



HAL
open science

Évaluation de l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes

Sarah Safta

► **To cite this version:**

Sarah Safta. Évaluation de l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02498244

HAL Id: dumas-02498244

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498244>

Submitted on 8 Feb 2021

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° 298

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation de l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des
étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes

Présentée et soutenue publiquement
le 13 novembre 2018

Par

Sarah SAFTA

Née le 30 novembre 1989 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU

M. Le Docteur Louis-Baptiste Jaunay, CCU

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »
Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES	4
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
PARTIE 1 : INTRODUCTION	13
PARTIE 2 : L'EMPATHIE	15
1 - DEFINITION DE L'EMPATHIE.....	15
2 - NEURONES MIROIRS ET EMPATHIE.....	15
3 - EMPATHIE ET SYMPATHIE	16
4 - L'EMPATHIE CLINIQUE.....	17
5 - IMPACT DE L'EMPATHIE SUR LA RELATION MEDECIN-MALADE	18
6 - EMPATHIE ET ETUDES MEDICALES.....	20
7 - METHODES D'EVALUATION DE L'EMPATHIE.....	22
7-1- <i>Echelles d'autoévaluation</i>	23
7-1-1- JSPE.....	23
7-1-2- Autres échelles d'autoévaluation	24
7-1-2-1- L'IRI	24
7-1-2-2- Autres.....	24
7-2- <i>Echelles d'hétéroévaluation</i>	25
7-2-1- La grille CARE	25
7-2-2- La JSPPE	25
PARTIE 3 : LA SIMULATION EN SANTE	26
1 - DEFINITION.....	26
2 - LA SIMULATION EN FRANCE	28
3 - LA FORMATION A LA RELATION MEDECIN-MALADE PAR LA SIMULATION	29
4 - ECOS.....	31
5 - JEUX DE ROLE	32
PARTIE 4 : CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLÉMATIQUE	34

1-ÉTUDES PRECEDENTES	34
2-ÉTUDE EMPATHIE 5.....	35
3-PROBLEMATIQUE	36
PARTIE 5 : MATERIEL ET METHODE	37
1-LE MODULE DE FORMATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE	37
2- DEROULEMENT DES JEUX DE ROLE.....	37
3- POPULATION.....	38
3-1- <i>Type d'étude</i>	38
3-2- <i>Critères d'inclusion</i>	39
3-3- <i>Critères d'exclusion</i>	39
3-4- <i>Mode de recrutement</i>	39
4- QUESTIONNAIRES.....	40
4-1- <i>Adaptation française de l'auto-questionnaire JSPE-MS</i>	40
4-2- <i>Données sociodémographiques</i>	40
4-3- <i>Questionnaire d'autosatisfaction</i>	41
5- CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	42
6- CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	42
7- ANALYSES STATISTIQUES	42
7-1 <i>Calcul du nombre de sujets nécessaire</i>	42
7-2- <i>Méthode d'analyse des données</i>	44
7-2-1- <i>Analyse descriptive</i>	44
7-2-2- <i>Analyses statistiques</i>	44
8- DONNEES ETHIQUES	45
PARTIE 6 : RÉSULTATS	46
1-DESCRIPTION DE LA POPULATION	46
2-CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	50
3- CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	50
3-1- <i>Dimensions de l'empathie</i>	50
3-2- <i>Analyses en sous-groupes</i>	52
3-2-1- <i>Selon le genre</i>	53
3-2-2 <i>Selon le score initial de la JSPE-MS</i>	54
4- ANALYSE DES QUESTIONNAIRES D'AUTOSATISFACTION.....	57

PARTIE 7 : DISCUSSION.....	59
1-PRINCIPAUX RESULTATS	59
2- FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	60
2-1- <i>Population</i>	60
2-1-1- Recrutement	60
2-1-2- Représentativité de la population	60
2-2- <i>Méthodologie</i>	62
2-2-1- Outil de mesure : auto-questionnaire JSPE-MS.....	62
2-2-2- Coefficient de Cronbach.....	63
2-2-3- Formation par jeux de rôle.....	63
3- DISCUSSION DES RESULTATS	64
3-1- <i>Bénéfice des jeux de rôle</i>	64
3-2- <i>Empathie et genre</i>	67
3-3- <i>Empathie et score initial de la JSPE-MS</i>	68
4- PERSPECTIVE	70
PARTIE 8 : CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	82
ANNEXE 1 : SCENARIOS DES JEUX DE ROLE	83
<i>Annonce d'une mauvaise nouvelle</i>	83
<i>Patient réticent</i>	90
<i>Demande abusive</i>	99
ANNEXE 2 : GRILLE D'EVALUATION DES JEUX DE ROLE (D'APRES LA GRILLE DE CALGARY- CAMBRIDGE)	105
ANNEXE 3 : VERSION FRANÇAISE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE JSPE-MS	108
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	110
ANNEXE 5 : AUTO-QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES ETUDIANTS.....	115

REMERCIEMENTS

À madame le docteur Céline BUFFEL DU VAURE, ma directrice de thèse,
Merci de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail, pour ta disponibilité et ton aide précieuse, notamment pour les statistiques.

À Monsieur le professeur Maurice CORCOS, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le professeur Philippe JAURY, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, pour votre soutien et vos conseils avisés lors des réunions de thèse. Je vous prie d'accepter mes plus sincères remerciements.

À Monsieur le docteur Louis-Baptiste JAUNAY, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, pour ta disponibilité pendant cette année de thèse.

À toute l'équipe EMPATHIE 5 et à mes co-thésardes, merci de faire partie de ce beau projet et pour votre implication dans l'enseignement.

À Madame Anne-Marie GRATADOUR, pour votre disponibilité et vos réponses toujours rapides et efficaces.

À tous les médecins que j'ai eus la chance de rencontrer lors de ma formation, à tous ceux qui m'ont soutenue et guidée au travers de ces longues années. A tous ceux qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui...

Et tout particulièrement, à Monsieur le **professeur Jean-Claude SCHWARTZ**. Merci de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet et d'avoir partagé avec moi ton « savoir-faire » et ton « savoir-être ». Pour tous nos débriefings tardifs d'une grande qualité et d'une grande richesse

qui m'ont permis d'évoluer. Pour m'avoir donné confiance en moi et soutenue, pour ton humanisme...

À mon tuteur, le **Dr Stéphane HELLEQUIN**, merci de m'avoir ouvert les portes de l'internat avec tant de bienveillance et d'avoir guidé ma réflexivité durant ces trois années.

À **tous mes amis**, médecins ou non, pour tous nos moments partagés et que l'on partagera encore, pour toutes vos attentions, vos encouragements tout au long de ces dernières années.

À **ma famille de P1**, à l'Asticot, Mehdi, Fatou, Ouysal, le Coyotte, pour toutes ces années d'étude qu'on a traversés tous ensemble, à nos pauses goûters, à nos fous rires, à votre soutien dans tous ces moments de doute. À notre amitié qui fait que l'on pourra toujours compter les uns sur les autres...

À **Abdé** sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour, toi qui n'a pas hésité une seconde à me prêter ton ordinateur quand le mien m'a lâché.

À **Bison** sans qui ces années n'auraient pas eu le même goût, pour avoir toujours été là dans les meilleurs moments, mais aussi dans les moments les plus sombres. Merci d'être toi tout simplement...

À **Tassa**, à ton soutien durant toutes ces années, pour ton courage que j'admire. À notre tournée des bibliothèques, à Beaubourg et ses « Ksos ».

À **Thevychou et Lisou**, mes toutes premières co-internes, à ce premier stage qui nous liera à jamais.

À **Juliette**, pour avoir été ma co-interne de choc pendant la moitié de notre internat, pour notre thèse, nos efforts et nos heures de travail, pour s'être soutenues et motivées. À nos cours de RPM sur des sons endiablés avec Lorenzo, à notre voyage tant mérité...

À **Sonia**, pour tout ce qu'on a vécu et partagé ensemble, merci d'avoir toujours été là pour moi. À toutes nos craintes, nos larmes et nos rires sans fin, à nos soirées inoubliables. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir donné le courage d'avancer. À ce que la vie nous réserve encore et NANANI...

À **Sandra**, ma petite poulette d'amour, pour ta présence rassurante depuis toutes ces années et ton soutien éternel, pour ton amitié sans failles. Nous nous sommes construites ensemble depuis la maternelle et nous continuerons à avancer main dans la main. Saches que tu es une personne merveilleuse et que tu m'es et me seras toujours très précieuse.

À **ma seconde famille**, merci à Fadma, Bahia et Greg, Nihal, Rachid et Yéliz pour m'avoir accueillie si chaleureusement dans vos vies, pour votre confiance et votre amour qui me touche tant. Merci à **Sofia**, petit bout d'amour, que cet esprit d'humanité et de soucis de l'autre t'accompagne !

À **ma famille**, mon pilier

À **ma grand-mère** et son amour sans limites, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines que je n'ai pas la chance de voir souvent et qui me manquent tant ! À tous ces bons moments passés ensemble et à nos prochaines retrouvailles.

À **mon grand-père** parti trop tôt, à ces si bons souvenirs que je garderai de toi.

À **Zou**, pour ton esprit d'aventurier et ta curiosité dont j'ai héritée.

À **Amel et Francis**, pour votre exemple merveilleux de joie et d'amour. À **Nadia** pour ta gentillesse et ton soutien.

À **Karim, Samy, Rosy et Océane** pour m'avoir aimée et supportée toutes ces années. Je suis fière d'être entourée de frères et sœurs comme vous.

À **papa** pour ta présence, pour ton amour, ton soutien et toutes tes petites attentions.

À **maman**, pour ta force inépuisable, pour tous tes sacrifices sans lesquelles je ne serais jamais là, pour avoir toujours cru en moi quand même moi je n'y croyais pas. Pour toutes ces épreuves qu'on a réussi à surmonter. Pourrais-je un jour être une femme aussi forte que toi ?

À **Chira**, petite merveille de la nature que j'aime tant ! Pour ta présence qui me régale chaque jour, pour ton enthousiasme dès que tu me vois, toi qui redonnerait le sourire au plus malheureux des hommes. Pour tout ce qu'on a vécu ensemble et tous ces moments merveilleux qui nous attendent.

Et enfin à Youness, à toi mon mari, ma force, ma moitié, merci pour tout...

Pour ta patience, pour avoir subi toutes les conséquences de ces années d'études, pour me donner chaque jour le sourire et la force de continuer, pour tout ce que nous avons vécu ensemble et toutes les belles choses que nous vivons ensemble. Merci pour tout ce bonheur et ton amour, pour ton soutien inconditionnel...Je t'aime !

A tous ceux que je n'ai pas cités, qu'ils aient l'assurance de ma profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

AES: Accurate Empathy Scale

BECCI: Behavior Change Counseling Index

BEES: Balanced Emotional Empathy Scale

CARE: Consultation And Relational Empathy

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFASM1 : première année du DFASM

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ECOS : Evaluation Clinique Objective Structurée (The Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

ECRS : Empathy Construct Rating Scale

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

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

IRI : Interpersonal Reactivity Index

JDR : Jeux De Rôle

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

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

JSPPE : Jefferson Scale of Patient's Perception of Physician Empathy

LDL-Cholesterol : Low-Density Lipoprotein Cholesterol

QCAE : Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

SoFraSimS : Société francophone de simulation en santé

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Une relation médecin-malade de qualité est fondamentale pour la pratique de la médecine. Elle est un des facteurs importants contribuant à l'amélioration clinique du patient.

L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent(1). De nombreuses études exposent les bénéfices de l'empathie sur la relation médecin-malade. Cependant celle-ci semble décroître lors des études médicales (2).

Le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) comprend sept compétences à acquérir par les futurs médecins. L'une de ces compétences concerne la relation médecin-malade. Les objectifs sont textuellement (3) :

- « Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle ».
- « Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins ».
- « Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale ».

La nouvelle réforme des études médicales met d'ailleurs en avant la relation médecin-malade avec une formation obligatoire afin de sensibiliser les futurs médecins à une médecine « humaine ».

Cependant, peu d'enseignements spécifiques ont été validés pour développer cette compétence. Il semblerait pourtant qu'il soit possible de maintenir et d'améliorer l'empathie chez les étudiants en médecine par une intervention éducative adaptée (4).

Afin de répondre à ces besoins, un projet d'enseignement a été proposé à l'université Paris Descartes, pour les étudiants en DFSAM1. Pendant l'année universitaire 2017/2018, celui-ci intègre deux cours théoriques magistraux, huit séances de supervision par groupes

type Balint, trois séances de jeux de rôles et deux stations d'ECOS (examen clinique objectif et structuré) avec patients acteurs.

Si les groupes Balint ont déjà montrés leur efficacité sur l'empathie (5) , l'effet des deux derniers enseignements est en cours d'investigation. Une récente revue systématique (6) suggère que les jeux de rôle pourraient être une technique pédagogique adaptée pour l'enseignement de l'empathie aux étudiants en médecine. Elle souligne que le fait de jouer le rôle du patient serait un élément favorisant l'accroissement de l'empathie.

Ainsi, l'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité des jeux de rôle sur l'empathie des étudiants en DFASM1. Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'étude EMPATHIE 5 de Paris Descartes. Elle comprend d'autres travaux de thèse en cours, notamment l'évaluation de l'efficacité des ECOS sur l'empathie des étudiants en DFASM1 ou encore l'évaluation de l'efficacité du module de FRT à six mois.

Dans un premier temps, nous définirons l'empathie, son impact sur la relation médecin-malade, son évolution au cours des études médicales et les méthodes qui nous permettent de l'évaluer.

Dans un second temps, nous nous intéresserons au domaine de la simulation en santé, méthode pédagogique en plein essor. Nous préciserons son état actuel en France, les bénéfices attendues concernant la formation à la relation médecin-malade, puis nous détaillerons plus particulièrement les jeux de rôle.

Nous détaillerons ensuite nos Matériels et Méthodes.

Nous évaluerons par la suite l'efficacité des jeux de rôle chez les étudiants en DFASM1 à partir d'une échelle d'auto-évaluation, la Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE).

Enfin, nous discuterons nos résultats à la fin de notre travail.

PARTIE 2 : L'EMPATHIE

1- Définition de l'empathie

Selon Jean Decety, « il existe presque autant de définitions du concept d'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet » (7). En effet, l'empathie est abordée dans de nombreuses disciplines telles que la philosophie, l'éthologie, la sociologie, la psychanalyse ou la neurologie, ce qui explique la complexité et le nombre de définitions existantes.

A l'origine, le terme « empathie » apparaît pour la première fois en 1873 en Allemagne, sous le mot « Einfühlung » traduit littéralement par « le ressenti de l'intérieur » dans la thèse de doctorat de Robert Visser, philosophe et historien de l'art. Il désigne alors l'empathie esthétique, le mode de relation d'une personne avec une œuvre d'art qui lui permettrait de la comprendre pleinement, en ressentant les émotions que l'artiste voulait transmettre (8).

C'est Theodor Lipps, philosophe munichois du 19^{ème} siècle qui étendit cette notion à l'individu : l'émotion d'une personne permettrait de déclencher la même émotion chez son interlocuteur. L'homme s'immerge dans l'action d'autrui en prenant conscience qu'il est lui-même spectateur. Les expressions faciales et les gestes ne suffisent pas à connaître la pensée de l'autre. Ainsi, l'empathie serait instinctive et nous permettrait de percevoir la pensée de l'autre comme un être qui n'est pas nous-même.

Le mot « Einfühlung » sera ensuite traduit en anglais par « empathy » ce qui en découlera le terme français « empathie ».

