

A mes amis d'enfance : ma Salma d'amour, ma sœur, pour tes conseils, ton soutien. A Amina, sa sœur ! Pour tes conseils, ton soutien ! On soigne à l'huile d'olive nous ! Et plus généralement merci à Moh's family !

A Sounia, Laetitia, Driss, Moh, Assma, Sarah, Audrey, Lisa, Hanae, Fedoua : Merci pour votre soutien et pour avoir toujours été là ! Que de bons souvenirs et de fous-rires en votre

compagnie. J'espère avoir assez de crédit à vos yeux un jour pour prescrire un peu plus que du Doliprane !

A Touria ma tata de cœur pour ton soutien et tes conseils. Je t'aime.

A tous ceux que j'ai honte d'oublier.

Et parce que je ne le dirai jamais assez : Maman, Papa , MERCI.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	7
2	DEFINITION DE L'EMPATHIE	8
2.1	ORIGINE DU TERME « EMPATHIE ».....	8
2.2	NOTIONS D'HISTOIRE	8
2.2.1	<i>L'empathie esthétique</i>	8
2.2.2	<i>De l'esthétique à la psychologie : la dimension affective</i>	9
2.2.3	<i>Neurones miroirs</i>	10
2.2.4	<i>L'empathie selon Carl Rogers : la dimension cognitive</i>	10
2.2.5	<i>Les dimensions de l'empathie</i>	12
2.2.6	<i>Le concept de sympathie</i>	12
3	INTERET DE L'EMPATHIE DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE	15
3.1	INTERET POUR LE PATIENT ET POUR LA RELATION MEDECIN-MALADE	15
3.2	INTERET POUR LE MEDECIN	19
4	L'EMPATHIE AU COURS DES ETUDES MEDICALES	20
4.1	DECLIN DE L'EMPATHIE	20
4.2	POURQUOI CE DECLIN ?.....	20
5	LES GROUPES BALINT ET LA FORMATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE	22
5.1	QU'EST-CE QU'UN GROUPE BALINT ?.....	22
5.2	LA FORMATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE (FRT).....	23
6	PROBLEMATIQUE	24
7	MATERIEL ET METHODE	25
7.1	DESCRIPTION DE L'ETUDE	25
7.1.1	<i>Cadre de l'étude</i>	25
7.1.2	<i>Objectif principal du travail de thèse</i>	25
7.1.3	<i>Objectif secondaire du travail de thèse</i>	25
7.1.4	<i>Critère d'inclusion et d'exclusion</i>	25
7.2	PROCEDURE DE L'ETUDE	26
7.2.1	<i>Description des étapes d'intervention</i>	26
7.2.2	<i>Les différentes échelles de mesure</i>	27
7.3	ANALYSE DE DONNEES	30
7.3.1	<i>Taille de l'échantillon</i>	30
7.3.2	<i>Analyses statistiques</i>	31
8	RESULTATS	32
8.1	POPULATION ETUDIEE	32

8.1.1	<i>Flow chart</i>	32
8.1.2	<i>Caractéristiques des participants</i>	33
8.2	RESULTATS DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	33
8.3	RESULTAT DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES.....	34
8.3.1	<i>Résultats JSPE-MS</i>	34
8.3.2	<i>Résultats grille CARE</i>	35
9	DISCUSSION	36
9.1	PRINCIPAUX RESULTATS	36
9.1.1	<i>Cas clinique fictif</i> :.....	36
9.1.2	<i>JSPE-MS</i>	36
9.1.3	<i>CARE</i>	36
9.2	FORCE DE L'ETUDE	37
9.3	LIMITES DE L'ETUDE.....	37
9.4	COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE ET INTERPRETATION	40
9.4.1	<i>Approche empathique et JSPE-MS</i>	40
9.4.2	<i>Contagion émotionnelle</i>	43
9.4.3	<i>Attitude de rejet</i>	43
9.4.4	<i>Intérêt intellectuel</i>	44
10	CONCLUSION	45
11	BIBLIOGRAPHIE	46
12	ANNEXES	50
12.1	CAS CLINIQUE FICTIF	50
12.2	ECOS A	52
12.3	ECOS B.....	54
12.4	GRILLE CARE	57
12.5	GRILLE JSPE-MS	58
13	RESUME	59

1 Introduction

D'après l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études médicales, les futurs médecins ont pour devoir d'acquérir des compétences relationnelles afin d'appréhender au mieux la consultation.

La relation médecin-malade est essentielle pour une médecine de qualité, pourtant, elle est peu valorisée et enseignée durant le cursus médical. Les étudiants ne sont ni évalués sur le relationnel ni sélectionnés sur ce critère.

L'empathie a une importance reconnue dans la relation médecin-malade. Cependant, elle diminue durant les premières années médicales comme nous le verrons plus tard.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'étude EMPATHIE dont est issue notre thèse qui est un travail ancillaire à cette étude.

Nous allons dans un premier temps définir l'empathie et son intérêt dans la relation médecin-malade. Nous allons ensuite montrer pourquoi il est essentiel de proposer des outils aux étudiants afin de l'améliorer. Enfin, nous allons étudier l'effet d'un enseignement inspiré des groupes BALINT sur l'empathie des étudiants en DFASM1 (4^{ème} année de médecine).

2 Définition de l'empathie

2.1 Origine du terme « empathie »

On définit l'empathie comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. (1)

L'origine vient du grec ancien « em » qui signifie « dans » ou « à l'intérieur » et de « pathos » qui signifie « souffrance » ou « ce qui est éprouvé ». (2)

Définir et comprendre ce qu'est l'empathie est une tâche complexe. L'empathie est multidimensionnelle, sa définition n'est pas consensuelle et a évolué à travers le temps. De nombreux auteurs s'y sont intéressés. Elle occupe une place centrale dans nos relations avec autrui, et spécifiquement dans la relation médecin-malade.

2.2 Notions d'histoire

2.2.1 L'empathie esthétique

Le terme empathie vient de l'allemand « Einfühlung » qui signifie « ressentir de l'intérieur ». Il a été inventé par le philosophe allemand Robert Vischer en 1873 dans sa thèse de doctorat intitulée « Über das optische Zeitgefühl » (Le sentiment optique de la forme).

A cette époque, le concept d'empathie concerne le domaine esthétique et désigne la capacité d'une personne à ressentir une œuvre d'art. (3)

Il ne s'agissait pas initialement d'un mécanisme intersubjectif permettant la compréhension d'autrui comme nous le verrons plus tard, mais d'un processus permettant la compréhension esthétique, d'un sentiment accompagnant la perception visuelle de la forme de tout objet.

Robert Vischer évoque l'empathie (en citant son père Théodor) comme : les « *formes représentatives dénuées de vie propre [...] auxquelles, nous les spectateurs, attribuons cependant un contenu plein de sentiment en vertu d'un acte involontaire de transfert de notre propre émotion.* ». (4)

C'est le mode de relation qui nous permet en tant qu'observateur d'une œuvre d'art de la comprendre par des mécanismes identificatoires, projectifs et représentatifs, mais surtout synesthésique.

D'après Vischer, le sujet est d'abord affecté par la vision et les formes. Il est soumis à la nature sensorielle de l'empathie. L'Einfühlung procède à une émotion sensorielle directe (par exemple visuelle) et engendre une émotion motrice indirecte, en mettant en commun des

sensations provenant de plusieurs organes. C'est en quelque sorte une correspondance entre les sens. (5)

D'après lui, il existe un « rapport particulier et intime entre les organes sensoriels » (5).

Vischer donne l'exemple suivant : « *Quand je parcours une route éclairée par un soleil aveuglant et que je décide de mettre des lunettes bleu foncé, j'ai l'impression, même pour quelques instants, que ma peau a été rafraîchie.* » ou encore : « *Dans des pièces aux plafonds bas, tout notre corps reçoit une sensation de pesanteur et d'oppression. Les vieux murs déformés peuvent perturber la sensation fondamentale de notre statique corporelle. La perception des limites externes d'une forme peut se combiner d'une manière obscure avec la sensation de mes limites corporelles elles-mêmes, que je ressens dans l'enveloppe ou, mieux, par l'enveloppe générale de ma peau.* » (6).

Un pont se crée entre l'extérieur et le sujet qui arrive à se projeter dans des formes inanimées.

2.2.2 De l'esthétique à la psychologie : la dimension affective

Ce terme a par la suite été repris par le philosophe Théodore Lipps, qui a transféré le concept d'Einfühlung de l'esthétique à la psychologie.

Lipps était un philosophe allemand et un des plus influents professeurs des Universités d'Allemagne du 20^e siècle, ayant travaillé principalement sur l'empathie. Il s'est fortement inspiré des travaux de Sigmund Freud sur l'inconscient.

Ce que signifie l'Einfühlung selon Lipps c'est qu'en tant qu'individu, nous sommes transportés par une scène ou un objet. Il s'agit d'un mécanisme projectif.

Nous nous objectivons à travers une œuvre d'art, un objet, une scène, qui représente une expérience de notre propre existence. Une partie de notre être se révèle dans l'objet, se déplace dans l'objet. Cet objet devient une partie de nous-même. C'est ce que Lipps appelle le processus d'identification projective. L'Einfühlung est le sentiment que nous ressentons vis à vis de l'objet. (7)

C'est par ce même raisonnement que Lipps passera de l'esthétique à la psychologie, en faisant l'expérience de lui-même sur le mode du « se sentir dans la chose ». (7)

En appliquant cette théorie à la psychologie, l'expression d'une personne dans un état émotionnel donné déclencherait ce même état émotionnel chez un observateur. Lipps affirme que, par la seule reconnaissance de la forme, nous pouvons attribuer des sensations et des émotions semblables aux nôtres.

Il ne s'agit pas uniquement de ressentir les émotions d'autrui, mais aussi les kinesthèses induites à l'identique par le mouvement observé chez autrui, par une mimique ou une émotion sur un visage.

C'est là qu'apparaît de nouvelles dimensions de l'empathie : une dimension **affective** et **d'intersubjectivité**.

Pour illustrer cela, Lipps dit la chose suivante : « ... *l'affliction, l'angoisse, le désespoir ne se trouvent pas en quelque éther, mais seulement dans l'âme d'un homme ; et cela n'est pas seulement une réalité pour lui mais aussi pour moi. Cela signifie qu'en voyant l'affliction, l'angoisse et le désespoir, je vois un homme qui vit la même chose en lui-même. Je le vois ; cela signifie que je vis en lui. Et avant tout, cela veut dire à son tour qu'il pénètre en mon vécu.* » (8)

C'est une des dimensions de l'empathie : **la dimension « affective »**.

2.2.3 Neurones miroirs

Les découvertes neurophysiologiques récentes viennent directement illustrer les travaux menés au début du XXe siècle par Lipps.

En effet, de nouveaux éléments de compréhension du phénomène d'empathie ont été mis en évidence.

Des circuits neuronaux localisés dans les aires de Broca et de Wernicke (qui sont les aires du langage) nous font vivre l'expression de l'émotion d'un individu et ressentir des sentiments identiques à un individu. (9)

Le processus est le suivant : lorsqu'un individu A effectue un mouvement donné, ses neurones sont stimulés en envoyant une décharge électrique, lui donnant la sensation corporelle d'avoir effectué ce mouvement.

Maintenant, si un individu A observe un individu B faire un mouvement donné, les neurones de l'individu A sont stimulés à l'identique, comme s'il avait fait ce mouvement lui-même.

Ces neurones sont également en jeu dans les expressions de l'affect.