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

2- Neurones miroirs et empathie

Les avancées médicales ont permis de mettre en évidence récemment des neurones miroirs ou neurones empathiques, qui aspirent à une compréhension organique du processus d'empathie.

Les neurones miroirs sont une catégorie de neurones du cerveau qui s'activent chez l'animal et l'homme aussi bien à l'exécution d'une action qu'à l'observation de cette même action (dans une même espèce), ou bien même lors de l'imagination de cette action. Ils joueraient un rôle dans l'apprentissage par imitation, mais aussi dans les processus affectifs, tels que l'empathie.

C'est G. Rizzolatti, dans les années 1990, qui identifia le premier les neurones miroirs chez les primates, dans la zone dénommée F5 du cortex pré-moteur cérébral (9).

Chez l'homme, le mécanisme neurone-miroir semble jouer un rôle fondamental dans la compréhension de l'action et l'imitation (10). Or, l'imitation et le mimétisme, automatiques et omniprésents dans la culture et l'apprentissage de l'homme faciliteraient l'empathie (11).

Ainsi l'empathie semble liée à l'activité de neurones « miroirs » et pourrait donc être améliorée par la flexibilité neuronale.

3- Empathie et sympathie

Il convient de distinguer l'empathie de la sympathie.

La sympathie consiste tout comme l'empathie à comprendre les sentiments d'autrui, mais elle comporte une dimension affective supplémentaire. Selon T. Lipps, l'empathie implique une neutralité émotionnelle qui limite la fatigue émotionnelle. Une personne empathique garde à l'esprit qu'elle n'est pas l'autre et n'émet aucun jugement de valeur.

A l'inverse, la sympathie repose sur une proximité affective, elle implique un partage des émotions et vise à améliorer le bien-être d'autrui. Dans le champ médical, cette projection pourrait altérer le jugement des médecins et leur objectivité.

Selon Lauren Wispé : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui » (12).

De la même manière, l'empathie se distingue de la compassion qui suggère aussi une implication émotionnelle, non pas en agissant pour améliorer le bien-être d'autrui comme pour la sympathie, mais en « souffrant » avec l'autre et en vivant les mêmes émotions négatives sans chercher à comprendre ces émotions.

Ainsi, certains auteurs mettent ainsi en évidence que l'empathie, plus complexe et nuancé que la sympathie ou la compassion, est plus pertinente et utile pour la pratique clinique, la recherche médicale et l'enseignement (13).

4- L'empathie clinique

L'intérêt pour l'empathie ne fait que croître depuis plusieurs années dans la pratique médicale. C'est ainsi qu'a vu le jour le concept d'empathie clinique, adapté à la médecine.

C'est Sir William Osler qui introduisit le premier la notion de relation empathique avec le patient en 1932 : « *It is as important to know what kind of man [sic] has the disease, as it is to know what kind of disease has the man* » (14). Il s'agit de l'empathie en tant que processus développé par le médecin ou le soignant. Au sein de la relation médecin-patient, elle permet au patient de se sentir compris et elle aide le médecin à ressentir son patient et ainsi à mieux cerner sa plainte réelle.

Carl Rogers, psychologue humaniste américain, développa ce qu'on appelle aujourd'hui « l'approche centrée patient ». Il suggère la nécessité d'un climat rassurant pour le patient, sans jugement ni moralisation. Il décrit trois conditions pour le médecin lors d'une consultation pour permettre l'obtention de ce climat dans sa relation avec son patient (15) :

- La compréhension empathique : le médecin apprécie avec justesse les sentiments du patient et communique cette compréhension.

- Le regard positif inconditionnel : le médecin éprouve une attitude positive sans jugement et d'acceptation face au patient.
- La congruence : le médecin reste lui-même, en harmonie dans ses propos et dans ses gestes.

Grâce à ces trois contions, le médecin génère une relation d'ouverture où le patient accepte et améliore sa santé.

Plus récemment, la thèse de A. Maury à paris Descartes a permis de proposer une nouvelle définition de l'empathie clinique :

« L'empathie clinique est l'association dans la relation thérapeutique de la compréhension non biaisée, intellectuelle et affective du vécu d'autrui, de la sollicitude, implication affective adaptée et chaleureuse et, d'une émotivité suffisamment régulée» (16). Son travail a été publié en septembre 2018 (17).

D'après Morse et al (18), l'empathie clinique regroupe 4 composantes : émotionnelle, cognitive, morale et comportementale.

La composante émotionnelle ou affective permet de partager les émotions du patient.

La caractéristique cognitive correspond au fait d'identifier et de comprendre les émotions du patient, sans se projeter, tout en restant objectif et à distance de nos propres émotions.

Le concept moral ou motivationnelle concerne la motivation interne du médecin à être empathique.

La dernière composante comportementale est représentée comme la capacité à communiquer en retour sa compréhension et sa préoccupation empathique.

Ces 4 composantes ne sont pas toujours présentes ni de valeur égale en fonction des auteurs. Cependant, la plupart des définitions de l'empathie ont en commun la dimension cognitive et comportementale.

5- Impact de l'empathie sur la relation médecin-malade

De nombreuses études explorent l'impact de l'empathie sur la relation médecin-malade.

Du côté du patient, une revue de la littérature récente (19) montre que l'empathie majeure la satisfaction des patients. Elle permet une meilleure prise en charge puisqu'elle est efficace sur l'anxiété des patients et permet une meilleure communication, notamment concernant les problèmes psycho-sociaux. De plus, une meilleure adhésion et observance au traitement, en diminuant certains symptômes, sont observées. Chez les patients diabétiques, certaines études montrent un impact direct de l'empathie sur les résultats de l'HbA1c (20) et sur le taux de LDL cholestérol (21,22). On retrouve aussi un impact positif sur les facteurs modifiables des patients à risque cardio-vasculaire (23). Les pathologies aiguës ne dérogent pas à la règle, puisque même une simple rhinopharyngite durerait moins longtemps et serait moins symptomatique lorsqu'il existe une relation empathique (24).

Du côté du médecin, on observe que le renforcement de l'empathie améliore le bien-être mental durant l'activité professionnelle (25). Ainsi, l'empathie accoiserait le sentiment d'accomplissement personnel des médecins et permettrait de diminuer le risque de burn-out (26).

Par ailleurs, une méta-analyse de 41 études montre que l'adhésion thérapeutique et la satisfaction des patients est d'autant plus forte que l'on se soucie des questionnements des patients, et que la relation prend une forme de collaboration et non d'autorité (27). D'autres travaux montrent que l'empathie influe favorablement sur la santé des patients (28), augmente la qualité du recueil sémiologique et de l'acuité diagnostique du médecin, diminue les risques médico-légaux et les dépenses d'examen de santé par diminution des examens complémentaires inutiles (29). Diverses mesures de résultats mettent en évidence qu'une communication empathique influence par ordre décroissant : la santé émotionnelle, la maîtrise des symptômes, l'état fonctionnel, les mesures physiologiques et le contrôle de la douleur (30).

Au final, en parcourant la littérature, nous remarquons que les principaux résultats des études montrent une influence de l'empathie sur la qualité des soins avec des bénéfices pour le patient et pour le médecin :

- Diminution de l'anxiété et amélioration de la satisfaction des patients (19,31)

- Recueil de données plus pertinent lors de l'interrogatoire, dont les problèmes psychosociaux (32)
- Une meilleure connaissance de la maladie par le patient (33)
- Une amélioration de l'observance thérapeutique (31)
- Une amélioration de leur état de santé et des paramètres cliniques objectifs et biologiques (20–24,34,35)
- Une plus grande autonomie du patient (36–38)
- Optimisation du recours aux examens complémentaires (29)
- Améliorer la satisfaction des médecins et les protéger du burn-out (39)
- Diminution des procès en cas de litiges (40)
- Amélioration des performances des médecins et de leurs compétences médicales (41)

Cependant, les médecins reconnaissent que la communication avec leurs patients est une des principales difficultés de leur exercice, notamment pour les patients atteints de maladie chronique et qui n'adhèrent pas aux soins (42).

Différentes études pointent certaines lacunes des médecins en matière de communication (42–45). Dans certains cas, les médecins surestiment la quantité d'information transmise aux patients et sous-estiment leur désir d'information. De plus, ils vérifient peu la compréhension des données par les patients et leurs représentations (42).

Il semblerait également que les médecins adoptent plus souvent un style d'interaction où ils dominent les échanges, interrompent prématurément leur patients, posent des questions fermées et explorent peu les dimensions psychosociales des problèmes (30).

Même si cette relation patriarcale et verticale de la relation médecin-malade tend à s'horizontaliser vers un modèle de décision partagée et « d'égal à égal », elle reste souvent asymétrique.

Mais peut-on enseigner, développer et améliorer l'empathie des jeunes médecins et par conséquent la relation et la communication avec les patients ?

6- Empathie et études médicales

Selon Hojat, il semblerait que l'empathie décroît, notamment à partir de la troisième année des études médicales, année où les étudiants rencontrent les patients (2). Dans cette étude, la JSPE a été mesurée sur 456 étudiants à 5 moments différents de leur cursus et montre une stabilité de l'empathie durant les deux premières années d'étude puis un déclin de l'empathie lors de la troisième année, qui correspond au moment où les étudiants entrent en contact avec les patients.

Une récente revue systématique explique les raisons de cette chute, qui se poursuit jusqu'à l'internat (46). Dans cette méta-analyse presque toutes les études décrites remarquent un déclin significatif lors de la phase pratique de la formation, où les étudiants sont en contact avec les patients. L'explication possible pour Neumann et al. serait que la rencontre avec l'environnement clinique et la confrontation à la morbi-mortalité intensifie le sentiment de vulnérabilité des étudiants. Ainsi, ils pourraient chercher à se protéger en déshumanisant le patient.

Jusqu'à récemment, on considérait que l'apprentissage de l'empathie se construisait dans le temps avec la pratique. Mais différents travaux montrent la limite de l'expérience seule (47–49). D'autres études ont montré la possibilité d'enseigner les compétences communicationnelles aux professionnels de santé (50–56).

L'impact bénéfique d'un enseignement sur l'empathie a été montrée, notamment en stage hospitalier ou ambulatoire (4,57). Certaines études ont mis en avant l'efficacité d'interventions qui soutiennent l'empathie des étudiants (58,59). Ainsi, il semblerait qu'il soit possible de maintenir et d'améliorer l'empathie chez les étudiants en médecine par une intervention éducative adaptée (4).

Pourtant, l'enseignement des techniques de communication reste encore limité lors des études médicales. Peu d'enseignements spécifiques sont suffisamment validés pour développer cette compétence.

Kelm et al ont fait une revue de la littérature en 2014 sur des articles décrivant les méthodes qui permettent de développer l'empathie chez les étudiants et les médecins. 64 études ont été retenues : 36 évaluaient les étudiants en médecine, 13 les internes, et le reste les médecins. 6 études évaluaient plusieurs catégories de population (60).

Les interventions incluait des formations aux compétences communicationnelles, des jeux de rôle, du théâtre, des cours de littérature, des rédactions réflexives, des cours sur l'entretien motivationnel, des groupes Balint, des sessions d'apprentissage basées sur des problématiques. L'empathie était mesurée essentiellement par la JSPE. Dans 66 % des cas, l'étude montrait une augmentation significative de l'empathie.

Parmi les pédagogies retrouvées, celles qui soulèvent un intérêt dans l'enseignement de l'empathie sont :

- les techniques de communication (verbales et non-verbales)
- les enseignements basés sur la critique de consultations filmées vidéo
- les enseignements théoriques à l'éthique et l'empathie
- l'accompagnement d'un patient lors d'une consultation médicale
- l'écriture réflexive
- la simulation, notamment le théâtre, les jeux de rôle et les ECOS (6)
- les groupes d'échange et de formation à la relation thérapeutique de type Balint.

Si les groupes de type Balint ont déjà prouvés leur efficacité (5,61,62), l'effet de la simulation sur l'empathie reste en cours d'investigation.

7- Méthodes d'évaluation de l'empathie

De nombreuses échelles d'évaluation de l'empathie ont été élaborées au fil des années, conjointement au développement de l'intérêt porté à l'empathie. Cependant, ces échelles ne sont pas toutes adaptées à la pratique médicale. Elles ne sont pas non plus toutes valides ni fiables.

La Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) et l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) sont les deux qui ont montré le plus de validité et de reproductibilité. Elles sont les plus utilisées et les plus étudiées dans la littérature.

Ainsi, on retrouve deux grands types d'échelles :

- Les échelles d'autoévaluation : évaluation par le médecin lui-même à l'aide de questionnaires standardisés.
- Les échelles d'hétéro-évaluation : évaluation par un tiers (le patient ou un observateur présent lors de la consultation).

7-1- Échelles d'autoévaluation

7-1-1- La JSPE

La plus utilisée reste la Jefferson Scale of Physician Empathy créée par Hojat en 2001 (63), pour évaluer l'empathie des professionnels de santé.

Cet auto-questionnaire est composé de 20 items représentant différentes attitudes.

Les items sont notés sur une échelle de Likert, de 1 (« pas du tout d'accord ») à 7 (« tout à fait d'accord »).

Le score minimum est de 20, le score maximum de 140.

Plus le score est élevé, plus le niveau d'empathie est important.

Trois dimensions ont été identifiées parmi les 20 items de l'échelle :

- Compréhension du point de vue du patient, sur 70 points (*perspective taking* : questions 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 20) : décrit la recherche d'une compréhension du vécu de l'autre.
- Compréhension émotionnelle, sur 56 points (*compassionate care* : questions 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19) : décrit la place importante faite aux émotions et la connexion affective dans les soins.
- Capacité à se mettre à la place du patient, sur 14 points (*ability to put on self in the patient shoes* : questions 3 et 6) : décrit la facilité à prendre la place de l'autre pour voir les choses depuis son point de vue.

La version française de la JSPE a été validée par l'équipe de Zenasni et al en 2012 (64) à travers des travaux en collaboration avec le département de médecine générale de Paris Descartes et le département de psychiatrie.

La JSPE-MS découle de la JSPE et est spécifiquement conçu pour évaluer l'empathie chez les étudiants en médecine. Elle a été adaptée en modifiant les questions destinées initialement aux médecins : les termes « je » et « mes patients » ont été remplacés par « le médecin » et « leur patient ».

La version française de la JSPE-MS pour les étudiants en médecine a été validé par Bitoun.A dans sa thèse en 2017 à Paris Descartes (65).

C'est ainsi que nous avons choisi d'utiliser la JSPE-MS dans notre étude, pour ces qualités de validité méthodologique. En effet, elle a déjà servi dans de nombreuses études à travers le monde et elle est spécifique à la population des étudiants en médecine.

7-1-2- Autres échelles d'autoévaluation

Comme nous l'avons vu précédemment, la mesure de l'empathie n'est pas spécifique au domaine médical. Cependant certains tests sortent du lot et sont utilisés par le monde scientifique de par leurs qualités méthodologiques.

7-1-2-1- L'IRI

L'interpersonal Reactivity Index, composée de 28 items, a été élaboré en 1980 par Davis. Il permet de mesurer l'empathie dans la population générale.

Davis considère l'empathie comme une entité ayant 4 dimensions :

- *Empathy concern* : tendance à ressentir de la sympathie et de compassion devant la souffrance d'autrui.
- *Personal distress* : tendance à ressentir de l'anxiété et de l'inconfort devant la souffrance d'autrui.
- *Perspective taking* : tendance à adopter le point de vue de l'autre.
- *Fantasy scale* : tendance à s'identifier aux personnages de fiction.

7-1-2-2- Autres

L'auto-Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) a été élaboré en 2011. Tout comme l'IRI, il n'a été validé que dans la population générale. Il se base néanmoins sur une définition de l'empathie clinique et de ce fait est utilisé dans plusieurs études pour l'évaluation de l'empathie dans le domaine médicale.

Nous pouvons aussi citer l'Empathy Construct Rating Scale (ECRS), le Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), l'Accurate Empathy Scale (AES), validés également mais non spécifiques au domaine médical.

Il est important de noter que les différentes échelles explorent des composantes différentes de l'empathie (affective, cognitive, morale ou comportementale). Nous pouvons donc obtenir des résultats différents selon le questionnaire utilisé.

7-2- Échelles d'hétéro-évaluation

7-2-1- La grille CARE

La grille Consultation And Relational Empathy (CARE), conçu par Mercer en 2004, est l'échelle la plus connue en ce qui concerne la mesure de l'empathie par hétéro-évaluation. Elle est composée de 10 items.

Le médecin est alors évalué par son patient ou un « patient standardisé » (joué par un acteur).

Cette échelle est validée en médecine générale, que ce soit pour les étudiants ou les praticiens (66).

7-2-2- La JSPPPE

La Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physicians Empathy (JSPPPE) est une échelle de Likert de 5 questions proposées aux patients afin d'évaluer leur ressenti vis-à-vis de l'empathie de leur soignant (67).

PARTIE 3 : LA SIMULATION EN SANTE

Nous avons vu précédemment que différentes techniques pédagogiques étaient en cours de développement pour améliorer l'empathie des étudiants en médecine. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons plus particulièrement à la simulation en santé, méthode pédagogique en plein essor ces dernières années.

La simulation en santé a inspiré de nombreux travaux de recherches dans le domaine médical et paramédical. Son action sur l'empathie est en cours d'investigation.

1- Définition

La simulation en santé est une méthode pédagogique active qui concerne tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

Elle correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (68).

Elle a pour objectif de reproduire des scénarios en créant un environnement réaliste. Ces scénarios sont construits à partir de situations cliniques simples ou complexes, fréquentes ou plus rares. Elle intègre nécessairement un objectif pédagogique et permet :

- La formation à des gestes techniques et à la prise en charge de certaines situations
- L'acquisition et la consolidation de connaissances et de compétences techniques et non techniques
- L'analyse de sa propre pratique lors d'un débriefing
- L'entraînement sur des scénarios dits « à risque pour le patient » pour améliorer la capacité à y faire face

- La reproduction d'événements indésirables pour faciliter leur compréhension et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les programmes de simulation utilisent la simulation pour la formation, l'analyse des pratiques ou encore la recherche. Ils sont employés dans le cadre de la formation initiale et continue.

Il existe plusieurs techniques de simulation que l'on peut associer au besoin :

- La simulation organique repose sur l'utilisation d'un organisme animal ou humain, vivant ou mort (ex : suture sur pattes d'animaux morts, consultations simulées par des patients standardisés...)
- La simulation synthétique utilise des mannequins.
- La simulation numérique emploie des produits informatiques (simulateurs de réalité virtuelle en 3D par exemple)

G.Chiniara (69) propose un schéma pour les résumer. La zone située dans un cadre grisé du schéma (simulation humaine vivant, synthétique patient et procédurale et électronique via interface naturelle) correspond aux techniques de simulation les plus courantes aujourd'hui :

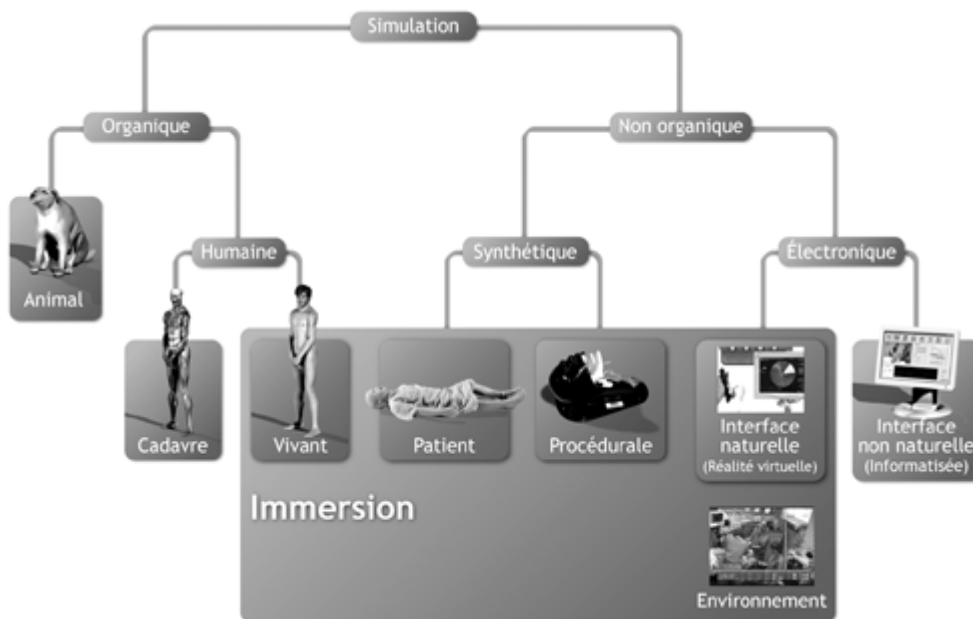


Figure 1 : Classification des techniques de simulation selon G. Chiniara.

La formation initiale et continue des professionnels de santé se voit ainsi enrichie par un apprentissage par l'erreur, rendu possible par la reproduction d'un environnement et de situations proches de la réalité, de plus en plus complexes et suivies d'un débriefing, qui donne lieu à une meilleure mémorisation.

Cette méthode pédagogique complète la formation académique traditionnelle et permet l'apprentissage du travail en équipe interprofessionnelle, essentiel à la sécurité des soins dans le monde médical.

2- La simulation en France

La simulation a vu le jour aux Etats-Unis, dans les années 1960. Elle y fait partie intégrante aujourd'hui de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé.

La France a commencé à développer les méthodes de simulation en santé plus tardivement, mais on observe ces dernières années un engouement de la part du ministère de la santé qui soutient le développement de l'offre en simulation de la santé de manière très active.

La Haute autorité de santé (HAS) publie en 2012 un guide de bonnes pratiques (70) qui a pour objectif de faciliter la mise en place de programmes de simulation et d'en encadrer le bon fonctionnement dans des infrastructures adaptées. Un Guide pour l'évaluation de ces infrastructures a d'ailleurs été édité en 2015 (71) pour aider les responsables des centres de simulation à s'autoévaluer et à se positionner selon trois niveaux de structures différentes (centre de simulation , simulation in situ et ateliers de simulation délocalisés).

Le ministère de la Santé, en s'appuyant sur la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a récemment contribué à l'évolution de la simulation en santé en France :

En juillet 2013, le DGOS met au point un programme national pour la sécurité des patients « incitant le développement de la simulation en santé ».

S'en suit en novembre 2013, une instruction relative au développement de la simulation en santé qui attribue une dotation nationale annuelle de 8,26 millions d'euros.

Enfin, en septembre 2014, il publie un arrêté concernant le diplôme d'état d'infirmier qui intègre la simulation dans le cursus officiel.

Un peu plus tard, en mars 2014, la HAS et la DGOS soutiennent la création de La Société francophone de simulation en santé (SoFraSimS) dont l'objectif premier est de promouvoir l'utilisation de la simulation dans tous les domaines de la santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle contribue à l'évaluation des centres de simulation en santé.

Ainsi, le développement de la simulation en santé en France connaît un véritable essor et suscite de plus en plus d'intérêt pour ce qu'il peut apporter dans la formation et l'évaluation des professionnels de santé.

3- La formation à la relation médecin-malade par la simulation

Si la simulation en santé s'est considérablement développée pour la formation aux gestes techniques dans de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, elle est en cours d'évolution en ce qui concerne l'apprentissage de la relation médecin-malade.

Cet apprentissage s'appuie sur la simulation humaine du vivant qui fait allusion au concept de patients standardisés ou de consultations simulées. Des scénarios sont constitués en fonction d'un objectif pédagogique précis et mettent à contribution des étudiants, des patients volontaires ou encore des acteurs professionnels auxquels des rôles bien définis sont attribués. Ces techniques sont très utiles pour former les étudiants à l'interrogatoire médical et pour l'acquisition de compétences communicationnelles.

Les scénarios peuvent reproduire toutes les situations cliniques possibles comme une consultation d'annonce de maladie grave, l'explication d'un traitement avec la notion de bénéfices/risques, la gestion de situations difficiles (patient réticent, entourage agressif)...

Une séance comporte un ou plusieurs scénarios pouvant être répétés autant de fois que nécessaire.

Les débriefings, indispensables, sont réalisés à la fin des scénarios et permettent l'explication des représentations de chacun en favorisant l'interaction entre les différents participants. Ils permettent à l'étudiant d'établir une réflexion par l'autocritique et d'élaborer des solutions face à des situations complexes, ce qui donne lieu à un ajustement des comportements. L'apprentissage de la complexité se fait de manière graduelle, en augmentant pas à pas la difficulté des situations.

De cette façon, la simulation contribue à l'acquisition de compétences relationnelles, notamment sur le plan cognitif, affectif et psychomoteur. Elle permet à l'étudiant de comprendre la complexité des situations et d'aboutir à une réflexion sur ses propres pensées, actions, émotions, ainsi que sur celles des autres (72).

Du côté de la littérature, une récente revue systématique de 27 études (6) suggère que la simulation pourrait être une technique pédagogique adaptée pour l'enseignement de l'empathie aux étudiants en médecine. Elle appuie sur le fait que jouer le rôle du patient pour l'étudiant, serait un élément favorisant l'accroissement de l'empathie.

Une autre étude publiée en 2006 (73) montre que l'utilisation de patients standardisés dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou d'une maladie grave améliore la performance des élèves.

D'autres revues concluent à l'efficacité de la simulation sur l'amélioration de l'empathie des médecins (58,60). Cependant, elles mettent en évidence les faiblesses méthodologiques des travaux de recherche concernant la simulation en santé, notamment à cause d'un nombre de sujets trop faible, d'une puissance statistique insuffisante et d'une grande variabilité des tests utilisés pour l'évaluation.

En conclusion, la simulation permet l'apprentissage d'un savoir-faire technique mais aussi d'un « savoir-être », grâce à des séances d'entraînement sur des situations relationnelles complexes entre le patient, son entourage et le médecin.

En outre, elle se présente comme un outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en donnant la possibilité de s'exercer sans limite sur des situations habituelles ou plus rares afin de limiter les erreurs médicales face au patient. Elle répond de ce fait à l'enjeu éthique majeur qui se résume sous cette phrase : « jamais la première fois sur le patient » ! Enfin, bien que la recherche dans le domaine de la simulation en santé se développe, elle nécessite une standardisation de la méthodologie.

Nous nous intéresserons maintenant à deux techniques de simulation couramment utilisés pour la formation à la relation thérapeutique. Nous évoquerons rapidement les ECOS avant de nous intéresser plus particulièrement aux jeux de rôle.

4- Examen clinique objectif structuré (ECOS)

C'est Harden qui développa les ECOS en 1975, devenus depuis la référence dans l'évaluation des compétences clinique des étudiants en médecine (74).

Parmi les compétences appréciées, on retrouve :

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

Les ECOS se déroulent sous forme de différentes stations. Chaque station correspond à une situation clinique définie, d'une durée fixe, avec un étudiant, un patient standardisé joué par un acteur professionnel et parfois un observateur.

Lorsqu'un observateur est présent, celui-ci peut remplir une grille d'évaluation pour apprécier les compétences cliniques de l'étudiant et son comportement.

5- Jeux de rôle

L'utilisation des jeux de rôle pour la formation à la relation thérapeutique se développe de plus en plus ces dernières années. Ils ont l'avantage d'être moins coûteux que les ECOS et sont plus facile à mettre en place au sein même des universités. En effet, ils ne nécessitent pas de matériel ni d'infrastructures complexes.

Tout comme d'autres techniques de simulation, les jeux de rôle sont basés sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. Ils nécessitent des objectifs de formation et comprennent un ou plusieurs scénarios à l'issu desquels un débriefing est réalisé et des solutions aux problèmes rencontrés sont évoqués.

Une mise en situation n'est jamais improvisée, elle est préparée en fonction des objectifs pédagogiques qu'on cherche à atteindre.

Le principe est simple : un des participants joue le rôle du patient selon un scénario préétabli, un autre joue le rôle du médecin et les personnes restantes observent le jeu. Un animateur est présent pour guider la séance.

Parfois, le jeu peut être filmé pour analyser de manière plus précise les comportements des étudiants lors du débriefing. Cependant, elle implique que l'animateur y soit formé.

Une séance de jeux de rôle comporte trois étapes essentielles :

- le briefing
- le déroulement du scénario
- le débriefing

Dans le cas où une séance comporte plusieurs scénarios, ces trois étapes doivent être réalisées pour chacun d'entre eux. Il en est de même lorsqu'un même scénario est répété par différents participants.

Le briefing est effectué par l'animateur au début de la séance. Celui-ci commence par expliquer ce qu'est un jeu de rôle, il énonce ensuite les objectifs et rappelle les règles principales :

- la confidentialité des échanges, des données personnelles et des informations relatives aux pratiques de chacun est garantie
- chacun est libre de jouer ou pas
- le jeu de rôle reste fictif et n'est en aucun cas la réalité
- un strict respect des acteurs et l'absence de jugement de valeur doit être assuré compte tenu du caractère parfois déstabilisant des jeux de rôle
- la durée du jeu, fixée à l'avance
- le jeu sera arrêté si un acteur se trouve en difficulté
- chaque nouveau jeu profitera des précédents pour s'améliorer

Cette étape est importante car elle permet le bon fonctionnement du scénario et la préparation du débriefing.

L'animateur l'achève en demandant des volontaires pour le premier jeu et répartit les rôles. Il fait rentrer les acteurs et rappelle le temps du jeu.

Le second temps est celui du déroulement du scénario. Celui-ci est interprété librement par chacun et aide à mieux s'identifier à son personnage et à l'environnement. Lorsque le jeu débute, l'acteur qui joue le patient se met dans la peau de son personnage et le fait vivre. Le formateur guide l'évolution du jeu pour garder les participants en situation de résolution de problèmes. Si l'un d'eux est bloqué dans une situation, il peut intervenir pour éviter d'avancer vers une situation d'échec.

A la fin du temps fixé, l'animateur arrête le jeu et remercie les acteurs.

Enfin, le débriefing est la dernière étape d'un jeu de rôle. Il s'agit d'une étape clef d'analyse et de réflexion. Le formateur aide les participants à analyser les pratiques pour pointer les aspects qui correspondent aux objectifs pédagogiques fixés. Ce temps d'échange entre les participants permet une réflexion collective à propos du scénario qui s'est déroulé.

L'animateur a un rôle primordial car il guide et facilite le débriefing et la réflexion des participants.

La durée du débriefing est importante. Elle doit au moins être égale au temps de jeu.

PARTIE 4 : CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLÉMATIQUE

1- Études précédentes

L'étude EMPATHIE 5 s'inscrit dans une suite de plusieurs études. Elle a vu le jour grâce à la collaboration entre le département de médecine générale de Paris Descartes et le département de psychiatrie du Professeur CORCOS à l'institut mutualiste Montsouris à Paris.

Les premières études EMPATHIE 1, 2 et 3 ont été à l'origine de nombreux travaux de thèses axés sur l'empathie, sa compréhension, ses déterminants et ce qu'elle apporte aux médecins et aux patients dans la relation médecin-malade.