La découverte de ces neurones miroirs ne fait qu'étayer de manière scientifique les travaux déjà effectués cent ans auparavant par Lipps, à savoir la capacité qu'a un individu de ressentir les émotions d'un autre en l'observant.

2.2.4 L'empathie selon Carl Rogers : la dimension cognitive

Carl Rogers est un psychologue ayant principalement travaillé sur les champs de la psychothérapie, de la psychologie clinique et de la relation d'aide.

Il est l'un des 6 plus importants psychologues cliniciens du XXe siècle selon une étude de 2002 publiée dans la *Review of General Psychology*. (58)

Nous allons voir à travers ses travaux une autre approche de l'empathie.

Son œuvre principale est « l'Approche centrée sur la personne ». C'est une méthode appartenant au courant de la psychologie humaniste-existentielle.

Son travail a fortement influencé le champ des relations humaines, et notamment la relation thérapeutique.

Rogers écrit : « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ». (10)

Pour lui, l'empathie consiste à comprendre l'autre, tout en se gardant de tout jugement de valeur ou d'évaluation. Pour se faire, il faut savoir saisir les sentiments et les cadres de référence de l'autre.

L'empathie implique la conscience de l'altérité de l'autre. En aucun cas il ne s'agit de se projeter sur l'autre. Le thérapeute doit comprendre l'univers de son patient comme s'il était le sien, mais tout en restant conscient qu'il n'est pas ce patient.

Il écrit également : « *aurai-je assez de finesse pour comprendre non seulement ce qu'il comprend clairement, mais aussi son non-dit, ce qu'il ne perçoit lui-même que de manière trouble ou confuse ? Y a-t-il des limites à cette compréhension ?* ». (11)

Cette phrase illustre bien les problèmes face auxquels nous sommes confrontés lors d'une consultation. Afin de prendre en charge le patient, nous nous appuyons sur tout ce qu'il dit, mais aussi tout ce qu'il ne dit pas. A travers un geste, un mot, on peut imaginer que le patient souhaite aller plus loin mais qu'il n'ose pas. Soit par peur, soit par manque de confiance envers son médecin. Le médecin qui sait percevoir cela peut alors mener de manière optimale une consultation, pour prendre en charge le patient de la manière la plus globale possible, en prenant en compte toutes les dimensions du patient. Il est nécessaire pour cela, et c'est là une grande qualité du médecin, de savoir lire entre les lignes lors d'une consultation.

Rogers dit encore : « *sentir la colère, la peur, l'embarras du client comme s'ils étaient les siens, tout en restant à distance de cette colère, de cette peur et de cet embarras : voilà la condition que nous essayons de décrire (en définissant ce qu'est l'empathie)* ». (12)

Dès lors, on imagine bien qu'un médecin capable de se mettre à la place de son patient tout en prenant la bonne distance sera à même de prendre des décisions dans l'intérêt du malade, en toute objectivité.

2.2.5 Les dimensions de l'empathie

Dans son travail, Carl Rogers fait la distinction entre la dimension cognitive et la dimension affective de l'empathie.

Certains auteurs considèrent l'empathie ayant uniquement un aspect cognitif, d'autres un aspect affectif, et d'autres combinent les deux.

L'empathie affective est la réaction émotionnelle en réponse aux émotions d'un autre. C'est un mécanisme plutôt intuitif.

L'empathie cognitive consiste à comprendre les émotions de l'autre tout en gardant une distance émotionnelle.

L'empathie clinique est l'empathie dans le contexte d'une relation médecin-patient. C'est une association des deux composantes, cognitive et affective.

Il y aurait donc une composante innée et non consciente à ressentir ce que les autres ressentent (empathie affective), et une composante consciente et acquise (empathie cognitive). C'est un concept multidimensionnel dont chaque dimension interagit avec l'autre.

2.2.6 Le concept de sympathie

Selon le Larousse, il s'agit d'un penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne. (13)

Une autre définition, toujours tirée du Larousse, la décrit comme une participation à la joie et à la peine d'autrui. (13)

Elle renvoie à la capacité à partager l'émotion de l'autre. C'est une sorte de « résonance affective ».

Dans le cadre d'une relation de soin, le soignant ressent et partage une émotion semblable à celle du patient.

Marie-Thérèse Lussier écrit : « *Par exemple, le médecin est dit sympathique à la tristesse, au désespoir ou à l'inquiétude du patient lorsqu'il est attristé de la tristesse de l'autre, désespéré du désespoir de l'autre, ou inquiet de l'inquiétude de l'autre* » (14)

Pour en comprendre les subtilités avec l'empathie, voici ce qu'a dit le Pr Lemogne lors d'une conférence :

«Si l'on prend l'exemple de l'annonce d'un diagnostic d'hypertension à laquelle le patient réagit par une inquiétude légitime, le médecin pourra ainsi ignorer cet état émotionnel (a-pathie : «il y a des traitements efficaces contre l'hypertension»), l'invalider (anti-pathie : «vous n'avez pas de raison d'être inquiet»), le renforcer (sym-pathie : «vous avez raison d'être inquiet, l'hypertension peut avoir des conséquences graves») ou le reconnaître (em-pathie : «je vois que vous êtes inquiet») pour mieux l'explorer («expliquez-moi ce qui vous inquiète»). (15)

L'empathie est une qualité à effet positif sur la relation médecin-malade et sur la prise en charge des patients. Elle mène à la satisfaction personnelle et à des résultats cliniques optimaux.

La sympathie quant à elle, lorsqu'elle est excessive, entrave la neutralité ou le jugement objectif nécessaire à la prise de décision adéquate. Le patient n'attend pas du médecin qu'il vive avec lui sa souffrance. Le médecin doit savoir garder la distance nécessaire afin de répondre à la souffrance de son patient, par son savoir-faire, ses connaissances médicales, et son empathie, c'est à dire sa compréhension de l'état émotionnelle du patient.

Par ailleurs, une étude a montré que la sympathie entraînait un épuisement professionnel, et de mauvais résultats cliniques (16).

C'est d'ailleurs pour cela qu'il est souvent conseillé de ne pas soigner un proche, de risque d'être confronté à un engagement émotif trop important qui nuirait à notre capacité à porter un diagnostic, à proposer un traitement ou des examens appropriés, et à se protéger du burn-out. (14)

Ces recherches sur l'évolution de la notion d'empathie à travers le temps et les auteurs confirment l'importance que l'empathie peut avoir dans la relation de soin.

Les travaux plus récents, notamment menés par Hojat et le Jefferson Medical College, vont dans ce sens.

D'après eux, la composante principale de l'empathie est sa dimension cognitive, et les soignants tentent de répondre aux souffrances de leur patient par une attitude cognitive plus qu'affective. (17)

L'empathie dans sa dimension cognitive, du champ de la compréhension, de la connaissance, semble plus accessible à une évolution par des formations que la dimension affective. (17)

La sympathie et la dimension affective de l'empathie quant à elles, constituées d'affect et d'émotion, semble moins accessibles au changement.

3 Intérêt de l'empathie dans la relation thérapeutique

Comme vu plus haut, nous pouvons considérer l'empathie du médecin comme une compétence pour comprendre une situation, la perspective et les sentiments du patient, sans oublier sa propre individualité. Le médecin sait communiquer sur sa compréhension de l'histoire de son patient, en vérifiant son exactitude, et en agissant ainsi de manière thérapeutique optimale et adaptée.

C'est une qualité primordiale que le patient attend de son médecin.

D'après une étude menée en 2008 sur l'association entre la recommandation que feraient des patients à leurs entourages à propos d'un médecin généraliste et l'évaluation de ses qualités, 80% des patients recommanderaient leur médecin pour sa qualité empathique. (18)

3.1 Intérêt pour le patient et pour la relation médecin-malade

Une revue systématique de la littérature au sujet de publications datant de juillet 1995 et juillet 2011 souligne l'intérêt de l'empathie dans la relation médecin-malade. (57)

L'empathie permet :

- **L'amélioration de la satisfaction et de l'adhésion des patients**

L'étude de Hojat menée en 2011 et ayant pour objectif de développer un instrument de mesure de la satisfaction des patients en 10 items, a montré une corrélation entre la satisfaction des patients et la perception du patient quant à l'empathie du médecin. (19)

Ces patients recommandaient d'avantage leurs médecins à leur entourage.

- **La diminution de l'anxiété et du sentiment de stress**

Dans l'étude de Van Dulmen (20), l'auteur met en évidence deux types de comportements que le médecin peut avoir lors d'une consultation, en réponse à une préoccupation du patient.

- 1) Le comportement instrumental, qui vise à renforcer la capacité de compréhension du patient, afin de maîtriser son problème de santé et permettre une autogestion. Il s'agit par exemple de l'information sur sa maladie, de la pose de question sur sa compréhension du biomédical. En somme, ce qui peut s'apparenter à de l'éducation thérapeutique.

2) Le comportement affectif, qui a pour but de faciliter la divulgation d'information et de renforcer l'adaptation émotionnelle du patient. L'empathie et l'utilisation de paraphrases font partie de ce comportement affectif. En répondant ainsi aux préoccupations d'un patient, le médecin reconnaît le contenu émotionnel d'un énoncé du patient, le patient se sent compris, soulagé, ce qui permet de donner davantage d'informations à son médecin et ainsi une meilleure alliance thérapeutique.

A l'inverse, si dans ce contexte le médecin donne une réponse instrumentale, en ignorant le contenu émotionnel, le patient reste dans son état d'anxiété.

Il s'agit pour le médecin de pouvoir jongler entre ces 2 comportements, de manière adaptée à une situation donnée.

Dans cette étude, il a été constaté que plus la réponse du médecin était appropriée, en faisant preuve d'empathie, et plus l'anxiété du patient diminuait. (20)

- **De meilleurs diagnostics et résultats**

D'après l'étude de Levison et Roter (56), les médecins ayant des attitudes positives à l'égard des problèmes psychosociaux de leurs patients, en montrant plus d'empathie et de réassurance, et en utilisant moins de questions fermées, arrivaient à obtenir plus d'informations sur les problèmes psychologiques et sociaux de leurs patients.

Grâce à ces modèles de communication, les médecins obtenaient une meilleure adhérence thérapeutique, posaient de meilleurs diagnostics puisqu'ils avaient davantage d'informations. Cette étude a montré que les patients des médecins ayant une attitude positive (empathie, réassurance, utilisation de question ouverte) étaient plus actifs aux soins (posaient des questions, exprimaient une opinion).