Une de ces thèses (75) a permis de mettre en évidence la relation entre le burn-out et l'empathie chez les médecins généralistes. L'empathie cognitive serait à l'origine d'une prise de distance du médecin envers ses patients alors que l'empathie affective élevée serait corrélée à un épuisement émotionnel.

L'empathie des internes a été étudiée également. Les résultats montrent que les déterminants de l'empathie varient en fonction de la personnalité du médecin et du patient, de l'environnement, ainsi que du motif de la consultation (76).

Par la suite, l'étude Interlife a poursuivi l'analyse de l'empathie chez les internes et a permis de définir le concept d'empathie clinique comme nous l'avons vu précédemment (16).

Les résultats d'une autre étude suggèrent que les groupes Balint peuvent aider les étudiants en médecine à mieux gérer les situations cliniques difficiles et à améliorer l'empathie (5).

Dans la suite logique, l'étude précédente EMPATHIE 4, en s'appuyant sur d'autres thèses a développé son intérêt pour l'enseignement de l'empathie, notamment en évaluant l'efficacité des groupes de type Balint chez les étudiants de Paris Descartes, par auto-questionnaires JSPE ou encore grâce aux ECOS.

L'une de ces thèses (77) récente compare l'impact des groupes de type Balint sur l'empathie en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels des étudiants en DFASM1.

L'analyse des résultats a mis en évidence trois facteurs influençant l'amélioration du niveau d'empathie des étudiants après une FRT:

- le lieu universitaire de formation (empathie plus élevée à Paris 7 qu'à Paris 5)
- le niveau « faible » d'éducation des parents
- la préférence d'une spécialité dite orientée-patient.

Une autre étude (78) a évalué l'impact d'une Formation à la relation thérapeutique par groupes de type Balint sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS. Cette étude a montré que la participation à la FRT améliorait l'empathie auto-mesurée par la JSPE de manière significative chez les étudiants en 4ème année de médecine. L'empathie mesuré par hétéro-évaluation, notamment par les grilles ECOS et CARE n'était pas modifié de manière significative.

2- Étude EMPATHIE 5

Ainsi, c'est dans ce contexte qu'une nouvelle étude EMPATHIE 5 s'est développée. Elle s'appuie sur un module de formation à la relation thérapeutique qui a été créé à Paris Descartes.

Cet enseignement est destiné aux étudiants de 4ème année de médecine, en DFSAM1. En effet, il s'agit de l'année où les étudiants ont leurs premiers contacts avec les patients en stage et c'est paradoxalement à cette période comme nous l'avons vu préalablement, que l'on observe une chute de l'empathie (2).

L'objectif de cet enseignement est de permettre le développement des compétences relationnelles et communicationnelles propices à une relation médecin-malade de qualité.

Notre travail s'intègre donc dans l'étude EMPATHIE 5 qui a donné lieu à d'autres travaux de thèses en cours, notamment l'évaluation de l'efficacité des ECOS sur l'empathie des étudiants ou encore l'évaluation de la FRT à 6mois. D'autres analyses sont prévues concernant la formation des formateurs aux jeux de rôle et le casting des acteurs professionnels pour les ECOS.

3- Problématique

L'empathie a un impact bénéfique sur la relation médecin-malade, qualité fondamentale à la pratique de la médecine générale.

Pourtant il semblerait que celle-ci chute à partir de la troisième année des études médicales, année où les étudiants rentrent en contact avec les patients en stage.

L'empathie n'est certes pas innée mais peut être maintenue, voire améliorée par des interventions éducatives adaptées.

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses formations ont vu le jour ces dernières années mais peu ont été validées pour développer l'empathie.

La simulation en santé, en plein essor, semble être particulièrement efficace pour l'acquisition des compétences communicationnelles.

Par conséquent, notre étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la simulation sur l'empathie des étudiants en DFASM1 (4^{ème} année de médecine), année où les étudiants débutent leurs stages en France.

Pour cela, nous avons choisi les jeux de rôle. Une autre thèse en cours évaluera les ECOS.

Ainsi, nous allons évaluer l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration du niveau d'empathie des étudiants en DFASM1 à Paris Descartes.

PARTIE 5 : MATERIEL ET METHODE

1- Le module de Formation à la relation thérapeutique

Le module de FRT de l'année universitaire 2017/2018 à Paris Descartes comprenait plusieurs techniques pédagogiques différentes :

- deux cours magistraux de sensibilisation à la relation thérapeutique et à l'empathie, dispensés en début d'année universitaire.
- huit séances de supervision par groupes de type Balint ont été étalées sur l'année. Chaque séance durait 1h30.
- trois séances de jeux de rôle d'une heure et demie chacune, entre janvier et mai de l'année universitaire.
- enfin, deux stations d'ECOS avec patients simulés au mois de juin ont achevé ce module de FRT. Il s'agissait dans notre cas d'acteurs professionnels.

2- Déroulement des jeux de rôle

Lors de notre étude, chaque séance de jeux de rôle portait sur un thème bien défini et comportait trois situations cliniques (ANNEXE 1).

Le thème de la première séance était l' « annonce d'une mauvaise nouvelle ».

Le thème de la seconde séance était la gestion d'un « patient réticent ».

Enfin, la troisième séance concernait la gestion des « demandes abusives ».

La première séance de jeux de rôle débutait par le rappel des consignes, du cadre et des objectifs.

Les séances suivantes commençaient par rappeler le thème de la séance précédente et sur d'éventuelles remarques concernant celle-ci.

Puis, l'enseignant distribuait une grille d'évaluation construite à partir de la grille de Calgary-Cambridge à l'ensemble des étudiants.

La grille de Calgary-Cambridge est un outil clé pour les jeux de rôle. Celle-ci est constituée de plusieurs items qui permettent à l'enseignant et aux étudiants d'évaluer la personne qui joue le médecin. Lors de notre étude, la grille et ses items ont été adaptés en fonction des thèmes choisis (ANNEXE 2).

Ensuite, l'enseignant rappelle le thème de la séance du jour et répartit les rôles (médecin ou patient) dans le couloir.

Les trois situations prévues sont alors jouées par les étudiants qui se retrouvent tantôt à jouer le rôle du patient et tantôt celui du médecin. Le jeu pouvait être interrompu grâce à des temps morts instaurés pour que les étudiants puissent demander de l'aide s'ils se retrouvaient en difficulté.

A la fin de chaque situation, l'enseignant débrieife avec le groupe: les émotions ressenties sont abordées, puis l'enseignant met en avant ce qui a été positif. Ce feedback, élément essentiel des jeux de rôle, permet aux étudiants de repérer et d'élaborer ce qui s'est passé sur le plan verbal ou non-verbal, de pointer les aspects positifs mais aussi négatifs, et de proposer des pistes d'amélioration.

Pour optimiser les séances de jeux de rôle et notamment la qualité des feedbacks, les enseignants ont bénéficiés d'une formation les 7 et 14 décembre 2018, avant le début des séances.

3- Population

3-1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative épidémiologique interventionnelle évaluant l'impact sur l'empathie de la formation à la relation thérapeutique par jeux de rôle. L'empathie a été mesurée par autoévaluation, grâce au questionnaire JSPE-MS, avant et après les jeux de rôle.

Cette étude inclus les étudiants en DFSAM1 de l'université Paris Descartes, durant l'année scolaire 2017/2018.

3-2- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions concernaient tous les étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes prenant part au module de FRT durant l'année scolaire 2017-2018.

Le module de FRT était obligatoire pour la validation des enseignements.

Les étudiants devaient être âgés de plus de 18ans et parler la langue française.

La participation aux questionnaires était sur la base du volontariat.

3-3- Critères d'exclusion

Les étudiants en DFASM1 à Paris Descartes n'ayant pas pris part au module obligatoire de FRT (motifs médicaux, Erasmus...) sont exclus de l'étude.

Les étudiants qui n'ont pas voulu répondre à la JSPE-MS ont également été exclus.

Enfin, les étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire après les Jeux de Rôle n'ont pas pu être inclus.

3-4- Mode de recrutement

Chaque étudiant en médecine en DFASM1 a reçu un mail courant décembre 2017 leur proposant de répondre à la version validée en français de l'auto-questionnaire JSPE-MS (ANNEXE 3) avant le début des jeux de rôle. Les données avant jeux de rôle ont été recueillies via la plateforme intranet Moodle de la faculté de Paris Descartes. La participation à l'étude et le remplissage des questionnaires se faisait sur la base du volontariat. Les données après jeux de rôle ont été recueillies soit via la plateforme intranet Moodle de Paris Descartes, soit sur papier.

Les jeux de rôle se sont déroulés de janvier à mai 2018.

Les questionnaires ont été remplis à nouveau après la fin des jeux de rôle en juin, le jour des ECOS, juste avant leurs sessions. A la JSPE-MS, s'ajoutait alors deux autres questionnaires : un questionnaire correspondant aux données sociodémographiques (ANNEXE 4) et un auto-questionnaire de satisfaction (ANNEXE 5). Les questionnaires étaient remplis sur place, toujours sur la base du volontariat. Ils avaient alors la possibilité de les remplir sur papier ou à nouveau sur la plateforme intranet Moodle de Paris Descartes.

4- Questionnaires

4-1- Adaptation française de l'auto-questionnaire Jefferson scale of physician empathy- Medical student (JSPE-MS)

Nous avons analysé le niveau d'empathie des étudiants grâce à la version validée en français de la JSPE-MS.

L'auto-questionnaire a été rempli par les étudiants volontaires une première fois avant le début des jeux de rôle, puis une seconde fois après avoir assisté aux trois séances prévues.

4-2- Données sociodémographiques

Les étudiants qui ont complété la JSPE-MS ont également rempli un questionnaire pour le recueil des données sociodémographiques après les jeux de rôle.

Ce questionnaire permettait de renseigner plusieurs éléments :

- L'âge
- Le sexe
- La participation antérieure à une technique de simulation (hors FRT de l'année en cours)
- La participation antérieure à un groupe d'échange (hors FRT de l'année en cours)
- Les stages cliniques effectués lors de l'année universitaire 2017-2018

- L'orientation préférentielle quant au choix de la spécialité envisagée (spécialité médicale ou chirurgicale ; activité ambulatoire, hospitalière, de recherche ou mixte ; et enfin les spécialités considérées)
- L'adhésion antérieure ou actuelle à une psychothérapie
- Le lieu de vie (seule, en couple, en collocation ou chez les parents)
- Le niveau d'étude des deux parents
- Les revenus et les aides éventuelles
- L'existence d'un travail et le nombre d'heures
- La situation amoureuse personnelle (en couple ? depuis combien de temps ?)
- Le nombre d'amis

4-3- Questionnaire d'autosatisfaction

Concomitamment à ces deux premiers questionnaires, les étudiants ont remplis à la fin du module de FRT, en juin 2018, un questionnaire d'auto-satisfaction.

Celui-ci concerne l'ensemble du module de FRT et prend en compte le contenu, les enseignants et l'organisation générale.

Il permet d'évaluer le niveau de satisfaction des étudiants et comporte une partie quantifiable qui se présente sous forme d'énoncés en face desquelles les participants communiquent leur désaccord ou leur accord en utilisant l'échelle suivante allant de 0 (strictement en désaccord) à 5 (complètement d'accord) :

- 1- Strictement en désaccord
- 2- En désaccord
- 3- Entre deux
- 4- D'accord
- 5- Complètement d'accord

Par ailleurs, le questionnaire comporte également une partie par commentaires libres permettant aux étudiants d'exprimer leurs remarques et leur ressenti lors de la FRT.

Nous n'utiliserons que les données quantifiables pour notre étude. Les commentaires libres seront analysés dans la thèse de C.Vadot, qui participe également à l'étude EMPATHIE 5.

5- Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est l'évaluation du niveau d'empathie des étudiants en DFASM1 à Paris Descartes, avant et après les jeux de rôle, mesuré par l'auto-questionnaire JSPE-MS.

6- Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'évaluation des trois dimensions de l'empathie indépendamment, chez les étudiants en DFASM1 à Paris Descartes, avant et après les jeux de rôle, mesurée par la JSPE-MS.
- L'évaluation du niveau d'empathie et de ses dimensions en sous-groupes, chez les femmes et chez les hommes, avant et après les jeux de rôle, mesurée par la JSPE-MS. Puis, comparaison du niveau d'empathie final entre les femmes et les hommes.
- L'évaluation du niveau d'empathie et de ses dimensions en sous-groupes, chez les étudiants ayant un score JSPE initial en dessous, puis au-dessus de la médiane, avant et après les jeux de rôle, toujours mesurée par la JSPE-MS.

7- Analyses statistiques

7-1- Calcul du nombre de sujets nécessaire

Afin de déterminer le nombre de sujets nécessaire à notre étude, nous avons effectué un calcul de données appariées. En effet, notre groupe avant et après jeux de rôle doit être le même pour pouvoir comparer les données.

Nous nous sommes appuyés sur les données de la littérature (2,79,80) pour le choix de la différence de moyenne attendue et de l'écart-type de la JSPE-MS.

La puissance et le risque alpha ont été choisis arbitrairement.

Au total:

- La différence attendue entre les moyennes deux groupes, Δ : 5
- Écart-types de ces moyennes, σ : 10
- Risque de première espèce, α : 5%
- Puissance, β : 90%
- On suppose des groupes équilibrés $N_A=N_B=N$

Nous voulons déterminer la taille minimale des échantillons pour pouvoir faire un test de comparaison de deux moyennes (test de Student) :

$$N = 2 \times \frac{\sigma^2}{\Delta^2} \times \left\{ Z\left(\frac{\alpha}{2}\right) + Z(\beta) \right\}^2$$

$$N = 2 \times \frac{100}{25} \times \{1,96 + 1,28\}^2$$

$$N = 83,98$$

L'effectif d'étudiants nécessaire obtenu dans chaque groupe est de 84.

Nous avons décidé de choisir cet effectif comme minimum et d'inclure autant d'étudiants que possible.

7-2- Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Excel®.

Différentes variables ont été recueillies. Elles correspondent à des variables continues et catégorielles.

7-2-1- Analyse descriptive

Nous réaliserons une première analyse descriptive de ces données.

Les mesures de l'empathie avant et après jeux de rôle seront obtenues au moyen de l'auto-questionnaire JSPE-MS. Elles seront calculées par la somme des réponses qui ont été structurées sur l'échelle de Likert de 1 à 7. Les chiffres ont dû être inversés pour les questions portant une négation.

Elles seront ensuite été décrites par leurs moyennes et leurs écart-types.

Les données sociodémographiques seront décrites selon leurs effectifs et leurs pourcentages.

Enfin, la satisfaction des étudiants sera analysée selon les moyennes et écarts-types.

7-2-2- Analyses statistiques

Les analyses statistiques s'effectueront avec les logiciels R®, Excel®.

Un test de Student sera d'abord réalisé, après vérification des conditions de validité, afin de comparer l'empathie avant et après les jeux de rôle.

Nous analyserons ensuite l'évolution du niveau d'empathie avant et après les jeux de rôle selon les trois dimensions de l'empathie mesurées par la JSPE-MS :

- *Prise de perspective* : « *Perspective taking* »
- *Compréhension émotionnelle* : « *Compassionate care* »
- *Capacité à se mettre à la place du patient* : « *Ability to put in the patient shoes* »

Enfin, des analyses en sous-groupes seront effectuées afin de déterminer si l'empathie des étudiants peut être influencée par leur genre ou bien par leur score JSPE-MS initial. Ces analyses seront également faites selon les trois dimensions de l'empathie citées ci-dessus.

8- Données éthiques

L'accès aux données était restreint grâce à un serveur sécurisé.

Le protocole de l'étude a été validé par le Comité de Protection de la Personnes (CPP) et par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

PARTIE 6 : RESULTATS

1- Description de la population

Durant l'année universitaire 2017/2018, la promotion de DFSAM1 à Paris Descartes comptait 428 étudiants.

421 d'entre eux étaient inscrits au module obligatoire de FRT et 7 étaient en Erasmus ou en Césure.

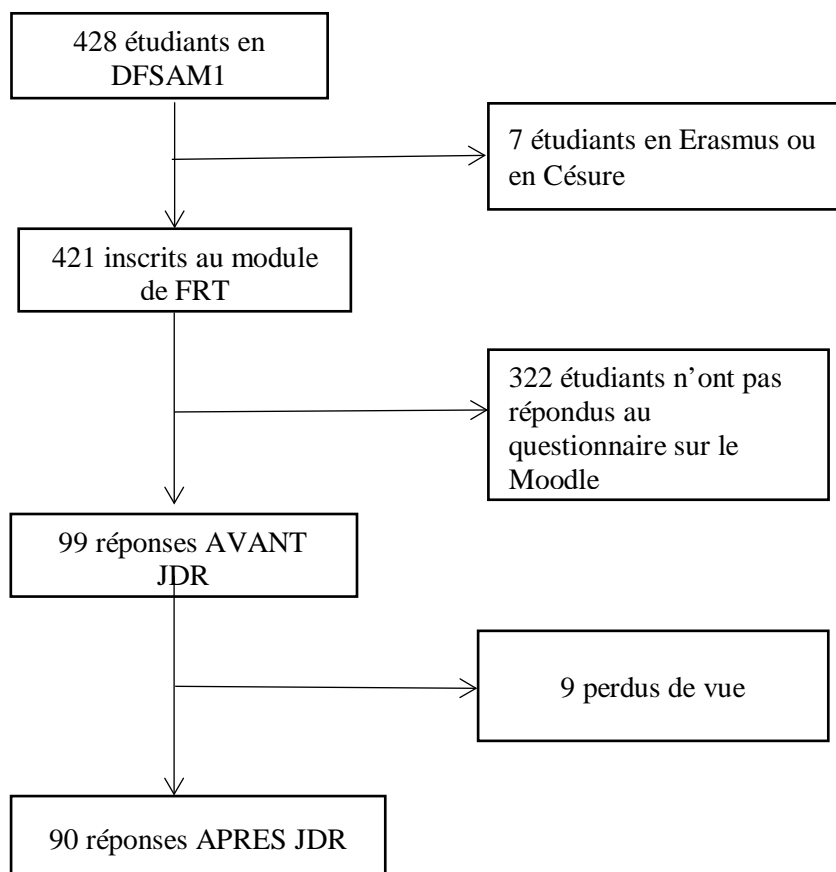


Figure 2 : profil de l'étude

Nous avons obtenu 99 réponses avant le début des séances de jeux de rôle, sur les 421 étudiants inscrits au module. Nous rappelons que la participation se faisait sur la base du volontariat sur le site du Moodle de Paris Descartes. 322 étudiants n'ont pas répondu. Après les 3 séances de jeux de rôle, 90 étudiants sur les 99 sélectionnés ont rempli les questionnaires. 9 ont été perdus de vue.

Les caractéristiques principales des participants ont été détaillées dans le tableau 1.

Sur les 90 réponses finales, on compte 57 (63,3%) femmes et 33 (36,7%) hommes.

L'âge moyen des étudiants était de 23 ans (8,3).

Plus de la moitié (57,8%) avait déjà eu une expérience antérieure de simulation.

Concernant l'orientation, la majorité (64,4%) se projetait dans une spécialité médicale, dont seulement 7,8% en médecine générale. 10% souhaitais faire de la chirurgie et 2,2% travailler en laboratoire. Enfin, 15,6% des étudiants n'avaient pas encore de choix défini.

Au sujet des caractéristiques sociales, 43,3% des participants vivaient encore chez leurs parents, 30% vivaient seuls, 13,3% en collocation et 8,9% en couple. Seul un étudiant était logé en résidence universitaire.

Le revenu mensuel médian d'un étudiant s'élevait à 150€ Nous avons volontairement choisis de décrire la médiane en ce qui concerne le revenu car une réponse isolée d'un étudiant nous indiquait un montant de 100000€ ce qui a probablement faussé notre moyenne qui s'élevait à 11909€ Notre écart-type est alors de 107176€

Par ailleurs, 65,6% des étudiants bénéficiaient d'une aide financière complémentaire qui provenait des parents dans la majorité des cas. 5 étaient boursiers.

Nous observons en outre que la majorité des participants proviennent d'un milieu social privilégié (plus de 85% des parents, mères et pères, ont un niveau d'étude élevé).

Enfin, on remarque que 16 étudiants sur les 90, soit 17,8% avaient déjà suivi ou suivait lors de l'étude une psychothérapie.

Ils sont la moitié à être en couple et le nombre d'amis médian d'un étudiant est de 7. De la même manière que pour les revenus, le nombre d'amis est cité par sa médiane en raison d'une

réponse isolée qui indiquait plus de 100amis. La moyenne est alors de 19,9amis et l'écart-type à 107.1.

Caractéristiques	Population (N=90) N (%)
Sexe :	
- Femmes	57,0 (63,3%)
- Hommes	33,0 (36,7%)
Âge (Moyenne ; écart-type)	23,0 (8,3)
Expérience antérieure de simulation	52,0 (57,8%)
Expérience antérieure de groupe de parole	40,0 (44,4%)
Spécialité envisagée :	
- Médecine générale	7,0 (7,8%)
- Autre spécialité médicale	58,0 (64,4%)
- Chirurgie	9,0 (10,0%)
- Spécialité médico-technique (laboratoire)	2,0 (2,2%)
- Spécialité non clinique (santé publique, médecine légale...)	0,0 (0,0%)
- Ne sait pas	14,0 (15,6%)
Type d'activité envisagé :	
- Libérale	11,0 (12,2%)
- Hospitalière ou Hospitalo- universitaire	20,0 (22,2%)
- Mixte	46,0 (51,1%)
- Recherche	0 (0%)
- Industrie (pharmaceutique, génie bio- médical...)	0 (0%)
- Ne sait pas	13,0 (14,5%)
Psychothérapie antérieure ou actuelle :	

- Oui	16,0 (17,8%)
- Non	72,0 (80,0%)
- Ne veut pas répondre	2,0 (2,2%)
Logement :	
- Seul	27,0 (30,0%)
- Chez les parents	39,0 (43,3%)
- En couple	8,0 (8,9%)
- En collocation	12,0 (13,3%)
- En résidence universitaire	1,0 (1,1%)
- Autre	3,0 (3,4%)
Niveau d'étude parent 1 :	
- Elevé (réponses 1 ou 2)	79,0 (87,8%)
- Moyen (réponses 3, 4 et 5)	7,0 (7,8%)
- Bas (réponses 6 et 7)	2,0 (2,2%)
- Ne sait pas	2,0 (2,2%)
Niveau d'étude parent 2 :	
- Elevé (réponses 1 ou 2)	78,0 (86,7%)
- Moyen (réponses 3,4 et 5)	8,0 (8,9%)
- Bas (réponses 6 et 7)	1,0 (1,1%)
- Ne sait pas	3,0 (3,3%)
Revenus moyens des étudiants en euros (Médiane ; écart-type)	150 (107176)
Aides complémentaires :	
- Non	28,0 (31,1%)
- Oui :	59,0 (65,6%)
• Parents	51,0 (56,7%)
• Bourse	5,0 (5,6%)
• Autre	3,0 (3,3%)
- N'a pas souhaité répondre	3,0 (3,3%)
Situation :	
- En couple	45,0 (50,0%)
- Célibataire	41,0 (45,6%)

- Autre	4,0 (4,4%)
Nombre d'amis (Médiane ; écart-type)	7 (107,1)

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

2- Critère de jugement principal

La moyenne du score total de la JSPE-MS (écart-type) était respectivement de 108,620 (13,790) avant les JDR et de 109,940 (11,240) après les JDR, soit une progression de la moyenne de 1,32 point.

Nous n'avons pas observé de différence significative du niveau d'empathie chez les étudiants en DFSAM1 avant et après les jeux de rôle ($p=0,279$).

Les résultats sont détaillés dans le tableau 2.

Les conditions de validité du test de Student sont respectées : nos deux groupes sont appariés et la différence des deux moyennes suit une loi normale (courbe gaussienne).

Le Coefficient α de Cronbach est calculé à 0,7.

3- Critères de jugement secondaires

3-1- Dimensions de l'empathie

Si l'on considère les différentes dimensions de la JSPE-MS décrites précédemment, nous observons pour la dimension prise de perspective, un score moyen de 53,990 (8,400) avant JDR et de 54,920 (7,200) après JDR.

La compréhension émotionnelle décrit une moyenne de 41,140 (5,600) avant JDR et de 41,370 (5,490) après JDR.

Enfin, on constate une moyenne avant JDR de 7,110 (2,850) pour la capacité à se mettre à la place du patient et de 7,200 (2,370) après JDR.

Ainsi, il n'existe pas de différence significative de l'empathie en fonction de la dimension « *perspective taking* » (p= 0,236).

On ne retrouve pas de différence significative de l'empathie pour la dimension « *compassionate care* » (p= 0,717).

Enfin, nous n'observons pas non plus de différence significative de l'empathie dans notre étude en ce qui concerne la dimension « *ability to put on the patient shoes* » (p= 0,759).

Les résultats sont exposés dans le tableau 2 ci-dessous.

	Avant JDR	Après JDR	p-value	Intervalle de confiance 95%
Sore JSPE Total :	108,620 (13,790)	109,940 (11,240)	0,279	[-3,736; 1,092]
Prise de perspective ou <i>perspective taking</i> (/70)	53,990 (8,400)	54,920 (7,200)	0,236	[-2,488; 0,621]
Compréhension émotionnelle ou <i>compassionate care</i> (/56)	41,140 (5,600)	41,370 (5,490)	0,717	[-1,439; 0,995]
Capacité à se mettre à la place du patient	7,110 (2,850)	7,200 (2,370)	0,759	[-0,663 ; 0,485]

ou ability to put oneself in the patient shoes (/14)				
---	--	--	--	--

Tableau 2 : Moyennes et écart-types des scores de la JSPE-MS totaux et en fonction des dimensions de l'empathie clinique avant et après jeux de rôle.

* différence significative avec $p < 0,05$.

3-2- Analyses en sous-groupes

3-2-1-Selon le genre

Nous avons réalisé des analyses en sous-groupes en séparant les femmes et les hommes. Nous avons recherché s'il existait une amélioration de l'empathie et de ses trois dimensions chez les femmes, puis chez les hommes indépendamment.

Dans le groupe des femmes, nous ne retrouvons pas de différence significative du niveau d'empathie avant et après jeux de rôle ($p = 0,647$).

Il n'est pas observé non plus de différence significative d'empathie en fonction des trois dimensions.

Les résultats sont résumés dans le tableau 3 ci-dessous.

	Moyenne avant JDR	Moyenne après JDR	<i>p-value</i>	Intervalle de confiance 95%
Score JSPE total	110,860	111,510	0,647	[-3,470 ; 2,172]
<i>Perspective taking</i> (/70)	55,400	55,470	0,938	[-1,879 ; 1,739]
<i>Compassionate care</i> (/56)	41,750	42,370	0,276	[-1,732 ; 0,594]

<i>Ability to put in the patient shoes (/14)</i>	7,190	7,140	0,892	[-0,717 ; 0,822]
--	-------	-------	-------	------------------

Tableau 3 : p-value entre les niveaux d'empathie et ses dimensions dans le groupe des femmes.

* différence significative avec $p < 0,05$.

Dans le groupe des hommes, nous faisons face au même constat.

Il n'existe pas de différence significative du niveau d'empathie chez les étudiants masculins ($p = 0,280$).

Nous ne retrouvons pas non plus de différence significative en ce qui concerne les trois dimensions de l'empathie.

Le tableau 4 ci-dessous détaille les résultats.

	Moyenne avant JDR	Moyenne après JDR	<i>p-value</i>	Intervalle de confiance 95%
Score JSPE total	104,760	107,240	0,280	[-7,100 ; 2,130]
<i>Perspective taking (/70)</i>	51,550	53,970	0,102	[-5,354 ; 0,505]
<i>Compassionate care (/56)</i>	40,090	39,640	0,743	[-2,340 ; 3,249]
<i>Ability to put in the patient shoes (/14)</i>	6,970	7,300	0,444	[-1,209 ; 0,543]

Tableau 4 : p-value entre les niveaux d'empathie et ses dimensions dans le groupe des hommes.

* différence significative avec $p < 0,05$.

Enfin, nous avons cherché à savoir s’il existait une différence du niveau d’empathie au score JSPE-MS final entre les femmes et les hommes.

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative du niveau d’empathie final entre les femmes et les hommes (p = 0,101).

Le tableau 5 ci-dessous détaille les résultats.

	Femmes	Hommes	<i>p-value</i>	Intervalle de confiance 95%
Score JSPE total final	111,510	107,240	0,101	[-0,855 ; 9,388]

Tableau 5 : p-value entre le niveau d’empathie final des femmes et des hommes.

* différence significative avec $p < 0,05$.

3-2-2-Selon le score initial de la JSPE-MS

Nous avons également cherché à savoir si l’empathie de base des étudiants pouvait avoir une influence sur l’évolution de celle-ci après les jeux de rôle. Nous avons donc séparé les étudiants en deux sous-groupes selon la médiane du score JSPE-MS initial. Ainsi, on retrouve les étudiants avec une empathie initiale « basse » (score JSPE-MS initial en dessous de la médiane) et ceux avec une empathie de base « élevée » (score JSPE-MS initial au-dessus de la médiane).

La médiane du score JSPE total initial est à 110 dans notre étude. De la même manière pour les différentes dimensions :

- « *Perspective taking* » : médiane à 55.
- « *Compassionate care* » : médiane à 42.

- « *Ability to put in the patient shoes* » : médiane à 7.

Il existe une différence significative du niveau d'empathie avant et après jeux de rôle dans le groupe ayant un score JSPE-MS initial en dessous de la médiane (p = 0,023).

Cette différence va dans le sens positif puisque nous obtenons un gain de 5,080 points au score JSPE total (score JSPE avant JDR = 98,420 et score JSPE après JDR = 103,500).

Dans ce même groupe, nous retrouvons une différence significative d'empathie des étudiants pour la dimension « *Perspective taking* » (p = 0,04).

Cette différence est aussi positive puisque nous obtenons un gain de 3,730 points entre le score avant (47,770) et après jeux de rôle (51,500).

Nous n'observons pas de différence significative pour les dimensions « *Compassionate care* » et « *Ability to put on the patient shoes* ».

Les résultats sont décrits dans le tableau 6 ci-dessous.

	Moyenne avant JDR	Moyenne après JDR	<i>p-value</i>	Intervalle de confiance 95%
Score JSPE total	98,420	103,500	0,023	[-9,395 ; -0,741]
<i>Perspective taking</i> (/70)	47,770	51,500	0,004	[-6,773 ; -1,282]
<i>Compassionate care</i> (/56)	38,230	38,680	0,702	[-2,834 ; 1,924]
<i>Ability to put in the patient shoes</i> (/14)	6,550	7,230	0,119	[-1,546 ; 0,183]

Tableau 6 : p-value entre les niveaux d'empathie et ses dimensions dans le groupe ayant une empathie initiale « basse ».

* différence significative avec $p < 0,05$.