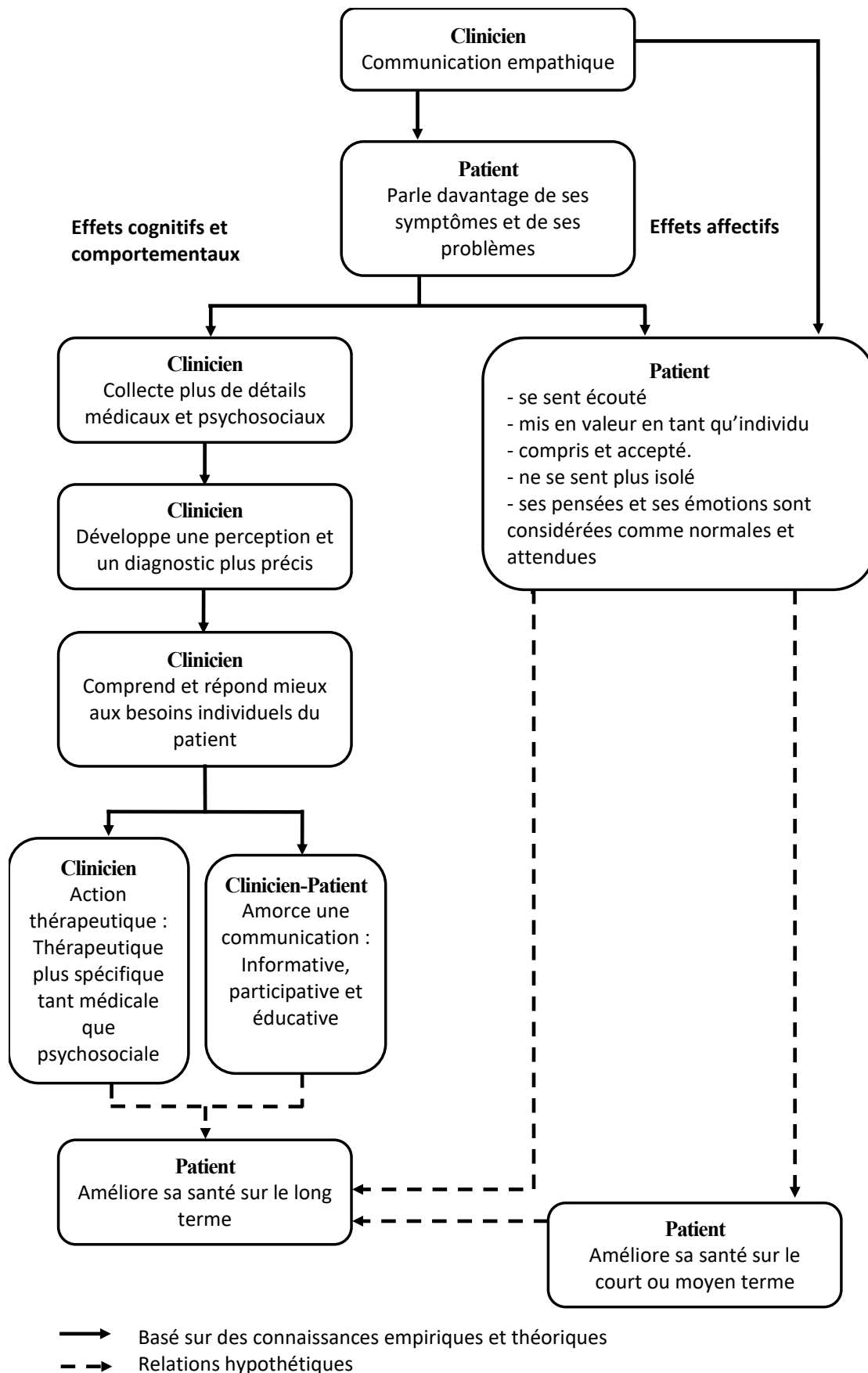


Figure 1. Effect model of empathic communication in the clinical encounter, traduite en français (21)

Une autre étude a montré que les patients qui consultaient leur médecin généraliste pour discuter d'un problème d'ordre psychologique, se sont sentis aidés ou au contraire restreints à discuter de leurs problèmes. Une attitude d'empathie de la part du médecin les a aidés à comprendre leurs problèmes et à s'engager durablement dans un processus de changement. (22)

Cette étude montre combien la place du médecin généraliste est primordiale en ce qui concerne la santé mentale. La consultation offre un endroit sûr où le patient doit être invité à parler librement afin d'initier un changement, une thérapie. Le comportement du médecin est un point clé dans cette prise en charge. (22)

Si le médecin se montre détaché, ne fait pas preuve d'empathie, alors le patient ne parle pas et ne se sent pas aidé. La consultation n'a pas atteint son but.

Enfin, dans l'étude menée par Hojat et son équipe visant à démontrer que l'empathie des médecins est associée à des résultats cliniques positifs chez les patients diabétiques, une corrélation a été mise en évidence entre les patients des médecins qui avaient des scores élevés d'empathie (selon l'échelle JSPE) et une meilleure maîtrise de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), par rapport aux patients des médecins avec des scores de faible empathie. Idem pour les taux de lipoprotéines de basse densité (LDL). « *Il est suggéré qu'une plus grande empathie dans la relation médecin-patient améliore la compréhension et la confiance mutuelles entre le médecin et le patient, ce qui favorise le partage sans dissimulation, permettant un meilleur alignement entre les besoins des patients et les plans de traitement, et donc un diagnostic plus précis et une plus grande adhésion.* » (23)

De ces résultats, on retient que non seulement l'empathie est nécessaire à une bonne relation entre un patient et son médecin, mais qu'au-delà, elle est un élément essentiel pour une meilleure santé du patient.

- **Davantage d'autonomie**

Une étude prospective réalisée dans un cabinet de 5 médecins généralistes en Ecosse a montré que les plaintes des patients changeaient de manière positive et qu'ils étaient plus autonomes lorsqu'ils avaient un médecin généraliste qui était plus empathique. (24)

3.2 Intérêt pour le médecin

- **La diminution du risque de burn-out du médecin**

Le Pr Cedric Lemogne a déclaré lors d'une conférence devant l'Académie Française de médecine : « *Le partage des émotions des patients peut entraîner un risque d'épuisement professionnel chez les médecins et les étudiants en médecine et réduire leurs capacités d'empathie. De fait, un déclin de ces capacités est observé au cours des études de médecine. Une meilleure prise de perspective semble protéger les médecins en exercice des effets potentiellement délétères de l'empathie tout en préservant leurs préoccupations empathiques. Les interventions destinées à promouvoir l'empathie clinique chez les étudiants en médecine devraient cibler aussi bien les compétences communicationnelles que les valeurs humanistes qui leur sont transmises, les premières dépendant des secondes pour se développer.* » (15)

D'après la thèse d'exercice d'Aude Woerner, il a été démontré que les médecins en burn-out présentaient des scores d'empathie affective et cognitive plus faibles. (26)

4 L'Empathie au cours des études médicales

4.1 Déclin de l'empathie

En commençant les études de médecine, les étudiants sont remplis d'idéalisme, d'enthousiasme, et s'engagent dans cette science humaine dans l'intention d'aider ceux qui en ont besoin (27) (28).

Dans l'étude de Hojat nommée « L'enfer est en 3^e année : diminution de l'empathie en faculté de médecine », les analyses statistiques ont montré que les scores d'empathie n'ont pas changé significativement au cours des deux premières années de l'école de médecine, mais qu'une baisse significative des scores d'empathie a été observée à la fin de la troisième année, et ceci jusqu'à l'obtention du diplôme. (29)

Il est surprenant de voir que c'est à la période où les étudiants sont plus en contact avec leurs patients et ont une activité tournée vers les soins aux patients, donc au moment où l'empathie est essentielle, que celle-ci diminue. (30)

Un cynisme se développe au cours de leur formation, malgré l'engagement des facultés de médecine et les intentions initiales des étudiants. (31)

La médecine étant une profession de l'humain, il est indispensable de cultiver des valeurs humanistes, comme dans toute relation interpersonnelle. Aujourd'hui, peu d'éléments sont mis en place pour cultiver l'empathie chez les étudiants en médecine ou chez les médecins ; or, comme vu précédemment, elle est indissociable d'une médecine de qualité.

4.2 Pourquoi ce déclin ?

Parmi les causes de la baisse de l'empathie chez les étudiants en médecine, on retrouve la maltraitance à l'égard des étudiants.

En effet, dans une enquête sur l'incidence, la gravité et l'importance de la violence faites aux étudiants, 46,4% des étudiants ont déclaré avoir été maltraités à un moment de leurs études de médecine, dont 80,6% par leur supérieur hiérarchique. Pour 69,1% d'entre eux, cet épisode a été bouleversant, en affectant négativement leur pratique dans 49,6% des cas, dont 16,2 % d'entre eux disent que cet épisode les affectera toujours. (32)

Le stress majeur chez les étudiants en médecine doit être une cause importante à prendre en considération dans la baisse de l'empathie.

Ce changement a été qualifié de « dés-idéalisation traumatique » (27).

Une autre cause retrouvée à la baisse de l'empathie est la pratique d'une spécialité centrée sur la technologie. En effet, ceux qui poursuivaient des carrières technologiques avaient une baisse de l'empathie plus importante que leurs homologues dans les spécialités à orientation humaine. Ces résultats ont été mis en évidence lors d'une étude longitudinale.

Comme le suggère l'étude de Hojat, la diminution de l'empathie à l'école de médecine peut être attribuée à plusieurs facteurs, y compris le manque de modèles (chez leurs supérieurs hiérarchiques) (33) (34), un volume élevé d'éléments à apprendre, la pression du temps, les facteurs liés au patient et le manque de sommeil (35). De plus, la dépendance excessive des étudiants à l'égard des technologies diagnostiques et thérapeutiques limite leur vision de l'importance des interactions humaines dans les rencontres avec les patients. (30)

Un autre point est l'enseignement dans les études de médecine sur la distance à adopter avec le patient, la distance affective, le détachement émotionnel, et l'accent mis sur la science. Ces enseignements peuvent être mal interprétés par l'étudiant, qui considèrera ces leçons comme des indications à éviter l'engagement interpersonnel dans les soins au patient.

Tout ceci contribue à l'atrophie de l'empathie des médecins dans la formation médicale.

5 Les groupes BALINT et la formation à la relation thérapeutique

C'est devant ce constat alarmant que certains chercheurs se sont posés la question de l'amélioration de l'empathie des étudiants en médecine.

Plusieurs interventions ont été mises en place afin d'œuvrer pour l'amélioration de l'empathie des étudiants dans certaines facultés parisiennes, comme la médecine narrative, les analyses de cas clinique sur bande vidéo, des cours d'entretien motivationnel, des jeux de rôles...

Une revue de la littérature par Kelm et al a montré que dans 66% des cas, une de ces interventions permettait l'amélioration de l'empathie chez les étudiants en médecine. (36)

Dans le cadre de l'étude EMPATHIE, ce sont les cours de formation à la relation thérapeutique, dérivant des groupes BALINT, qui sont étudiés comme intervention pour l'amélioration de l'empathie des étudiants en médecine.

5.1 Qu'est-ce qu'un groupe BALINT ?

C'est Dr Balint, médecin généraliste, puis psychiatre à orientation psychanalytique anglais d'origine hongroise, impliqué dans la formation des psychanalystes et adepte des théories de Freud, qui a mis en place ces groupes de travail.(55)

Fils de médecin généraliste et généraliste lui-même, il est interpellé par l'échec de prise en charge de certains patients. Dans son idée, l'échec est dû à un dysfonctionnement dans la compréhension entre le malade et son médecin, et en déduit qu'il est nécessaire d'accepter un fait indéniable : la consultation en médecine générale est une relation asymétrique, mais avant tout une relation entre deux êtres humains. Une meilleure connaissance des phénomènes émotionnels et psychiques entrant en jeu lors des consultations ne peut être que bénéfique dans la relation de soin.

Il s'agissait à l'époque de groupes hebdomadaires durant environ deux années, de 8 à 12 médecins, animés par un psychiatre psychanalyste avec 1 ou 2 observateurs. Ces groupes ont vu le jour à Londres dans les années 1950.

A partir de cas clinique rapportés par les médecins, sans notes ni prise de notes, les médecins présents discutaient autour d'un cas ayant posé problème dans la relation médecin malade.

Dans son livre intitulé « *Le Médecin, son malade et la maladie* », rédigé en 1955, l'auteur y a consigné ses théories. (52)

Initialement, il ne s'agissait pas de groupe d'enseignement mais de groupe de formation et de recherche ayant comme substrat un cas clinique rapporté, sans prise de note de la part des participants. Il ne s'agissait pas d'une psychothérapie, le but étant d'écouter les autres et soit même, avec au cœur des discussions la relation médecin-malade.

Les points principaux de l'approche BALINT « sont l'écoute, la nécessité de développer la compréhension intellectuelle et émotionnelle du patient, la nécessité de reconnaître le vrai problème du patient, le vrai conflit, son secret. » (51)

Ces groupes se sont par la suite étendus à tous les paramédicaux.

C'est dans les années 1960 que sont apparus ces groupes en France, sur le même modèle que les groupes BALINT.

5.2 La formation à la Relation Thérapeutique (FRT)

Dans l'étude EMPATHIE, l'intervention était les cours de formation à la relation thérapeutique (FRT), dérivés de ces groupes BALINT.

Ces groupes de FRT sont à l'initiative de Louis Velluet, généraliste et psychanalyste enseignant à la faculté de Bobigny, et ayant animé des groupes aux internes et externes de la faculté Paris Descartes.

Balint préconisait l'apport de la psychanalyse dans ses groupes, alors que dans les cours de FRT, celle-ci est de plus en plus « *atrophiée, plaquée et détournée, du fait principalement que l'enseignement est dirigé par un médecin généraliste ayant l'expérience médicale et balintienne, au détriment de l'expérience psychanalytique.* » comme le décrit Martine Fabre, psychanalyste, dans un de ses articles. (37)

Ainsi, il s'agit plus d'un enseignement basé plus sur le psychologique que le psychanalytique. Le but de ces groupes de FRT est d'analyser les attitudes et contre-attitudes des étudiants, améliorer leur écoute, utiliser l'émotionnel dans le processus thérapeutique, et surtout de percevoir les processus psychologiques des patients qui influencent leur approche de la maladie ou du traitement.

6 Problématique

Nous avons vu à quel point l'empathie est une notion complexe à définir. La discussion reste toujours ouverte, et de nombreux auteurs continuent à s'y intéresser, et particulièrement dans le domaine de la relation médecin-malade.

Elle est déterminante dans la prise en charge des patients, elle a des bénéfices certains pour le médecin, le patient, et la relation médecin-malade.

La diminution de l'empathie au cours des études médicales retrouvée dans de nombreuses études, qui intervient au moment où les étudiants sont en contact avec le malade, fait tirer la sonnette d'alarme. C'est à partir de ce constat que des auteurs se sont intéressés à l'amélioration de l'empathie. Ainsi, des outils se sont peu à peu développés.

Des études préliminaires ont suggéré que des cours de Formation à la relation thérapeutique permettaient d'améliorer l'empathie des étudiants en médecine.

C'est dans ce cadre que l'étude EMPATHIE a été menée dans trois facultés de médecine Parisienne.

L'objectif de l'étude EMPATHIE était d'évaluer l'efficacité d'un enseignement « Formation à la relation thérapeutique » chez les étudiants en DFSAM1 sur l'empathie clinique mesurée par un patient simulé (échelle CARE) lors d'une consultation simulée (ECOS).

L'objectif de notre travail de thèse, ancillaire à l'étude EMPATHIE, était d'évaluer l'efficacité d'un enseignement « Formation à la relation thérapeutique » chez les étudiants en DFSAM1 sur l'empathie clinique **mesurée à partir d'un cas clinique fictif** (38).

7 Matériel et méthode

7.1 Description de l'étude

7.1.1 Cadre de l'étude

Cette thèse s'inscrit dans l'étude EMPATHIE.

Il s'agit d'un essai contrôlé, randomisé, multicentrique, qui a été mené dans les Universités de médecine de Paris 5, Paris 7 et Paris 13, d'octobre à décembre 2015.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité d'un enseignement « Formation à la relation thérapeutique » chez les étudiants en DFSAM1 sur l'empathie clinique mesurée par un patient simulé (échelle CARE) lors d'une consultation simulée (ECOS), et par l'échelle d'auto-évaluation JSPE-MS.

7.1.2 Objectif principal du travail de thèse

L'objectif principal de notre travail de thèse était d'évaluer l'efficacité d'un enseignement « Formation à la relation thérapeutique » chez les étudiant en DFSAM1 sur l'empathie clinique **mesurée à partir d'un cas clinique fictif** (38).

7.1.3 Objectif secondaire du travail de thèse

L'objectif secondaire de notre travail était d'évaluer l'efficacité d'un enseignement « Formation à la relation thérapeutique » chez les étudiants en DFSAM1 sur l'empathie clinique mesurée à partir de l'échelle CARE et JSPE-MS.

7.1.4 Critère d'inclusion et d'exclusion

A l'Université Paris Descartes, l'étude a été menée sur 262 étudiants en DFSAM1.

L'enseignement était obligatoire.

Le critère d'inclusion était le consentement à utiliser les données recueillies à des fins de recherche.

Le critère de non inclusion était le non consentement.

L'ensemble des étudiants a consenti à l'étude.

7.2 Procédure de l'étude

7.2.1 Description des étapes d'intervention

Les étudiants ont été randomisés en 2 groupes :

- Le groupe intervention, qui a bénéficié de la formation à la relation thérapeutique
- Le groupe contrôle qui n'a pas suivi cette formation

La formation a été dispensée par un enseignant formé (leader du groupe), accrédité soit par la Société Médicale Balint France, soit par l'Association de Formation Balint. (59)

Afin d'homogénéiser l'intervention, des rencontres régulières ont été organisées entre les leaders des groupes avant et pendant l'étude.

Les étudiants ont été répartis en groupe de 15 maximums et ont reçu 7 enseignements d'1h30, échelonnés sur 3 mois, correspondant à leur période de stage.

Les étudiants et les chargés d'ED n'étaient pas en aveugle de l'intervention.

Durant les cours, 1, 2 ou 3 cas ont été rapportés par des étudiants invités à raconter une situation ayant posé un problème relationnel, éthique, de communication ou de conscience. Le groupe a alors réfléchi ensemble sur ce qui s'était passé dans la relation médecin-patient et les facteurs entrant en compte dans la prise en charge du patient.

A la fin des 3 mois de cours, les étudiants ont été évalués par le patient simulé (via la grille CARE) et par un observateur au cours d'une consultation simulée (ECOS).

Les acteurs (patients simulés) et les observateurs des ECOS étaient en aveugle du groupe intervention ou contrôle.

Les étudiants randomisés dans le groupe contrôle n'ont reçu aucune formation.

A l'issue des ECOS, les étudiants ont rempli un questionnaire relatif à un cas clinique fictif permettant de mesurer l'empathie des étudiants en médecine, validé par une étude préliminaire. (38)

Par ailleurs, l'ensemble des étudiants a rempli avant et après la période de FRT, via un site web sécurisé, l'échelle JSPE-MS.

7.2.2 Les différentes échelles de mesure

7.2.2.1 Critère de jugement principal : cas clinique fictif

Le critère de jugement principal était la mesure de l'empathie à partir d'un questionnaire relatif à un cas clinique fictif validé lors d'une étude préliminaire. (38)

Il s'agissait d'une femme borderline, récemment hospitalisée pour une décompensation acido-cétosique de diabète, ayant subi des traumatismes dans l'enfance. (Annexe 1)

Les étudiants ont répondu à 8 questions chacune notée de 1 à 4 (échelle de Lickert). (Allant de 1 pour pas du tout à 4 pour beaucoup)

Les questions sont les suivantes :

- Q1 : L'histoire de Mme X vous touche-t-elle ?
- Q2 : L'attitude de Mme X vous agace-t-elle ?
- Q3 : Trouvez-vous Mme X. attachante ?
- Q4 : Trouvez-vous le cas de Mme X. intéressant ?
- Q5 : En écoutant Mme X., vous paraît-il naturel de vous mettre à sa place ?
- Q6 : Mme X vous donne-t-elle l'impression de perdre votre temps ?
- Q7 : Être absorbé par le vécu de Mme X. peut-il vous gêner dans la rigueur de votre démarche diagnostique et thérapeutique ?
- Q8 : Prendre en charge Mme X. peut-il vous apprendre quelque chose sur votre métier ?

Les questions ont été additionnées entre elle, formant 4 variables différentes :

- L'approche empathique (Q1 + Q3 + Q5),
- L'attitude de rejet (Q2 + Q6),
- L'intérêt intellectuel (Q4 + Q8)
- La peur de la contagion émotionnelle (Q7).

Ces 4 variables ont été mises en évidence par une analyse en composante principale.

Le but était de corrélérer les scores entre eux. Cette analyse, dite de réduction de dimensionnalité, était de réduire les 8 questions de départ en 4 dimensions : les 4 variables suscités.

Le score global (l'addition des scores des questions de 1 à 8) n'a pas été analysé dans l'étude préliminaire. Les 4 variables représentent des notions dissociables (approche empathique

différente de la peur de la contagion émotionnelle par exemple) dont l'addition ne serait pas informative.

Nous en avons fait de même dans ce travail.

7.2.2.2 Critères de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires de cette étude étaient de mesurer l'empathie obtenue par l'échelle CARE (Annexe 4), par l'échelle JSPE-MS (Annexe 5) et de les comparer avec les résultats obtenus par le cas clinique fictif.

Tous les étudiants ont rempli la version française de la JSPE-MS via un site internet sécurisé avant le début des cours de formation à la relation thérapeutique, puis une semaine après la fin.

7.2.2.2.1 Echelle JSPE-MS

L'échelle JSPE est la *Jefferson Scale of Physician Empathy medical*, spécifique à la mesure de l'empathie dans le milieu médical. (Annexe 5)

Elle a été élaborée au Center for Research in Medical Education and Health Care du Jefferson Medical College. (60)

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation composée de 20 items, chacun notés de 1 à 7 (échelle de Lickert) allant de fortement désaccord (1) à fortement d'accord (7), se regroupant en 3 dimensions :

- Adopter le point de vue du patient
- L'attention au vécu émotionnel du patient
- La capacité à se mettre à la place du patient

Il existe plusieurs versions de la JSPE, dont la JSPE-MS, *Jefferson Scale of Physician Empathy-medical Student Version*, destinée spécifiquement aux étudiants n'ayant eu que peu ou pas d'interaction avec les patients. C'est cette échelle qui a été utilisée dans cette étude.

Plus le score est élevé, plus l'empathie clinique est élevée.

Il est à noter que compte-tenu d'un problème technique, un item de la JSPE-MS manquait : « Les médecins devraient-ils se mettre à la place de leurs patients lorsqu'ils leur prodiguent des soins ».

7.2.2.2.2 Echelle CARE

L'échelle CARE est *la Consultation And Relational Empathy*. (Annexe 4)

Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation utilisée dans les établissements de soin pour l'évaluation des médecins généralistes par les patients eux-mêmes. Elle a été validée par une étude préliminaire (39) menée en 2015.

Il y a 10 items, allant de 1 à 5 (échelle Likert), 1 pour « médiocre », 5 pour « excellent » Plus le score est élevé, plus le médecin est perçu comme empathique par le patient.

Les patients simulés (acteurs) ont rempli les grilles CARE au décours des ECOS (cf. ci-dessous)

7.2.2.2.3 ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré)

Cette méthode d'évaluation a été développée par les professeurs Harden et Gleeson en 1979. (40) Considéré comme le dispositif d'évaluation le plus proche de l'évaluation idéale de la compétence clinique, cette méthode est un « gold standard ».