Au total, les étudiants ayant un score JSPE initialement « bas » améliorent de façon significative leur niveau d'empathie après les jeux de rôle. La dimension « *perspective taking* » est également améliorée significativement après les jeux de rôle.

Dans le groupe où l'empathie initiale est au-dessus de la médiane, nous retrouvons les mêmes résultats :

Il existe une différence significative du niveau d'empathie avant et après les jeux de rôle ($p = 0,022$).

Cette différence va dans le sens négatif puisque nous obtenons une perte de 2,260 points au score JSPE total (score JSPE avant JDR = 118,370 et score JSPE après JDR = 116,110).

La dimension « *Perspective taking* » est également associé à une différence significative d'empathie ($p = 0,043$).

Cette différence est aussi négative puisque nous obtenons une perte de 1,730 point entre le score avant (59,930) et après jeux de rôle (58,200).

Nous n'observons pas de différence significative pour les dimensions « *Compassionate care* » et « *Ability to put on the patient shoes* ».

Les résultats sont décrits dans le tableau 7 ci-dessous.

	Moyenne avant JDR	Moyenne après JDR	<i>p-value</i>	Intervalle de confiance 95%
Score JSPE total	118,370	116,110	0,022	[0,330 ; 4,192]
<i>Perspective taking</i> (/70)	59,930	58,200	0,043	[0,054 ; 3,424]

<i>Compassionate care (/56)</i>	43,930	43,930	0,000	[-0,849 ; 0,849]
<i>Ability to put in the patient shoes (/14)</i>	7,650	7,170	0,209	[-0,278 ; 1,234]

Tableau 7 : p-value entre les niveaux d'empathie et ses dimensions dans le groupe ayant une empathie initiale « élevée ».

* différence significative avec $p < 0,05$.

Au total, les étudiants ayant un score JSPE initialement « élevé » diminuent de façon significative leur niveau d'empathie après les jeux de rôle. La dimension « perspective taking » est également diminuée significativement après les jeux de rôle.

4- Analyse des questionnaires d'auto-satisfaction

D'une manière générale, on remarque que les étudiants étaient plutôt satisfaits du module de FRT. En effet nous obtenons une moyenne de 3.8/5 sur l'ensemble des propositions contenues dans le questionnaire.

Pour rappel, le questionnaire d'auto-satisfaction concernait l'ensemble du module de FRT et l'échelle utilisée allait de 0 (strictement en désaccord) à 5 (complètement d'accord).

Les propositions concernaient la satisfaction sur :

- Le module en lui-même : moyenne de 3,9/5 (propositions 1 à 3 dans le tableau ci-dessous)
- Le contenu du module et les activités : moyenne de 3,7/5 (propositions 4 à 8)
- Les enseignants: moyenne de 3,8/5 (propositions 9 et 10)
- L'environnement et l'organisation : moyenne de 3,8/5 (propositions 11 et 12)

Concernant la longueur du module, 43,4% en étaient satisfaits, 52,6% ont trouvé la formation trop longue et seulement 4,0% ne l'ont pas trouvée assez longue.

Le tableau 8 ci-dessous détaille les moyennes et écart-types de chaque item.

QUESTIONS	Moyennes et Ecart-types
1. J'avais les savoirs et compétences pré-requis pour ce module	3,9 (0,9)
2. Le contenu est pertinent avec mon travail	4,2 (0,9)
3. Le module a satisfait mes attentes	3,7 (1,2)
4. Le contenu du module est pertinent avec mes objectifs	3,8 (1,0)
5. Les activités du module ont stimulé mon apprentissage	3,6 (1,1)
6. Le contenu des enseignements est clair	3,7 (1,2)
7. Le contenu des enseignements est adéquat avec le contenu du cours	3,9 (1,3)
8. Le contenu des enseignements est suffisant	3,7 (1,3)
9. Les enseignants ont été aidant dans mon processus d'apprentissage	3,8 (1,1)
10. Les enseignants ont bien facilité le module	3,8 (1,2)
11. Les pièces où ont eu lieu les enseignements étaient suffisamment confortables	4,1 (1,0)
12. L'organisation des enseignements était bien anticipée	3,5 (1,2)
13. Qu'avez-vous pensé de la longueur du module ? (pourcentages)	
- Trop long	52,6%
- Comme il faut	43,4%
- Pas assez long	4,0%

Tableau 8 : Moyennes et écart-types des scores de satisfaction des étudiants.

PARTIE 7 : DISCUSSION

1- Principaux résultats

En synthétisant nos résultats et en reprenant nos objectifs, nous retrouvons dans notre étude que :

- **Il n'existe pas de différence significative du niveau d'empathie chez les étudiants en DFSAM1 avant et après les jeux de rôle.**
- Il n'existe pas non plus de différence significative des trois dimensions de l'empathie chez les étudiants en DFSAM1 avant et après les jeux de rôle.
- L'analyse des sous-groupes en fonction du genre ne montre pas de différence significative de l'empathie, que ce soit dans le groupe des femmes ou des hommes. Il n'existe pas non plus de différence significative du niveau d'empathie final entre les femmes et les hommes.
- **Il existe une amélioration significative du niveau d'empathie et de sa dimension « *perspective taking* » dans le groupe d'étudiant ayant un score JSPE-MS de base en dessous de la médiane.**
- **Il existe une diminution significative du niveau d'empathie et de sa dimension « *Perspective taking* » dans le groupe d'étudiant ayant un score JSPE-MS de base au-dessus de la médiane.**

Les étudiants étaient globalement satisfaits du module de FRT qui leur a été proposé durant l'année universitaire 2017/2018.

2- Forces et limites de l'étude

2-1- Population

2-1-1- Recrutement

Les questionnaires avant jeux de rôle ont tous été réalisés sur internet, sur le site du Moodle de Paris Descartes. Après les jeux de rôle, une partie des questionnaires a été rempli sur internet et le reste sur papier.

Cependant, nous retrouvons dans la littérature que le mode de recueil des données n'influe pas sur les réponses (81).

Le biais principal de notre méthode de recrutement et d'inclusion est due au fait que le choix de répondre aux questionnaires était laissé aux étudiants.

En effet, le module de FRT ayant été rendu obligatoire au début de l'année universitaire 2017/2018 pour les étudiants en DFSAM1 de Paris Descartes, il était convenu initialement que la participation aux questionnaires le soit également. En raison d'un problème technique, les questionnaires avant jeux de rôle n'ont pas pu être mis en ligne assez longtemps à l'avance pour pouvoir instaurer le caractère obligatoire. Nous avons donc choisis de laisser le choix de la participation aux étudiants.

Nous avons donc ici un biais de sélection du au volontariat. Dès lors, nous pouvons nous poser la question de l'impact de la formation par jeux de rôle sur des étudiants ayant choisis par eux-mêmes de participer à l'étude et donc ayant déjà probablement un intérêt à la relation médecin-malade et peut-être même une meilleure empathie initiale ?

Cela pourrait-il influencer nos résultats et expliquer l'absence de différence significative retrouvée entre le niveau d'empathie des étudiants avant et après les jeux de rôle ?

2-1-2- Représentativité de la population

Nous retrouvons un taux de participation supérieur chez les femmes (63.3%) par rapport aux hommes (37.6%).

La littérature a montré que les femmes avaient une plus grande capacité empathique que les hommes (82,83). Une hypothèse serait que les femmes aient été plus intéressées par cette étude que les hommes ? Ceci expliquerait leur taux de participation plus élevé.

Néanmoins, ce taux reste représentatif de la population des étudiants en médecine.

Par ailleurs, notre étude n'a pas retrouvé de différence significative du niveau d'empathie en fonction du sexe donc cette différence n'influence pas nos résultats.

Notre population d'étude compte 90 étudiants au total. On peut se poser la question de savoir si ce nombre est suffisant compte tenu des 428 étudiants en DFSAM1 et qui ont participé au module de FRT durant l'année universitaire 2017/2018. Cependant, notre calcul du nombre de sujets retrouvait un nombre nécessaire de 84 étudiants pour un écart-type de 10 et une différence de moyenne à 5. Nous pouvons donc supposer que nos 90 réponses étaient suffisantes pour notre étude.

En outre, il est important d'attirer l'attention sur le fait que l'étude s'est déroulée à l'université de Paris Descartes où les étudiants proviennent en grande majorité d'un milieu socioprofessionnel privilégié. En effet, le niveau d'étude était élevé (hautes écoles, université, formations professionnelles supérieures) chez plus de 86% des deux parents des étudiants, ce qui n'est pas représentatif de la population des étudiants en médecine d'île de France.

D'autres thèses ont mis en évidence que la provenance d'un niveau socio-professionnel bas était corrélé à une meilleure capacité empathique (77,84).

En parallèle dans la littérature, il est retrouvé qu'un niveau d'étude élevé chez la mère est associé à une empathie plus importante initialement (85). Mais cette étude a été réalisée au Koweït et un faible niveau d'empathie avait été retrouvé chez les étudiants.

Se pose alors la question de savoir si ce biais de recrutement a un impact sur nos résultats ?

Une population d'étude plus homogène sur le plan socio-professionnelle nous aurais peut-être permis de retrouver une amélioration significative de l'empathie.

Enfin, on remarque que 17,8% de notre population d'étude suivait ou avait déjà suivi une psychothérapie, ce qui semble assez élevé. Cela vient peut-être du fait de la catégorie socioprofessionnelle des parents qui rend la psychothérapie plus « abordable » car elle peut être coûteuse. Nous ne savons pas dans quelle mesure une psychothérapie pourrait influencer nos résultats. Nous retrouvons tout de même dans la littérature une étude qui ne met pas en

évidence de différence du niveau d'empathie entre les étudiants en médecine suivant une psychothérapie et ceux n'en suivant pas (5). Cependant, seulement 2 étudiants sur 34 suivaient une psychothérapie dans cette étude.

2-2- Méthodologie

2-2-1- Outil de mesure : auto-questionnaire JSPE-MS

Nous avons utilisés la version française de la JSPE-MS dans notre étude pour évaluer l'empathie. Ce questionnaire a été choisi pour ses grandes qualités méthodologiques, comme indiqué précédemment. De plus, il a été validé dans notre population d'étude et est largement utilisé et développé depuis pour mesurer l'empathie des étudiants en médecine et des professionnels de santé.

Dans un article récent publié en juillet 2018 (86), Hojat analyse les propriétés de mesure de la JSPE. Il retrouve une bonne corrélation entre les différents items et le score total du questionnaire avec $p < 0,01$ et un coefficient de Cronbach $\alpha = 0.82$.

La version française que nous avons utilisée, a été traduite et également validée par le travail de A. Bitoun en 2017 à l'université Paris Descartes (86).

Par ailleurs, nous avons également étudié l'empathie selon ses trois dimensions et tenter de dégager des déterminants selon chacune d'elle. Ces analyses peuvent s'avérer intéressantes dans la mesure où elles permettent d'évaluer indépendamment l'empathie cognitive ou affective. Hojat retrouve d'ailleurs ces trois dimensions distinctes de l'empathie dans son dernier travail (86).

D'autre part, le questionnaire JSPE-MS correspond à une auto-évaluation. Il est ainsi basé sur une mesure subjective. Dès lors, on retrouve un biais de perception. En effet, Bolognini décrit l'empathie comme un phénomène à la fois conscient et préconscient (87). Certains étudiants peuvent sous-estimer leur empathie, d'autres à l'inverse se percevoir très empathiques. Hojat a d'ailleurs rapporté ses inquiétudes concernant le lien entre le score obtenu à la JSPE et le comportement empathique réel (88).

Au final, l'empathie déclarée par les étudiants peut refléter d'avantage leurs perceptions de l'empathie que leur véritable empathie.

Il existe aussi un biais de désirabilité sociale qui peut influencer les réponses au questionnaire de la JSPE-MS. Les réponses peuvent en effet être orientées par les participants pour obtenir un résultat plus « acceptable » socialement, de manière consciente ou inconsciente (89).

Ainsi, il aurait été intéressant de comparer nos résultats à l'empathie ressentie par des patients, d'autant plus que la corrélation entre l'évaluation des patients par la JSPPPE et les réponses des médecins par la JSPE diffère selon les études (90).

De la même façon, nous n'avons utilisé qu'un seul questionnaire. Il est possible qu'une autre échelle d'évaluation avec une composante cognitive moins importante ait pu retrouver une amélioration de l'empathie.

2-2-2- Coefficient de Cronbach

On retrouve un coefficient α de Cronbach à 0.7, il est satisfaisant pour la JSPE-MS. Il mesure l'homogénéité entre les items du questionnaire.

2-2-3- Formation par jeux de rôle

Les séances de jeux de rôle sont animateur-dépendant et l'animation d'un groupe est groupe-dépendant. De plus, l'étape du débriefing est indispensable et nécessite une formation spécifique. Lors de notre étude, tous les enseignants qui ont animés les séances de jeux de rôle ont bénéficiés d'une formation théorique et pratique, tant sur les jeux de rôle en eux-mêmes que sur les différents aspects du débriefing.

Par ailleurs, nous ne devons pas négliger que l'aspect émotionnel et stressant des jeux de rôle peut composer un frein pour les étudiants. En effet, ceux-ci doivent se mettre en scène devant leurs camarades qui les observent, avec la crainte d'être jugés sur leurs connaissances médicales. Le briefing joue ici un rôle capital pour rassurer les participants sur le caractère non sanctionnant de la formation et leur rappeler qu'il ne s'agit pas d'évaluer leurs

connaissances théoriques mais plutôt leurs capacités relationnelles. Le nombre d'étudiant restait limité (environ 12 étudiants par groupe) pour permettre une atmosphère propice à l'échange et faciliter les mises en scènes.

D'autre part, le nombre de séances de jeux de rôle était faible, seulement trois séances réparties sur cinq mois (de janvier à mai 2018). On peut alors se demander si le nombre de séances est suffisant pour que la formation soit bénéfique ?

De plus, compte tenu des difficultés organisationnelles (stages, gardes...), nous ne sommes pas en mesure de savoir à combien de séances les étudiants ont réellement pu assister. Ce biais peut également expliquer que nous n'ayons pas retrouvé d'amélioration significative d'empathie après les jeux de rôle.

Il est prévu pour l'année universitaire 2018/2019 que le module de FRT comporte cinq séances de jeux de rôle au total et que les étudiants soient prévenus suffisamment à l'avance pour pouvoir se libérer.

3- Discussion des résultats

3-1- Bénéfices des jeux de rôle

Nous retrouvons très peu d'articles dans la littérature ayant évalués l'efficacité des jeux de rôle sur l'empathie des étudiants en médecine. En effet, bien que certaines études soutiennent l'efficacité de la simulation pour améliorer l'empathie, elles mettent en avant les difficultés et les faiblesses méthodologiques souvent rencontrées (58,60). Elles préconisent pour les recherches futures des tailles d'échantillons plus importantes, des études contrôlées randomisées, des méthodes de mesures validées et des évaluations à long terme.

Bearman et Al. (6) ont récemment effectués une revue de la littérature jusqu'à mai 2014 incluant 27 études évaluant l'efficacité d'interventions de simulation sur l'empathie. Toutes les études concernaient des professionnels de santé et devaient évaluer une méthode de simulation parmi les jeux de rôle, les patients standardisés, la simulation virtuelle ou sur mannequin. 14 études évaluait l'empathie avant et après l'intervention, 9 étaient contrôlées randomisées, et enfin 4 étaient expérimentales. Sur les 27 études, 20 trouvaient une

amélioration significative de l'empathie après intervention dont quelques unes concernaient les jeux de rôle. Les auteurs remarquèrent que les études n'ayant pas mis en évidence d'amélioration significative d'empathie concernaient des interventions où les participants avaient joué uniquement le rôle du professionnel de santé, et jamais celui du patient. Ainsi, ils mettent en évidence que jouer le rôle du patient permettrait à l'étudiant de mieux s'identifier à lui et de le comprendre, ce qui serait bénéfique pour améliorer l'empathie.