Il s'agit d'un examen final des compétences cliniques de plus en plus utilisé dans les sciences de la santé.

C'est un examen qui permet d'être particulièrement **objectif**, car les étudiants sont tous évalués à l'aide d'outils exactement similaires (même grille et même schéma de notation).

C'est un examen qui a pour vocation d'être particulièrement **structuré**, permettant d'étudier une tâche très spécifique. Un même script est fourni lors des consultations stimulées, assurant à chaque candidat la même divulgation d'information, les mêmes émotions transmises, puisque chaque patient simulé (acteur) reçoit des instructions quant aux émotions à transmettre.

Les éléments évalués par les ECOS sont :

- La relation médecin-patient
- Les aptitudes à communiquer
- Les connaissances médicales
- Les aptitudes cliniques
- L'examen physique ...

Dans l'étude EMPATHIE, les candidats ont participé à deux séances d'ECOS. Deux scénarios ont été élaborés par un groupe de quatre médecins généralistes et un psychiatre. (Annexe 4)

Pour le premier (cas clinique A, Annexe 2), il s'agissait d'un refus par le médecin (étudiant) d'une prescription d'antibiotique non justifiée à la demande d'un patient pénible insistant (acteur).

La deuxième séance (cas clinique B, Annexe 3), portait sur l'annonce de diagnostic de VIH par le médecin (étudiant) à un patient simulé (acteur).

Aucun examen clinique ne leur a été demandé.

C'est durant ces séances que les examinateurs ont rempli les grilles d'évaluation des ECOS, et que les patients simulés (acteurs) ont rempli les grilles CARE. (CARE A correspondant à la station A et CARE B correspondant à la station B)

A la sortie de cet examen, les candidats ont rempli le questionnaire relatif au cas clinique fictif.

7.3 Analyse de données

L'analyse statistique a été calquée sur celle réalisée dans l'article dont est issu le cas clinique fictif (38).

7.3.1 Taille de l'échantillon

Le choix de la taille de l'échantillon a été fait grâce au logiciel Biostatgy, disponible sur internet à l'adresse : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgy>.

Nous nous sommes appuyés sur les données de l'étude préliminaires d'où est tiré le cas clinique fictif pour le choix des moyennes et de l'écart-type du cas clinique fictif.

Nous avons donc utilisé les données suivantes :

-L'écart type moyen : 1.15

-Moyenne du groupe témoin : 3.61

-Moyenne du groupe contrôle : 4.15

-Puissance : 0.8

L'effectif d'étudiant nécessaire était donc de 244 étudiants. Donc 122 étudiants dans chaque groupe.

7.3.2 Analyses statistiques

Le test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes des deux groupes pour l'objectif principal et les objectifs secondaires suivants :

- Comparaison de la moyenne de chaque groupe des scores des 4 variables du cas clinique fictif (approche empathique, attitude de rejet, intérêt intellectuel, peur de la contagion émotionnelle)
- Comparaison de la moyenne de chaque groupe du score JSPE-MS après la FRT
- Comparaison des moyennes de l'échelle CARE de chaque groupe lors de la consultation stimulée (CARE A, CARE B et CARE TOTAL correspondant au cas clinique A, cas clinique B et total des deux scores).

8 RESULTATS

8.1 Population étudiée

8.1.1 Flow chart

Sur 262 étudiants en DFASM1 à l'Université Paris Descartes, 243 se sont présentés à la session d'ECOS. 19 étudiants ne se sont pas présentés.

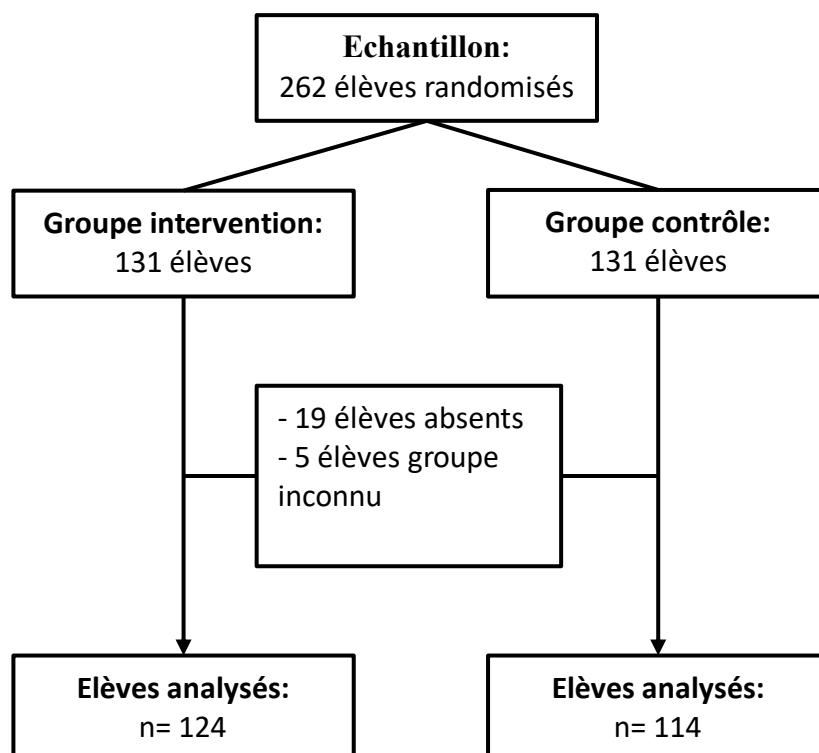
Tous les étudiants présents lors de cette évaluation ont rempli le questionnaire à la suite du cas clinique fictif.

Nous avons fait notre analyse statistique sur 238 étudiants au total : 114 étudiants faisaient partie du groupe contrôle n'ayant pas reçu la formation à la relation thérapeutique, et 124 faisaient partie du groupe intervention ayant eu la formation à la relation thérapeutique.

5 étudiants n'ont pas indiqué leurs noms sur le questionnaire, il n'a donc pas été possible de déterminer leur groupe. Ils ont été exclus de l'analyse statistique.

Les deux groupes n'ont pas de différence significative en ce qui concerne le sexe, le choix de la spécialité ou le niveau socio-économique.

Flow chart



8.1.2 Caractéristiques des participants

	Groupe intervention n=131	Groupe contrôle n=131
Sexe		
Hommes	58 (44%)	47 (35%)
Femmes	73 (55%)	84 (64%)
Spécialité envisagée		
Anesthésie/ Réanimation/ Urgences	9 (6,8%)	12 (9,1%)
Chirurgie	16 (12,2%)	25 (19,1 %)
Psychologie	7 (5,3%)	1 (0,7%)
Spécialités médicales	98 (74,8%)	89 (67,9%)
Spécialités non médicales	0 (0%)	2 (1,5%)
Niveau d'étude des parents		
1 ^{er} cycle	3 (2,2%)	6 (4,5%)
2 nd cycle	7 (5,3%)	3 (2,2%)
3 ^{ème} cycle	117 (89,3%)	114 (87%)

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

8.2 Résultats du critère de jugement principal

- La moyenne des scores correspondant aux questions (écart-type) en rapport avec **l'approche empathique** était de 8,34 (2,15) pour le groupe ayant eu la FRT (groupe intervention), contre 7,78 (2,01) pour le groupe n'ayant pas eu la FRT (groupe contrôle) avec une p-val à 0,04, soit une différence statistiquement significative.
- Pour ce qui est de **l'attitude de rejet**, dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, la moyenne des scores (écart-types) étaient respectivement de 2,95 (1,04) vs 2,79 (1,01) avec une p-val à 0,22.
- Pour le facteur **intérêt intellectuel**, dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, la moyenne des scores (écart-types) étaient respectivement 6,99 (1,16) vs 6,79 (1,29) p-val 0,20.
- Enfin, pour ce qui est de la **peur de la contagion émotionnelle**, dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, la moyenne des scores (écart-types) étaient respectivement de 2,26 (0,83) vs 2,1 (0,82) p-val à 0,13.

Il n'y a donc pas de différence significative pour ces 3 variables.

	Groupe intervention moyenne (écart-type)	Groupe contrôle moyenne (écart-type)	P-val (t-test)
Approche empathique (Q1+Q3+Q5)	8,34 (2,15)	7,78 (2,01)	0,04
Attitude de rejet (Q2+Q6)	2,95 (1,04)	2,79 (1,01)	0,22
Intérêt intellectuel (Q4+Q8)	6,99 (1,16)	6,79 (1,29)	0,20
Peur de la contagion émotionnelle (Q7)	2,26 (0,83)	2,1 (0,82)	0,13

Tableau 2 : Moyenne des scores (écart-type) aux questions du cas clinique fictif dans les deux groupes

La formation à la relation thérapeutique a montré une amélioration de l'approche empathique par la mesure du cas clinique fictif.

En revanche, elle n'a pas montré de différence de l'intérêt intellectuel, de la peur de la contagion émotionnelle, ni de l'attitude de rejet par la mesure du cas clinique fictif.

8.3 Résultat des critères de jugement secondaires

8.3.1 Résultats JSPE-MS

Avant la FRT, 130 étudiants ont répondu au questionnaire JSPE-MS dans le groupe intervention et 129 dans le groupe contrôle.

Après la FRT, 127 étudiants ont répondu au questionnaire JSPE-MS dans le groupe intervention, et 123 dans le groupe contrôle.

- La moyenne des scores (écart-type) avant le début de la période de FRT dans le groupe intervention vs groupe contrôle était respectivement de 110,66 (9,37) vs 109,59 (11,98), avec une p-val à 0,47
Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes.
- La moyenne des scores (écart-type) après la période de FRT dans le groupe intervention vs dans le groupe contrôle était respectivement de 110,86 (11,35) vs 108,19 (13,02), avec une p-val à 0,04.
Il y a donc une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

	Groupe intervention moyenne (écart-type)	Groupe contrôle moyenne(écart-type)	P-val (t-test)
JSPE avant FRT	110,66 (9,37)	109,59 (11,98)	0,47
JSPE après FRT	110,86 (11,35)	108,19 (13,02)	0,04

Tableau 3 : Moyenne des scores (écart-type) au questionnaire JSPE-MS dans les deux groupes

La formation à la relation thérapeutique a montré une amélioration de l'empathie dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, mesurée par le questionnaire JSPE-MS.

8.3.2 Résultats grille CARE

Dans le groupe intervention, il y avait 10 grilles CARE manquantes (élèves absents + grilles perdues), soit 121 grilles CARE analysées.

Dans le groupe contrôle, il y avait 16 grilles CARE manquantes (élèves absents + grilles perdues) soit 115 grilles CARE analysées.

- Grille CARE A : la moyenne des scores (écart-type) pour le groupe intervention vs le groupe contrôle était de 31,87 (9,92) vs 34,15 (9,1) p-val 0,063.

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

- Grille CARE B : la moyenne des scores (écart-type) pour le groupe intervention vs le groupe contrôle était de 30,88 (9,94) vs 30,54 (9,45) p-val 0,782.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes.

- Total scores grille CARE A + grille CARE B : la moyenne des scores (écart-type) pour le groupe intervention était de 62,63 (15,97) vs 64,28 (14,43) pour le groupe contrôle, avec p-val à 0,406.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes.

	Groupe intervention moyenne (écart-type)	Groupe contrôle moyenne (écart-type)	P-val (t-test)
Care A	31,87 (9,92)	34,15 (9,1)	0,063
Care B	30,88 (9,94)	30,54 (9,45)	0,782
Care Total	62,63 (15,97)	64,28 (14,43)	0,406

Tableau 4 : Moyennes des scores (écart-type) des grilles CARE dans les deux groupes

La formation à la relation thérapeutique n'a pas montré d'amélioration de l'empathie par la mesure de la grille CARE.