A l'inverse de ces constatations, nous ne retrouvons pas d'amélioration significative de l'empathie des étudiants après les jeux de rôle. Cependant, nous remarquons que le score JSPE-MS augmentait en moyenne de 1.32 point. Nous observons également que cette augmentation était majoritairement liée à la dimension « *perspective taking* ». Enfin, la moyenne des scores JSPE initiaux était à 108,620, correspond aux normes selon Hojat (86). Nos résultats nous amènent cependant à plusieurs remarques et réflexions.

Tout d'abord, les étudiants dans notre étude n'ont pas tous eu l'occasion lors des jeux de rôle de simuler le patient. En effet, comme signalé antérieurement, un grand nombre d'entre eux n'a pas pu assister aux trois séances prévues. De plus, les étudiants participaient volontairement et choisissaient le rôle qu'ils voulaient « jouer ». Ainsi, sur une séance, tous les étudiants avaient participé en jouant soit le patient, soit le médecin, ou encore un observateur. Nous ne connaissons cependant pas le pourcentage d'étudiants ayant pris le rôle du patient au moins une fois.

Ainsi, le bénéfice des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie pourrait être lié à la possibilité de se mettre à la place du patient et de mieux le comprendre ? Des jeux de rôles plus réglementés et permettant à chaque participant de simuler le patient au moins une fois nous auraient-ils permis de mettre en évidence une amélioration significative de l'empathie ?

Par ailleurs, l'objectif des jeux de rôle est d'améliorer les compétences en communication et le comportement empathique. Or, les échelles de mesure de l'empathie sont souvent subjectives comme nous l'avons évoqué plus haut. Selon Colliver (91), elles permettent d'évaluer la compréhension de ce qu'est l'empathie et la confiance du médecin en ses aptitudes, mais ne permettent pas l'évaluation de la capacité à être empathique ou des compétences communicationnelles en elles-mêmes.

Ainsi, une autre hypothèse serait que les jeux de rôle aient pu améliorer les compétences en communication et la capacité à être empathique des étudiants sans qu'ils ne le perçoivent totalement. Elle n'aurait par ailleurs pas permis d'améliorer la confiance qu'ont les étudiants en leurs capacités empathique, ni l'empathie subjective mesurée par la JSPE.

De ce fait, la fiabilité de l'auto-évaluation pourrait être insuffisante dans notre cas comparé à une échelle d'hétéro-évaluation qui permettrait une évaluation pratique. Davis (92), dans sa revue de la littérature, met d'ailleurs en évidence que les auto-évaluations des médecins ne sont pas suffisamment précises et suggère de s'appuyer sur des évaluations externes pour évaluer les compétences.

Dans ce souci de différencier l'auto-évaluation subjective d'une évaluation plus objective, Bosse et Al. (93) publient en 2012 un article dans lequel ils évaluent l'empathie des étudiants en 5^{ème} année de médecine selon trois groupes : un groupe ayant bénéficié d'une formation par jeux de rôle, un groupe ayant bénéficié d'une formation par patients standardisés et un groupe contrôle. Ils retrouvent une amélioration significative de l'empathie auto-mesurée et hétéro-mesurée dans le groupe « jeux de rôle » et dans le groupe « patients standardisés ». Point intéressant par ailleurs, ils mettent en évidence une supériorité des jeux de rôle sur la formation par patients standardisés pour améliorer l'empathie des étudiants. Dans cette étude, l'hétéroévaluation a été effectuée par des grilles de Calgary-Cambridge lors de stations d'ECOS. Cependant, l'échelle d'auto-évaluation utilisée dans cette étude est validée pour évaluer les compétences en communication et non pas le niveau d'empathie des étudiants en médecine, ce qui conforte notre hypothèse.

Une autre étude compare un groupe d'étudiants en médecine ayant bénéficié d'une formation par simulation à un groupe contrôle et montre une amélioration significative de l'empathie hétéromesurée par ECOS, mais ne retrouve pas de différence significative du niveau d'empathie auto-mesurée par la JSPE (94). Ce travail renforce encore notre hypothèse bien qu'il ait évalué une formation par patients standardisés et non par jeux de rôle.

Parallèlement, nous retrouvons dans la littérature une étude qui évalue une formation pouvant s'apparenter aux jeux de rôle (95). Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé sur des étudiants en 4^{ème} année de médecine, avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Il est mis en évidence une amélioration significative du niveau d'empathie auto-mesurée par la JSPE dans

le groupe d'intervention. Les auteurs retrouvent également une amélioration des compétences en communication hétéro-mesurées par le score BECCI (Behavior Change Counseling Index).

Enfin, nous ne connaissons pas l'impact des jeux de rôle sur le long terme. Les bénéfices de la formation peuvent apparaître plus tardivement grâce à la pratique en stage clinique des techniques de communications acquises par exemple. Une prise de conscience empathique peut ainsi émerger et améliorer la composante cognitive de l'empathie. Nous pouvons également penser, à l'inverse, que les bénéfices s'ils existent, s'estompent à distance comme il a déjà été démontré pour d'autres formations (96). C.Roternaz prévoit dans sa thèse en cours, de réévaluer l'empathie par auto-questionnaire JSPE-MS des étudiants de notre population d'étude à six mois. Il serait intéressant de voir les résultats, bien que la mesure de l'empathie concernera l'intégralité du module de FRT et non pas seulement les jeux de rôle.

Au final, l'impact des jeux de rôle sur l'empathie des étudiants en médecine est prometteur, mais encore trop peu observé. Il est nécessaire de multiplier les études et d'améliorer la qualité méthodologique de celles-ci à l'avenir.

3-2- Empathie et genre

Baron-Cohen S. a suggéré en 2003 que les femmes ont un comportement plus empathique que les hommes. En effet, dans plusieurs études évaluant l'empathie des professionnels de santé ou des médecins, on retrouve un score JSPE significativement plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes (41,63,82,83,97).

Selon Hojat (88), les femmes montrent une plus grande sensibilité aux signaux émotionnels et aux stimuli sociaux, elle engageraient plus facilement la discussion avec le patient sur des problèmes psycho-sociaux et sur la maladie du patient.

Dans une étude à grande échelle portant sur 11 promotions d'étudiants en médecine, le score JSPE des femmes étaient supérieur à celui des hommes dans toutes les promotions. Cette différence était significative dans 10 promotions (98).

Ainsi, au vu des études antérieures, il semblerait que les femmes aient une plus grande capacité empathique que les hommes. Nos résultats ne reflètent pas ces données puisque nous n'avons pas trouvé d'amélioration du niveau d'empathie, et ce que ce soit dans le groupe des femmes ($p = 0,647$) ou dans le groupe des hommes ($p = 0,280$). Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence significative d'empathie entre les femmes et les hommes ($p = 0,101$).

Enfin, certains auteurs ne retrouvent pas non plus d'association entre le genre et l'empathie. Di Lillo dans sa traduction de la JSPE en italien fait face au même constat. Il explique cela par une différence de culture avec les Nord-Américains. Il relève également une différence liée à la traduction de l'échelle (99).

C. Buffel du Vaure nous fait remarquer par ailleurs que parmi les différentes traductions de l'échelle JSPE, c'est la version italienne qui est la plus proche géographiquement et culturellement de la France (84).

3-3- Empathie et score initial JSPE-MS

Nous retrouvons dans notre étude une association entre le score initial de la JSPE-MS et le score final. En effet, les étudiants avec un score JSPE-MS initialement bas ont significativement amélioré leur niveau d'empathie après les jeux de rôle. Cette amélioration significative se retrouve dans la dimension de l'empathie « *Perspective taking* ». En revanche, les étudiants ayant un score JSPE-MS de base élevé ont vu leur niveau d'empathie chuter de manière significative. Il en est de même pour la dimension « *perspective taking* ». Ces résultats contraires peuvent expliquer que nous n'ayons pas retrouvé de différence significative d'empathie sur l'ensemble de notre population d'étude et suggèrent que les jeux de rôle puissent être bénéfiques seulement aux étudiants les moins empathiques.

Le travail de N. Hoertel conforte nos résultats (100). Cette étude contrôlée randomisée multicentrique évaluait un enseignement de FRT de type groupe Balint et a été effectué sur les étudiants en DFSAM1 des universités de Paris Descartes et Paris Diderot entre septembre 2015 et janvier 2016. Il met en évidence une amélioration significative de l'empathie des étudiants ayant un score JSPE initial bas après la FRT et ne retrouve pas de différence significative chez les étudiants avec un score JSPE initial élevé. Cependant, l'auteur remarque en moyenne une diminution du score JSPE après la FRT dans ce dernier groupe. La médiane

utilisée par l'auteur dans cette étude pour comparer les étudiants en fonction de leur score JSPE initial était de 115, ce qui se rapproche assez de notre médiane de la JSPE-MS initial à 110. Ainsi, l'enseignement évalué aurait été efficace sur les étudiants les moins empathiques de base.

Par ailleurs, C. piedfer dans sa thèse évaluant également l'enseignement FRT de type groupe Balint par hétéroévaluation à l'aide d'ECOS, ne trouve pas d'association entre les scores JSPE initiaux et les résultats obtenues après intervention à l'aide des grilles d'ECOS (78). Cependant l'analyse a été effectuée avec deux méthodes d'évaluation différentes. De plus, la grille d'ECOS n'est pas validée et sa fiabilité a été discutée par certains auteurs (101,102).

Nous n'avons pas retrouvé d'étude cependant qui évaluait le niveau d'empathie après les jeux de rôle en fonction du score JSPE initial.

Il est intéressant de noter d'autre part que la différence du niveau d'empathie concernait la dimension « *perspective taking* » dans les deux groupes. Ainsi, les jeux de rôle en permettant aux étudiants de prendre la place du patient, faciliterait la prise de perspective et la compréhension des émotions de celui-ci. Ces résultats ne sont pas si étonnants et rejoignent les constatations de Bearman et son équipe détaillées précédemment (6).

Mais alors pourquoi les jeux de rôle ne seraient-ils efficaces que sur les étudiants les moins empathiques ? Pire encore, pourquoi sont-ils néfastes pour les étudiants présentant déjà un niveau d'empathie élevé de base ?

Une hypothèse serait que les jeux de rôle ne soient pas assez réalistes. En effet, Wear et Varley (103) mettent en garde sur le fait que l'empathie simulée manque d'authenticité. Elle permettrait aux étudiants d'acquérir l'empathie en tant que compétence en apprenant des comportements préétablis, mais ne permettrait pas d'établir une véritable relation avec un vrai patient. Ainsi, les étudiants « jouent un rôle », ils ne sont pas réellement inquiets ou dépendants lorsqu'ils jouent le rôle du patient et gardent à l'esprit qu'ils sont observés et évalués lorsqu'ils jouent le médecin. Cette particularité des jeux de rôle pourrait être néfaste aux étudiants initialement empathiques qui ne se retrouvent pas dans ces jeux de rôle et ont du mal à se projeter dans la réalité.

La thèse en cours de C.Vadot, qui s'intègre dans le projet EMPATHIE 5 appuie cette hypothèse. Il s'agit d'une étude qualitative sur les processus et facteurs de l'empathie des étudiants en DFASM 1 de Paris Descartes lors des jeux de rôle. Les premiers résultats des interviews indiquent que souvent les étudiants restent dans leur rôle d'acteur lors des jeux de rôle, et qu'ils trouvent que ceux-ci ne reflètent pas assez bien la réalité. En comparaison, la plupart d'entre eux ont trouvé les ECOS beaucoup plus réalistes et représentatifs de la réalité, ce qui les aidait à se projeter plus facilement. Ces résultats se retrouvent d'ailleurs dans la thèse de J. Legrand (104) qui évalue l'efficacité des ECOS dans cette même population et qui retrouve une amélioration significative du niveau d'empathie des étudiants.

4- Perspectives

Nos résultats ne nous permettent pas d'affirmer de l'efficacité des jeux de rôle pour améliorer l'empathie des étudiants en DFSAM 1, mais nous observons qu'ils vont dans le sens d'une augmentation. Nous mettons cependant en évidence une amélioration du niveau d'empathie des étudiants les moins empathiques initialement et une diminution de celle des étudiants les plus empathiques de base.

Ainsi, plusieurs perspectives découlent de ces constats.

L'empathie est un thème multidisciplinaire difficile à enseigner et à évaluer. Dans l'hypothèse où les jeux de rôle ne seraient pas bénéfiques à tous les étudiants ou tout simplement pas assez efficaces pour améliorer l'empathie des étudiants en médecine, il serait nécessaire de poursuivre les investigations et l'intérêt porté à la simulation en santé pour trouver la formation adaptée et efficace qui permettrait de l'enseigner. En effet, l'avenir de la simulation dans le domaine de la pédagogie semble prometteur et les recherches se multiplient en ce sens ces dernières années. Outre les jeux de rôle, les ECOS paraissent également comme un outil pédagogique utile qui nécessite d'être étudié, mais leur organisation est plus complexe et surtout beaucoup plus coûteuse.

Cependant, certains auteurs mettent en évidence que les jeux de rôle seraient plus efficaces que les ECOS pour améliorer l'empathie des étudiants en médecine (93). Ces résultats méritent d'être confirmés par d'autres travaux. En effet, comme nous l'avons vu, il existe encore trop peu d'études dans la littérature concernant les jeux de rôle et la qualité méthodologique n'est pas toujours satisfaisante.

Par ailleurs, nous avons vu que notre population d'étude n'était pas assez représentative de la population des étudiants en médecine d'île de France, et même de France. Ce biais de recrutement pourrait être corrigé par une étude multicentrique à plus grande échelle, sur plusieurs universités d'île de France.

De la même façon, nous retrouvons dans notre étude un biais de volontariat que l'on peut corriger en rendant la participation au module de FRT et aux questionnaires obligatoires. Nous ne devrions pas retrouver de résistance de la part des étudiants puisqu'ils étaient globalement satisfaits des jeux de rôle et du module de FRT. Il est même prévu d'augmenter le nombre de séances de jeux de rôle durant l'année universitaire 2018/2019 à la demande des étudiants.

En outre, l'autoévaluation par le questionnaire JSPE-MS n'est peut-être pas suffisante car elle reste sans doute trop subjective et n'évalue pas les compétences communicationnelles en elles-mêmes. Il serait intéressant d'évaluer les jeux de rôle par autoévaluation ET hétéroévaluation afin de les comparer.

D'autre part, il serait utile de formaliser l'enseignement par jeux de rôle. Ainsi, le nombre de séances, le nombre de participants par groupe, le nombre de scénarios ainsi que le fait de jouer le rôle du patient et du médecin pour chaque étudiant devrait être réglementé afin de diminuer le risque de biais.

Peut-être même serait-il nécessaire de compléter la formation par jeux de rôle pour qu'elle soit plus efficace? Ces ajustements et interrogations nécessitent de multiplier les travaux de recherche en ce sens.

Enfin, notons qu'il nous manque une évaluation à long terme des jeux de rôle. Aucune étude à ce jour n'a étudié leur impact sur l'empathie des étudiants à distance des séances. Rappelons

qu'une étude en cours a pour objectif d'évaluer l'efficacité du module de FRT (incluant 3 séances de jeux de rôle) sur l'empathie des étudiants en médecine à six mois. Il sera intéressant de voir les résultats même si l'étude ne porte pas spécifiquement sur les jeux de rôle.