9 Discussion

9.1 Principaux résultats

Il s'agit d'une étude ancillaire, contrôlée, randomisée, mono-centrique, évaluant l'efficacité d'un enseignement « Formation à la Relation Thérapeutique » sur l'empathie des étudiants en 4^{ème} année de médecine mesurée à partir d'un cas clinique fictif, de l'échelle JSPE-MS (Annexe 5) et de la grille CARE (Annexe 4).

9.1.1 Cas clinique fictif :

Les résultats obtenus dans notre étude à partir du cas clinique fictif ont montré une différence significative en ce qui concerne l'approche empathique en faveur du groupe ayant eu la FRT. Ces résultats confirment ceux obtenus par l'étude préliminaire menée à l'Université Paris Descartes dont est issu le cas clinique fictif. (38)

En revanche, les résultats obtenus n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne :

- L'attitude de rejet,
- L'intérêt intellectuel
- La peur de la contagion émotionnelle.

9.1.2 JSPE-MS

Les résultats de la mesure de l'empathie par l'échelle JSPE-MS ont montré une amélioration de l'empathie dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin n'ayant pas eu la FRT.

9.1.3 CARE

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de l'empathie par la mesure des grilles CARE A, B et le total des deux grilles, entre les deux groupes.

9.2 Force de l'étude

Il s'agissait à notre connaissance de la première étude à grande échelle visant à évaluer l'impact d'une FRT sur l'empathie des étudiants en médecine.

De plus, nous avons utilisé plusieurs types d'échelles pour mesurer l'effet de cette FRT sur l'empathie (échelles d'auto-évaluation et échelles d'hétéro-évaluation).

Il s'agissait d'un essai contrôlé, randomisé. Ce puissant design d'étude permettait d'avoir le moins de facteur de confusion possible, avec des groupes contrôle et témoin ayant des caractéristiques similaires.

Les deux groupes avaient des caractéristiques similaires, et étaient comparable à la population générale des étudiants en médecine dans la faculté Paris Descartes.

La FRT était un enseignement obligatoire ce qui a permis un faible nombre de perdu de vue, et de diminuer les biais de sélection des différents groupes.

9.3 Limites de l'étude

Bien qu'obligatoire, tous les étudiants randomisés ne se sont pas présentés aux séances d'ECOS. De ce fait, la puissance de l'étude était amoindrie.

En effet : le nombre de sujet nécessaire à traiter était de 244, alors que nous avons eu sur les 262 étudiants randomisés 19 absents et 5 n'ayant pas inscrits leurs noms et donc 5 données non analysables car nous ne savions pas à quel groupe ils appartenaient.

L'analyse statistique avait donc été faite sur 238 étudiants au total, alors que le nombre de sujet nécessaire à traiter que nous avons calculé était de 244.

Les étudiants n'ont bénéficié que de 3 mois de formation, alors que les groupes BALINT ont généralement lieu durant plusieurs mois voire années. L'intervention n'a peut-être pas été assez longue pour montrer une différence plus représentative de l'apport réel de cette formation. Il faudrait plus de séances, plus longtemps afin d'évaluer au mieux l'efficacité de la FRT.

Est-ce que la différence de résultat sur l'approche empathique entre les deux groupes serait davantage plus importante ? Est-ce qu'il y aurait une diminution de l'attitude de rejet et de la peur de la contagion émotionnelle si cette formation était plus longue ?

De plus, les évaluations ont eu lieu peu de temps après la fin de la formation. Il serait pertinent de mesurer l'amélioration à distance de la fin de la formation afin de savoir si elle est pérenne dans le temps.

La participation à la FRT par les étudiants ayant été obligatoire, certains étudiants, désintéressés par la FRT et par les sujets qui touchent à l'empathie, ont pu porter que peu d'intérêt à cette formation et à l'étude. Peut-être ont-ils répondu de manière désintéressée et donc faussée, et n'ont pas assimilés les potentiels apports de cette formation.

Une étude qui avait fait passer des entretiens à 8 dirigeants de groupe BALINT de 5 pays différents en les questionnant sur les difficultés rencontrées, avait montré que pour être bénéfique, la participation à un groupe BALINT nécessitait d'être dans un état d'esprit d'ouverture et de stabilité psychologique. (41)

A contrario, dans un travail de thèse menée dans le cadre de l'étude EMPATHIE, les étudiants initialement réticents aux groupes de FRT avaient changés d'avis. (42)

Bien qu'ils soient initialement réticents, la dernière étude pousse à croire que si nous rendons l'enseignement obligatoire, les étudiants pourraient changer d'avis et tirer les bénéfices de cet enseignement.

La participation à la FRT arrive très tôt dans le cursus des étudiants. Se pose alors la question du timing : ont-ils assez de recul pour assimiler les bénéfices que pourraient leur apporter cette formation et les intégrer dans leur pratique clinique ?

D'autre part, l'objectif principal de l'étude était la mesure de l'empathie par un cas clinique fictif validé par une étude préliminaire. Pour être valide, un questionnaire doit bien mesurer ce qu'il est censé mesurer (53) (54). L'empathie est une notion si complexe, comme nous l'avons constaté dans notre introduction, qu'il est difficile d'être consensuel sur ce que l'on mesure. Est-ce que chaque échelle mesure vraiment la même chose ? Sommes-nous d'accord sur ce que nous mesurons précisément ?

C'est au cours des séances d'ECOS qu'ont été remplies les grilles CARE. Il s'agit d'une méthode d'évaluation nouvelle pour la plupart des étudiants, qui, pris par le stress de cette méthode d'évaluation, peuvent se concentrer sur leurs connaissances médicales et non pas sur leur capacité à mettre en pratique ce qu'ils ont appris de cette FRT ou de se concentrer sur la part relationnelle de la consultation.

Nous n'avons pas pris en compte l'effet du type de stage durant les séances de FRT sur l'empathie. En fonction de celui-ci (stage plutôt centré sur la technique et les gestes comme la radiologie ou la chirurgie, ou plutôt centré sur la relation avec le patient comme l'oncologie ou la médecine générale), les étudiants ont pu améliorer leur approche empathique en stage. Pour éliminer ce type de biais dans notre interprétation, les étudiants ont été randomisés et le groupe témoin n'a reçu aucune formation relative à l'empathie.

Un autre biais existe par la mesure de la grille CARE : **le biais de perception**.

En effet, les patients acteurs étaient des personnes différentes. La réaction de l'étudiant pouvait dépendre du jeu d'acteur. En fonction du jeu d'acteur, on peut imaginer que l'expression de l'empathie de l'étudiant sera différente, et la perception de l'empathie par le patient-acteur sera différente.

Il aurait fallu, pour palier à ce biais que ce soit un seul et même acteur qui joue le rôle de patient, mais ce type d'étude est difficilement réalisable au vu du nombre de sujet à évaluer.

Ou bien, il aurait fallu ajuster les résultats sur un facteur « acteur », mais nous n'avons pas noté avec quel acteur étaient passés les étudiants.

Dans notre étude, chaque acteur avait reçu les mêmes instructions afin de standardiser l'évaluation et de diminuer au maximum cette variabilité interpersonnelle. (Annexe 2 et 3)

Enfin, le cas clinique était rempli à la fin des ECOS. On peut imaginer qu'après avoir passé une demi-journée d'ECOS, et avoir vécu pour certains des situations émotionnelles fortes (comme pour l'annonce de VIH où nous avons vu quelques étudiants touchés par l'annonce allant jusqu'à pleurer lors de l'exercice), avoir envie d'écourter l'examen, de sortir souffler. Leur demander encore une fois de plus de remplir un questionnaire de mesure de l'empathie peut être vécue comme une nouvelle charge de travail à un moment inadapté, où ils n'auront pas toute l'attention nécessaire pour remplir ce nouveau questionnaire. Ce d'autant que les étudiants étaient informés de ce cas clinique qu'en arrivant le jour des ECOS.

Peut-être aurait-il fallu choisir un autre moment pour faire remplir le questionnaire, ce qui aurait retenu toute leur attention. Mais nous avons choisi ce moment pour avoir le moins de perdu de vue possible.

Aurions-nous retrouvé les mêmes résultats si le questionnaire avait été rempli à un autre moment ? La différence entre les deux groupes aurait été la même mais les résultats des moyennes aurait peut-être été différente.

9.4 Comparaison des résultats avec la littérature et interprétation

9.4.1 Approche empathique et JSPE-MS

La grille CARE est une échelle d'hétéro-évaluation, où c'est le patient simulé qui évalue l'empathie du médecin.

L'échelle JSPE-MS et le cas clinique fictif sont des mesures d'auto-évaluation.

Bien que les résultats retrouvés par les mesures d'auto-évaluation soient encourageants, il existe un biais non négligeable à ce type de mesure : **un biais de désirabilité sociale**.

Il s'agit d'une tendance à répondre à un questionnaire donné par des réponses socialement désirables, au détriment de l'expression sincère des croyances personnelles (61). Indépendamment du groupe, les étudiants vont se sur évaluer.

Ainsi, les étudiants ayant passé cette formation peuvent avoir le sentiment d'avoir acquis des connaissances et répondent aux différents questionnaires en les utilisant, mais ne savent pas l'appliquer dans la relation médecin-malade.

Les résultats de la grille CARE suggèrent que l'amélioration de l'empathie n'est pas perçue par le patient.

La FRT a modifié la **représentation** des étudiants de l'empathie, sans modifier leur savoir-faire.

Une étude précédente avait comparé les résultats obtenus pour la mesure de l'empathie par l'échelle d'auto-évaluation (échelle JSPE) et une échelle d'hétéro-évaluation (JSPPPE) qui est la *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* c'est-à-dire une mesure de l'empathie du médecin perçue par le patient. L'étude a montré qu'il y avait une corrélation modérée entre ces deux types de mesures.(43)

Cela va dans le sens de la différence de concordance entre ces deux types de mesure que nous avons retrouvé dans notre étude.

Une étude menée aux Etats-Unis et comparant l'amélioration des compétences d'approche psychologique (prendre en charge le patient en fonction de ses besoins psychologiques et la capacité à développer une bonne relation médecin-patient) via une mesure par l'échelle *Psychological Medicine Inventory* (PMI) entre un groupe d'internes ayant suivi une formation BALINT et un groupe d'étudiant n'ayant pas suivi de formation BALINT a montré une amélioration dans le premier groupe. (44)

Ça n'est pas directement l'empathie qui était mesurée via cette échelle, mais l'étude est dans le sens d'une amélioration des compétences psychologiques qui peuvent être liées à l'empathie.

Mais là encore, il s'agissait d'une échelle d'auto-évaluation, et les étudiants étaient plus vieux, avaient donc plus d'expérience et plus de recul que les étudiants en DFSAM1.

Un autre travail de recherche sur l'apport d'une initiation au groupe BALINT dans la formation à la relation médecin-patient aux étudiants en SASPAS et en DES de médecine générale suggère que les participants au groupe BALINT ont amélioré leurs compétences en communication et en psychologie. (45)

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 participants à des groupes BALINT. Les entretiens ont montré que la formation BALINT leur avait apporté un meilleur savoir-être grâce à une prise en compte de leurs émotions de médecin, un meilleur savoir-faire en matière de communication, de psychologie, et une meilleure réflexion sur leur pratique médicale.

Ici encore, même si les résultats vont dans le sens d'un apport positif du groupe BALINT, le schéma de l'étude est différent du nôtre. D'une part, car il n'y avait pas de groupe contrôle et d'autre part, il s'agissait d'une étude qualitative où il n'est pas possible de conclure à un effet de l'intervention. C'est le vécu des médecins qui est évalué. Eux ont le sentiment d'avoir amélioré leur pratique, ça n'est pas forcément le cas dans les faits ou dans la perception du patient.

Ceci est concordant avec nos résultats précédents : à savoir l'auto-perception de l'amélioration de l'empathie chez les étudiants. Cela ne veut pas pour autant dire que la communication de cette empathie est améliorée ni qu'elle est ressentie par le patient.

Une autre enquête ayant pour objectif de déterminer si la participation à un groupe BALINT pouvait être à l'origine d'un changement de personnalité des participants a montré que les participants à ces groupes traitaient leurs patients de manière différente et avaient le sentiment d'être plus compétents.

Ils ont pris conscience de la complexité du patient dans sa pluri-dimensionnalité.

Ces résultats ont été obtenus en répondant à un questionnaire conçu pour mesurer les changements de personnalité. (46)

Les résultats retrouvés pour la mesure de l'empathie via l'échelle JSPE-MS sont en accord avec ceux retrouvés par l'étude préliminaire menée à la faculté Paris Descartes via le cas clinique fictif (38), c'est à dire que la FRT améliore l'empathie des étudiants en médecine.

En revanche, ils ne sont pas en accord avec une autre étude : 182 résidents de Caroline du Sud ont reçu par la poste l'échelle JSPE et un sondage sur la satisfaction au travail. 113 participaient à un groupe BALINT et 69 non. Les deux groupes avaient un score JSPE semblable. Il n'y avait pas non plus de différence de satisfaction financière ou de satisfaction globale au travail.(47)

Dans cette étude, la seule différence entre les deux groupes était que les médecins du groupe BALINT semblaient plus satisfaits de leur choix de spécialité de généraliste (86% contre 55%) (47).

Il est probable que l'analyse des problèmes relationnels de la relation médecin-malade via des groupes BALINT rende le choix de cette spécialité satisfaisante et intéressante.

Une étude réalisée sur 98 internes en médecine interne. L'objectif était de savoir si l'empathie pouvait changer en fonction des années d'exercice et en fonction de l'année d'étude. Ces étudiants ont répondu à la JSPE tous les 3 ans.

Les scores de la JSPE étaient en accord avec les évaluations sur les qualités humanistes faites par les professeurs.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en fonction du niveau de formation. Les scores d'empathie sont restés stables durant le stage.

Ces résultats suggèrent que l'empathie est stable sans intervention. Que chacun a sa part d'empathie « innée », mais qu'on peut agir par une intervention sur l'empathie cognitive afin de l'améliorer, comme dans notre étude.(48)

Il existe néanmoins un biais à cette étude, notamment sur la spécialité : la médecine interne est une spécialité très scientifique où durant leurs années d'études, les étudiants reçoivent très peu d'enseignement sur les relations humaines.

Ce que ces différentes études suggèrent c'est qu'en fonction de l'intervention, on peut potentiellement changer la part « cognitive » de l'empathie, mais sa part « affective » ou « innée » n'est pas accessible au changement.

Ce qu'indiquent les résultats retrouvés par l'échelle JSPE-MS et par les autres échelles de mesure c'est que la FRT permet d'améliorer la représentation des étudiants de l'empathie et de leur qualité empathique, mais qu'elle n'améliore leur capacité à communiquer l'empathie au patient, ni à être perçue empathique par le patient.

9.4.2 Contagion émotionnelle

Un autre résultat retrouvé dans notre étude est l'absence de différence significative dans la peur de la contagion émotionnelle.

La contagion émotionnelle est la composante « mécanique » de l'empathie. Nous avons vu que des neurones miroirs découlent une reproduction émotionnelle. L'émotion suscitée par une personne est ressentie de manière semblable par une autre personne. Il s'agit d'une dimension **affective** de l'empathie. Elle paraît primitive et peu sensible au changement. C'est différent de l'empathie cognitive qui, quant à elle, semble être plus abordable sur le plan développemental.

C'est une des raisons qui laisse penser que, malgré des cours de FRT, la peur de la contagion émotionnelle n'est pas une chose qu'on puisse modifier. Cela rejoint la notion de mimétisme retrouvée dans les travaux de Lipps et les travaux neurophysiologiques récents (neurones miroirs). Le mécanisme par lequel le médecin ressentirait les émotions de son patient en lisant sur son visage la peine, l'angoisse, la souffrance.

La peur de la contagion émotionnelle reflète la peur du médecin d'être trop impliqué par la souffrance de son patient ou par d'autres sentiments que le patient lui transmettrait, et donc de ne pas avoir la distance adaptée pour une bonne prise en charge. Il peut avoir peur que les sentiments, les peines, les souffrances du patient ou même ce qu'il représente l'affecte au point de ne plus avoir la distance nécessaire à une prise en charge optimale. Soit parce qu'il se sent trop impliqué par le vécu du patient (trop sympathique), soit au contraire parce que le patient éveille en lui des sentiments d'antipathie.

La peur de la contagion émotionnelle peut aussi faire partir de la part « innée » de l'empathie. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, il existe plusieurs dimensions de l'empathie, dont une affective. C'est cette dimension affective qui semble peu ouverte au changement, et que le patient ne contrôle pas. Ceci pourrait expliquer pourquoi il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

9.4.3 Attitude de rejet

L'attitude de rejet est similaire dans les deux groupes. Les cours de FRT n'ont pas permis de diminuer significativement cette attitude de rejet.

Le cas clinique étudié : celui d'une patiente borderline, qui peut susciter chez tout le monde un rejet par le malaise relationnel que ce type de patient peut engendrer chez les médecins, et ceci, indépendamment de leur empathie.

Dans un travail de thèse mené sur les patients « heartsink » (ou patients « difficiles »), il est décrit les différentes réactions des médecins face aux patients difficiles.

Il existe des patients qui déclenchent une « aversion » à chaque fois qu'ils consultent. (49)

L'attitude de rejet est liée à la peur que peuvent avoir les médecins de leurs propres réactions face aux patients difficiles.

Ils sont à l'origine d'un malaise grandissant des médecins, à un risque de burn-out, à un repli sur soi, parfois à des confrontations ou des plaintes et menaces. (50)

Les étudiants sont confrontés au milieu médical et à la réalité d'une relation médecin-malade. Ils ne soignent plus des « cas cliniques » à travers leurs livres d'exercices. Ils sont confrontés pour la première fois à la souffrance d'un patient, à la relation médecin-malade dans toute sa complexité. L'attitude de rejet est cette carapace qui leur permet de se protéger. Nos résultats et ceux de l'étude préliminaire (38) montrent soit que La FRT ne permet pas diminuer l'attitude de rejet, ce qui nous orienterait à réfléchir à d'autres outils.

Soit que les cours de FRT sont donnés dans un laps de temps trop court pour en tirer tous les bénéfices, dont le bénéfice de faire diminuer l'attitude de rejet. Il faudrait donc faire une étude avec une intervention type FRT plus longue et ainsi voir si cela modifie nos résultats sur l'attitude de rejet.

9.4.4 Intérêt intellectuel

Les résultats obtenus dans notre étude n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Dans l'étude préliminaire (38), les deux groupes avaient montré une amélioration de l'intérêt intellectuel durant la quatrième année de médecine, indépendamment du groupe.

Pour pouvoir comparer notre intervention, il aurait fallu faire remplir à tous les élèves le questionnaire avant le début de la FRT puis à la fin, afin d'étudier l'effet du temps et de l'intervention, comme cela a été fait dans l'étude (38).

Ce que nous pouvons émettre comme hypothèse, c'est que l'intérêt intellectuel reste stable par l'intervention, et son amélioration est liée au temps. Elle est peut-être due à l'avancée des échéances d'évaluation (examens), ou à l'intérêt de réussir son stage et de bien faire auprès des médecins séniors.

10 Conclusion

Devant la diminution de l'empathie des étudiants en médecine au cours de leur scolarité, des études ont cherché à comprendre les facteurs entrant en compte dans ce déclin, et comment y remédier.

L'empathie est incontestablement un pilier dans la relation médecin-malade et doit être valorisée au même titre que les autres sujets enseignés à l'Université de médecine. Elle permet une meilleure alliance thérapeutique et une satisfaction au travail pour le médecin, tout en le préservant du burn-out.

Notre travail visait à évaluer l'impact d'un enseignement type « Formation à la Relation Thérapeutique » inspiré des groupes BALINT chez les étudiants en DFASM1 (quatrième année de médecine), à partir de plusieurs méthodes de mesure.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que les séances de FRT amélioraient l'approche empathique des étudiants mesurée par un cas clinique fictif.

Nous avons aussi montré qu'on retrouvait une amélioration de l'empathie mesurée par une autre échelle d'auto-évaluation (JSPE-MS). En revanche, l'échelle d'hétéro-évaluation (CARE) n'a pas montré d'amélioration de l'empathie. Ceci nous amène à dire que cette formation permet d'améliorer la représentation des étudiants sur la notion d'empathie et leur auto-perception empathique, mais pas sur la capacité à la communiquer à leur patient.

Ainsi, nous interprétons que cette formation arrive trop tôt dans leur cursus, que les étudiants sont concentrés sur l'aspect technique du malade plus que sur l'aspect relationnel à ce stade de leur apprentissage et que la FRT ne permet pas d'acquérir des compétences de communication de l'empathie.

Ces résultats, même s'ils n'ont pas permis de démontrer que les patients percevaient leur médecin plus empathique suite à la FRT, restent encourageants et vont dans le sens d'une valorisation et d'une généralisation de ce type d'enseignement, centré sur les sciences humaines.

Cependant, nous ne connaissons pas l'impact de ces formations sur le long terme. Il nous semble nécessaire de poursuivre les études afin de mesurer l'empathie à différents temps de la formation des médecins, et durant leurs années d'exercice.

Suite à cette étude, les enseignements type FRT sont devenu obligatoires pour tous les étudiants de la faculté Paris Descartes. D'autres outils existent déjà et doivent être davantage développés, comme l'enseignement « médecine narrative » ou le développement d'atelier de jeu de rôle, afin de mettre en situation les élèves et les aider à améliorer leurs capacités à communiquer leur empathie.

11 Bibliographie

- (1) Larousse Dictionnaire de Français. Edition 2017. Définition « empathie»
- (2) Anatole Bailly. Dictionnaire Grec-Français. Le Grand Bailly Edition Hachette 2000
- (3) (4) (8) R. Vischer, Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik (« Le sentiment optique de la forme, Contribution à l'esthétique »), Julius Oscar Galler, 1873. Traduction française, Maurice Elie, Aux origines de l'Empathie, Éditions Ovidia, 2009, p. 57-100.
- (5) Stefania Caliendo . Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. Revue Française de Psychanalyse. 2004;68:312
- (6) R. Vischer, Über das optische Formgefühl, op. cit., pp. 10-11 (trad. angl., p. 98 ; ital., pp. 107-108).
- (7) Hervé Boukhobza. Relation à autrui, empathie. janvier 2013. disponible sur <https://www.researchgate.net/publication/304893212>
- (9) Rizzolatti, G. et al. (1996) Premotor cortex and the recognition of motor actions Cognit. Brain Res. 1996 ;3 :131–141.
- (10) (11) (12) C. Rogers, L'approche centrée sur la personne, trad. H. G. Richon, Lausanne, Randin, 2001
- (13) Larousse Dictionnaire de Français Edition 2017. Définition sympathie
- (14) Marie-Thérèse Luissier. Should family physicians be empathetic, Can Fam Physician. . 2010 Aug; 56(8): 740–742.
- (15) Jean-Yves Nau. Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel. RevMedSuisse 2015; volume 11. 838-839
- (16) Linley PA, Joseph S. Therapy work and therapists' positive and negative well-being. J Soc Clin Psychol. 2007;26:385– 403.
- (17) Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1er éd. Springer-Verlag New York Inc.
- (18) Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. Scand J Prim Health Care. 2008;26(4):228–234
- (19) Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. Fam Med. 2011 Jun; 43(6):412-7.
- (20) Van Dulmens, van den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. Patient Educ Couns. 2004;55(1):149–152.

- (2) Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*. 2009 mars;74(3):339-46.
- (22) Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, et al. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2006;56(528):496–503
- (23) Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359–364.
- (24) Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, et al. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland ' a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. 2008;73(2):240–245
- (26) Aude Woerner. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes.[Thèse d'exercice].[France]. Université Paris Descartes .Paris 5. UFR de médecine;2013
- (27) Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *JAMA*.1990;263:572–573.
- (28) Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA*.1990;263:527–532
- (29) Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*.2009;84:1182–1191
- (30) Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*.2004;38:934–941.
- (31) Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ*.1989; 23:19-23.
- (32) Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA*.1990;263:527–532
- (33) Skeff KM, Mutha S. Role models: Guiding the future of medicine. *N Engl J Med*. 1998;339:2017.
- (34) Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med*. 1998;339:1986-1993.
- (35) Killgore WD, Kahn-Greene ET, Lippizzi EL, Newman RA, Kamimori GH, Balkin TJ. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Med*. 2008;9:517–526.
- (36) Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014 Oct 14;14:219

- (37) Martine Fabre. « La Formation à la relation thérapeutique » en faculté de médecine. Comment la psychanalyse peut-elle créer un espace transitionnel entre malade et médecin ?. *Revue psychanalytique de groupe*.2015;65:224
- (38) Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot AM, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*. May 2014;76(5):426-429.
- (39) Julie Y. Chen, Weng Y. Y. Tsang. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ Online*.2015;20:10
- (40) Harden, R. M. Gleeson, F. A. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Medical Éducation*.1979;13:41-47.
- (41) Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract*. 1 nov 2010;60(580):808-14.
- (42) Nguyen Trong MV. Impact d'une formation à la relation thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM1 de médecine: analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
- (43) Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Med Teach*. 2011;33(5):388- 91
- (44) Turner AL, Malm RL. A preliminary investigation of Balint and non-Balint behavioral medicine training. *Fam Med* 2004;36:114–22.
- (45) Emilie Gourrin. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales;2014.
- (46) Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Fam Pract*. sept 1986;3(3):155- 63
- (47) Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, Dickerson L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med*. mai 2005;37(5):328- 31.
- (48) Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach*. juill 2002;24(4):370- 3.
- (49) O' Dowd TC. Five years of heartsink patients en général practice. *BMJ (Clin Res)*.1988;297:528-30

- (50) Bouchacourt Chloé. Les patients « heartskin » : la prise en charge des patients difficiles en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot. Paris7. UFR de médecine; 2014.
- (51) Luban, Plozza B. L'approche Balint : Une formation à la relation. Rev Med Suisse 2000 ;4 :20598
- (52) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1996.
- (53) McHomey, C. ; Ware, J. ; Raczek, A. The MOS 36-Item Short-Form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. Medical Care. 1993;31 (3) : 247-263
- (54) Coste, J. ; Fermanian, J. ; Venot, A. Methodological and statistical problems in the construction of composite measurement scales: a survey of six medical and epidemiological journals. Stat. Med. 1995;14:331-345
- (55) Simone Cohen-Léon. Groupe Balint. Approche Balint. Rev Psy Gr. 2008 ;50 :224
- (56) Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. J Gen Intern Med. 1995;10(7):375-379.
- (57) Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. 2013 Jan; 63(606): 76-84.
- (58) Steven J. Haggblom et al., « The 100 Most Eminent Psychologists of the 20th Century », Review of General Psychology, vol. 6, n° 2, 2002, p. 139-152
- (59) Céline Buffel du Vaure et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. Journal of Psychosomatic Research. 2017;103:102-107
- (60) Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. Educational and Psychological Measurement. 2001;61(2):349-65
- (61) D. L. Paulhus, « Socially desirable responding : the evolution of a construct », The Role of Constructs in Psychological and Educational Measurement, pp. 67-88, Erlbaum, Hillsdale, 2002.

12 Annexes

12.1 Cas clinique fictif (Annexe 1)

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

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

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

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

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

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

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

Questionnaire sur la gestion de la relation médecin-malade

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

12.2 ECOS A (Annexe 2)

DIRECTIVES DESTINEES AU PATIENT SIMULE

1.1. Informations initiales concernant le patient

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

1.2. Consignes pour le début de l'entretien

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

1.3. Histoire de la maladie actuelle

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

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

1.4. Autres données médicales

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

Vous n'êtes ni allergique ni intolérant aux médicaments

Antécédents familiaux : aucun

Allergies : eczéma dans la petite enfance

Habitudes : pas de tabac, alcool occasionnel en soirée

1.6. Attitude pendant l'entretien

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

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

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

DIRECTIVES DESTINEES AU CANDIDAT (LE MEDECIN)

Vous êtes médecin généraliste.

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

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

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

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

Vous décidez de ne pas lui en prescrire

Vous avez 10 minutes.

GRILLE D'EVALUATION ECOS A:

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

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

12.3 ECOS B (Annexe 3)

DIRECTIVES POUR LE PATIENT SIMULÉ

1 Informations initiales concernant le patient :

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

2 Consignes pour le début de l'entretien :

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

3. Histoire du problème actuel :

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

Cette collègue est divorcée depuis 4 ans.

Vous ne connaissez pas son statut sérologique pour le VIH.

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

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

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

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

4. Après l'annonce

Vous gardez un moment de silence

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

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

Vous n'êtes pas dans une réaction de colère. Vous acceptez le diagnostic auquel vous aviez pensé et repensé. Bien sûr, vous avez lu plein de choses sur internet... Vous paraissez calme mais vous êtes inquiet, l'avenir vous paraît très flou ainsi que les projets que vous aviez construits.

DIRECTIVES POUR LE MEDECIN

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

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

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

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

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

Le laboratoire vous a téléphoné pour vous informer que le résultat du test était positif.

Vous avez reçu par courrier ce résultat du test confirmé par un Western blot.

Vous devrez lui annoncer les résultats.

Vous n'aurez pas d'examen clinique à faire

Vous avez 10 minutes.

GRILLE D'ÉVALUATION ECOS B : Annonce séropositivité

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

ELEMENTS GENERAUX**ACCUEIL ET RECUEIL :**

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

GESTION DE LA CONSULTATION

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

POSITIONNEMENT ET IMPLICATION

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

DECISIONS ET ACCOMPAGNEMENT

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

ELEMENTS SPECIFIQUES

ACCUEIL	
23. Rappelle la confidentialité du résultat	
ANNONCE	
24. Evalue les représentations du patient sur l'infection par le VIH	
25. Laisse au patient du temps pour « digérer » l'annonce	
PRISE EN CHARGE	
26. S'efforce de savoir si le patient va en parler à sa femme	
27. S'efforce de savoir si le patient va en parler à sa collègue	
28. Aborde avec tact la nécessité de rapports protégés même avec sa femme	
29. Assure de sa disponibilité	
ACCOMPAGNEMENT	
30. Fixe le prochain rendez-vous avec le patient	

12.4 Grille CARE (Annexe 4)

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

12.5 Grille JSPE-MS (Annexe 5)

Évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'elle le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être : 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord							
La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	1	2	3	4	5	6	7
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	1	2	3	4	5	6	7
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients	1	2	3	4	5	6	7
Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	1	2	3	4	5	6	7
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	1	2	3	4	5	6	7
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1	2	3	4	5	6	7
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1	2	3	4	5	6	7
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1	2	3	4	5	6	7
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	1	2	3	4	5	6	7
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi	1	2	3	4	5	6	7
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec 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

13 Résumé

Titre : Évaluation d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir d'un cas clinique fictif.

Introduction : L'empathie est essentielle dans la relation médecin-malade. Des études préliminaires ont montré une diminution de l'empathie au cours des études médicales. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur l'empathie des étudiants en DFASM1 inspirée des groupes BALINT, mesurée à partir d'un cas clinique fictif.

Matériel : Nous avons mené une étude ancillaire, contrôlée, randomisée, mono-centrique sur 262 étudiants en DFASM1 de l'Université Paris Descartes d'octobre à décembre 2015. Les étudiants ont été randomisés en un groupe intervention ayant bénéficié de 7 séances d'1h30 de FRT et un groupe contrôle n'ayant pas eu de FRT. A la fin des 3 mois, les étudiants ont rempli un questionnaire relatif à un cas clinique fictif et une grille d'auto-évaluation d'empathie (JSPE-MS). Ils ont été évalués par un patient-acteur (grille CARE) lors de stations d'ECOS.

Résultats : On retrouve une amélioration de l'empathie par la mesure du cas clinique fictif dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle {respectivement 8,34(2,15) vs 7,78(2,01), p-val 0,04}, et par la mesure de la JSPE-MS {respectivement 110,86(11,35) vs 108,19(13,02) p-val 0,04}. Il n'y a pas d'amélioration par la mesure de la grille CARE {respectivement 62,63(15,97) vs 64,28(14,43) p-val 0,4}.

Conclusion : La FRT permet une amélioration de l'empathie chez les étudiants en DFASM1 lorsqu'elle est mesurée par des grilles d'auto-évaluation, mais pas lorsqu'elle est mesurée par une grille d'hétéro-évaluation. La FRT améliore leur propre perception de leur qualité empathique mais pas leur capacité à la communiquer au patient.

Mots-clés : Empathie, Formation à la relation thérapeutique, Balint, étudiants en médecine, DFASM1

Abstract:

Title: Evaluation of a therapeutic relationship training on the empathy of DFASM1 students from a fictitious clinical case.

Introduction: Empathy is essential in the doctor-patient relationship. Preliminary studies have shown a decrease in empathy during medical studies. The objective of the study was to measure the impact of therapeutic relationship training (TRT) on students' empathy in group-inspired DFASM1.

Material: We conducted an ancillary, controlled, randomized, single-center study of 262 DFASM1 students from the Paris Descartes University in October 2015. The students were randomized to an intervention group that was 7 hours and 30 minutes of TRT. and one control group did not have TRTs. At the end of the 3 months, the students completed a questionnaire about a fictitious clinical case and an empathy self-assessment grid (JSPE-MS). They were recognized by a patient-actor (CARE grid) at ECOS stations.

Results: On an improvement of empathy by the measurement of the fictitious clinical case in the intervention group compared to the control group (respectively 8.34 (2.15) vs 7.78 (2.01), p-val 0,04}, and by the measure of the JSPE-MS {representing 110.86 (11.35) against 108.19 (13.02) p-val 0.04}. CARE {62.63 (15.97) vs 64.28 (14.43) p-val 0.4}.

Conclusion: TRT allows for improved empathy in DFASM1 students is measured by self-assessment grids, but was measured by a grid of hetero-evaluation. The TRT improves their own perception of their empathic quality but not their ability to communicate to the patient.

Keywords: Empathy, Therapeutic Relationship Training, Balint, Medical Students, DFASM1

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