PARTIE 8 : CONCLUSION

L'empathie clinique est aujourd'hui reconnue comme étant la clé d'une relation médecin-malade de qualité, fondement de l'exercice médical. Son impact positif sur la santé du patient et le bien-être du médecin n'est plus à démontrer. Elle a pourtant tendance à baisser au cours de la troisième année des études médicales et son enseignement reste expérimental. Parmi les méthodes pédagogiques possibles, la simulation en santé en plein essor en France apporterait l'expérience nécessaire tout en respectant le principe éthique : « jamais la première fois sur le patient ». Elle est en cours d'investigation et les premiers résultats semblent encourageants.

C'est dans ce contexte que notre étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une formation par jeux de rôle sur l'empathie des étudiants en DFSAM 1 à Paris Descartes.

Notre travail n'a pas permis de montrer une amélioration de l'empathie des étudiants après les jeux de rôle. Cependant, nous avons mis en évidence qu'ils améliorent le niveau d'empathie des étudiants les moins empathiques initialement et qu'ils diminuent celle des étudiants les plus empathiques de base. Nous avons également observé que ces différences concernaient en majorité la dimension « *perspective taking* » de l'empathie. Nous n'avons pas trouvé de différence du niveau d'empathie selon le sexe des étudiants.

Une des limites de notre étude est liée à notre outil de mesure unique, la JSPE-MS, peut-être trop subjective. L'évaluation de l'empathie est difficile et imprécise comme nous l'avons vu. Malgré les phénomènes de désirabilité sociale et les biais de perception, notre outil a été validé pour mesurer l'empathie dans notre population d'étudiants en médecine.

A ce jour, l'enseignement de l'empathie clinique par jeux de rôle au cours des études médicales reste mal codifié et peu étudié. Il est donc nécessaire de multiplier les recherches pour évaluer et améliorer cet enseignement qui pourrait être bénéfiques pour promouvoir l'empathie chez les étudiants en médecine.

Les facultés de médecine doivent elles-aussi poursuivre leurs efforts pour améliorer la formation des futurs médecins. Des études complémentaires spécifiques à la simulation, notamment aux jeux de rôle et aux ECOS peuvent être réalisées.

Ainsi, durant l'année universitaire 2018/2019, les étudiants de la promotion inscrits en DFSAM 1 à l'université Paris Descartes bénéficieront tous de cinq séances de jeux de rôle et de deux stations d'ECOS en plus des cours théoriques et des séances de groupe de type Balint. L'enseignement sera obligatoire et la validation présenteielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
2. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 2009;84(9):1182-91.
3. Bulletin officiel de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Enseignement supérieur et recherche [Internet]. Bulletin N°20 mai 16, 2013. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)
4. Rosenthal S, Howard B, Schlüssel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2011;86(3):350-8.
5. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *J Psychosom Res.* mai 2014;76(5):426-9.
6. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* oct 2015;10(5):308-19.
7. Berthoz A, Jorland G. *Empathie (L')*. Odile Jacob; 2004. 321 p.
8. De l'Einfühlung à l'empathie, par Maurice Elie - Temporel.fr [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <http://temporel.fr/De-l-Einfuehlung-a-l-empathie-par>
9. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res.* mars 1996;3(2):131-41.
10. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci.* 2004;27:169-92.
11. Iacoboni M. Imitation, Empathy, and Mirror Neurons. *Annu Rev Psychol.* 2009;60(1):653-70.
12. Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50(2):314-21.
13. Jeffrey D. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *J R Soc Med.* déc 2016;109(12):446-52.
14. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care.* Springer; 2016. 477 p.
15. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2007;44(3):240-8.
16. Maury A. *L'empathie clinique : impact de la première année d'internat sur l'empathie : étude de la cohorte Internlife, fiche INDICE.* Paris Descartes; 2015.

17. Maury A, Vaure CB du, Jaury P. Mise au point sur l'empathie clinique dans les études médicales. *Médecine*. 1 juin 2018;14(6):264-7.
18. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image-- J Nurs Scholarsh*. 1992;24(4):273-80.
19. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2013;63(606):e76-84.
20. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. *Psychol Health*. mai 2011;26 Suppl 1:101-17.
21. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Acad Med*. mars 2011;86(3):359-64.
22. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2012;87(9):1243-9.
23. Norhayati MN, Masseni AA, Azlina I. Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately-high risk patients in primary healthcare. *PeerJ*. 2017;5:e2983.
24. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 1 déc 2011;85(3):390-7.
25. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. juill 2005;20(7):559-64.
26. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. févr 2007;22(2):177-83.
27. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. juill 1988;26(7):657-75.
28. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
29. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. sept 2000;49(9):796-804.
30. Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2ème édition. ERPI; 2016.
31. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. sept 2004;27(3):237-51.
32. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. juill 1995;10(7):375-9.

33. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns.* déc 2007;69(1-3):63-75.
34. 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 Educ Couns.* mars 2009;74(3):339-46.
35. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* juill 2006;56(528):496-503.
36. Price S, Mercer SW, MacPherson H. Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: a prospective study of acupuncture patients. *Patient Educ Couns.* oct 2006;63(1-2):239-45.
37. MacPherson H, Mercer SW, Scullion T, Thomas KJ. Empathy, enablement, and outcome: an exploratory study on acupuncture patients' perceptions. *J Altern Complement Med N Y N.* déc 2003;9(6):869-76.
38. Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med N Y N.* août 2005;11(4):591-600.
39. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pr.* 1 juill 2012;62(600):346-7.
40. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 19 févr 1997;277(7):553-9.
41. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* juin 2002;36(6):522-7.
42. Beaulieu MD, Leclère H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. *Can Fam Physician Med Fam Can.* juin 1993;39:1369-75.
43. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 20 janv 1999;281(3):283-7.
44. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry.* août 1991;48(8):700-6.
45. Richard C, Lussier M-T. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles. *Patient Educ Couns.* mars 2007;65(3):329-41.
46. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* août 2011;86(8):996-1009.
47. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol.* juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.

48. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999;21(6):563-70.
49. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach.* sept 2005;27(6):539-43.
50. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* août 2003;78(8):802-9.
51. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA.* 3 sept 2003;290(9):1157-65.
52. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med.* juin 1998;60(3):268-76.
53. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* juin 2005;13(6):356-66.
54. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.* sept 2009;76(3):361-7.
55. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 déc 2012;12:CD003267.
56. Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof.* mars 2007;30(1):3-21.
57. Iqbal SP. Family medicine in undergraduate medical curriculum: a cost-effective approach to health care in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC.* déc 2010;22(4):207-9.
58. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* août 2013;88(8):1171-7.
59. Teding van Berkhout E, van Berkhout ET, Malouff JM. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol.* janv 2016;63(1):32-41.
60. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ.* 14 oct 2014;14:219.
61. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *J Psychosom Res.* déc 2017;103:102-7.
62. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns.* juin 2015;98(6):685-94.
63. Hojat M, Mangione S, J. Nasca T, Cohen M, S. Gonnella J, Erdmann J, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas - EDUC PSYCHOL MEAS.* 1 avr 2001;61:349-65.

64. Zenasni F, Boujut E, Vaure B du, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *Int J Pers Centered Med.* 6 déc 2012;2(4):759-66.
65. Bitoun A. Validation du score JSPE medical student en langue française dans l'évaluation de l'empathie des étudiants en médecine. Paris Descartes; 2017.
66. Chen JY, Chin WY, Fung CSC, Wong CKH, Tsang JPY. Assessing medical student empathy in a family medicine clinical test: validity of the CARE measure. *Med Educ Online.* 2015;20:27346.
67. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J.* févr 2007;48(1):81-6.
68. FORBES M. America's authentic government information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purpose. GPO. 2009;111th congress 1st session.
69. Chiniara G. Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie [Internet]. 2007 [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/ca07/html/ca07_03/ca07_03.htm
70. Granry J, Moll M. Etat de l'art en matière de pratique de simulation dans le domaine de la santé. HAS; 2012.
71. HAS. Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. 2015.
72. Pelaccia T. Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? De Boeck Supérieur; 2016. 482 p.
73. Gaffan J, Dacre J, Jones A. Educating undergraduate medical students about oncology: a literature review. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 avr 2006;24(12):1932-9.
74. Rushforth HE. Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse Educ Today.* juill 2007;27(5):481-90.
75. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes. Paris Descartes; 2013.
76. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. Paris Descartes; 2014.
77. Ngo N. comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs socio-démographiques et culturels. Paris Descartes; 2018.
78. Piedfer claire. Etude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS (examen clinique objectif structuré). Paris Descartes; 2017.
79. Lucet C. Influence du stage chez le médecin généraliste sur l'empathie des externes. Paris Descartes; 2015.
80. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* sept 2004;38(9):934-41.

81. Commission TIT. International Guidelines on Computer-Based and Internet-Delivered Testing. *International Journal of Testing*. 2006;6(2):143-71.
82. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. sept 2002;159(9):1563-9.
83. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2009;84(9):1192-7.
84. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique. Paris Descartes; 2012.
85. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of empathy among medical students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 2013;22(4):385-9.
86. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2 juill 2018;
87. Bolognini S. Empathy and « empathism ». *Int J Psychoanal*. avr 1997;78 (Pt 2):279-93.
88. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes*. 1^{re} éd. Springer-Verlag New York Inc.; 2006.
89. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. :20.
90. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. *J Patient Exp*. juin 2017;4(2):78-83.
91. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2010;85(4):588-93.
92. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 6 sept 2006;296(9):1094-102.
93. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. juin 2012;87(3):300-6.
94. Wünderlich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students - a randomized controlled trial. *Med Teach*. oct 2017;39(10):1096-8.
95. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. « Being-in-role »: A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 2011;33(12):e663-669.
96. Michel M. *Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois*. Paris Descartes; 2017.

97. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2002;77(10 Suppl):S58-60.
98. Hojat M, Gonnella JS. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2015;24(4):344-50.
99. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 2009;84(9):1198-202.
100. Hoertel N. Peut-on développer les capacités d'empathie chez les étudiants en médecine? etude contrôlée randomisée évaluant l'impact d'un enseignement « Formation à la Relation Thérapeutique » sur l'empathie clinique. Paris Descartes; 2016.
101. Fernandez L, Aulagnier M, Bonnet A. Module VI: Outils psychométriques.
102. Barman A. Critiques on the Objective Structured Clinical Examination. *Ann Acad Med Singapore.* sept 2005;34(8):478-82.
103. Wear D, Varley JD. Rituals of verification: the role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Educ Couns.* mai 2008;71(2):153-6.
104. LEGRAND J. Evaluation de l'efficacité des ECOS sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes. Paris Descartes; 2018.

ANNEXES

ANNEXE 1

Annonce Mauvaise Nouvelle 1

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr REJE, interne au cabinet de médecine générale du Dr DIETE. Vous allez recevoir son/sa patient-e Medhi-Mady de SUCRER, qu'il suit depuis quelques années. Une première biologie, prescrite à titre systématique, retrouvait une glycémie à jeun de 1,75g/l (norme jusqu'à 1.26) il y a 3 mois. Son médecin lui a dit que le taux de sucre n'était pas bon, sans lui parler de diabète, et lui a demandé un contrôle 3 mois après. Une nouvelle biologie a donc été prescrite, qui retrouve une glycémie à jeun à 1,88g/L ainsi qu'une hémoglobine glyquée à 8,1%. (norme inférieure à 7). Ceci confirme le diagnostic de diabète de type 2.

Motifs de consultation :

Le-la patient-e revient au cabinet pour montrer les résultats de cette seconde prise de sang.

Éléments importants du dossier patient :

Il s'agit d'un-e homme-femme de 54 ans, qui présente une surcharge pondérale, sans autre antécédent personnel particulier. Il-elle est sédentaire et exerce le métier d'assistant-e de direction. Au niveau familial, sa grand-mère avait du diabète et son père est décédé d'un infarctus du myocarde.

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour faire l'annonce du diabète de type 2 à Medhi-Mady de SUCRER. Si le sujet est abordé par le-la patiente (mais facultatif), vous prévoyez la mise en place d'un traitement médicamenteux, ainsi qu'un bilan plus complet.(pas de détails à donner).

Résultats de M/Mme Medhi-Mady DE SUCRER

	14/12/2017	14/08/2017
Glycémie à jeun	1,88 g/L	1,75 g/L
HbA1c	8,1%	

Annonce Mauvaise Nouvelle 1

Fiche Patient

Vous jouez le rôle de Medhi-Mady DE SUCRER, un-une homme-femme en surcharge pondérale, de 54 ans. Vous êtes assistant-e de direction et n'avez pas de problème de santé particulier.

Au niveau familial, votre grand-mère est décédée, aveugle, des complications de son diabète, votre père est décédé d'un infarctus du myocarde.

Il y a 3 mois, votre médecin Dr DIETE vous a prescrit à titre systématique une prise de sang. Le taux de sucre n'étant pas bon, il vous a demandé une seconde prise de sang.

Vous avez donc demandé à voir votre médecin traitant pour lui montrer les résultats (ci joint) des examens qu'il vous a prescrits. Celui-ci n'étant pas disponible, vous avez accepté que son interne, Dr REJE, vous reçoive.

Vous êtes quelque peu inquiet-e que le taux de sucre ne se soit pas amélioré et craignez d'avoir un diabète comme votre grand-mère.

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- **si le médecin tarde à en venir aux faits** : « vous me cachez quelque chose », « dites-moi la vérité, je veux savoir »
- **si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle** : « je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à ma-mon femme-mari »
- **si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement** : « ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur », « j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence
- **désespoir** : « ma vie est foutue »
- **doute** « vous êtes sûr-e qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »
- **révolte** : « pourquoi moi, ce n'est pas juste »
- **peur** : « je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter »
- **agressivité** : « vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade ». « vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive »
- **isolation** : « le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter et de poser des questions concrètes, froides »

Annonce Mauvaise Nouvelle 2

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr MEMO, interne à la consultation mémoire de l'hôpital Charles Foy à Ivry. Votre PH le Dr RAPPEL tuteur vient de recevoir les résultats de M-Mme Eden OUETU (70 ans) réalisés en consultation mémoire. Ceux-ci confirment le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Il a demandé au patient de venir en consultation à ce propos, accompagné de son-sa conjoint-e. Le dr RAPPEL vous confie la tâche d'annonce de la maladie à Eden OUETU que vous recevez en consultation avec son-sa mari-femme.

Éléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

- HTA depuis 2007
- Diabète type 2
- Cancer de la prostate/sein traité en 2012

Antécédents familiaux :

- mère avec démence sans diagnostic étiologique
- père décédé d'un infarctus du myocarde

Mode vie : marié-e depuis 40 ans- vit avec son mari - sa femme au 6^{ème} étage sans ascenseur à Ivry sur Seine.

Instituteur-trice retraité-e

3 enfants- 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans

liens cordiaux avec voisinage

joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ;

pas d'aide à domicile

MMS = 20

TDM cérébrale = normale

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 min pour annoncer la maladie d'Alzheimer à Eden OUETU.

Annonce Mauvaise Nouvelle 2

Fiche Patient

Attention, ce jeu de rôle nécessite un patient et son-sa compagnon-compagne.

Vous, Eden OUETU, 70 ans, êtes venu(e) consulter à l'hôpital Charles Foy à Ivry, à la demande de votre médecin généraliste, pour des troubles de la mémoire.

Vous avez réalisé des examens complémentaires en consultation mémoire avec le dr RAPPEL.

Celui-ci vous a demandé de revenir pour parler des résultats, avec son interne, Dr MEMO. **Vous venez accompagné (e) de votre mari-femme.** Vous et votre mari-femme êtes quelque peu inquiet-e-s des résultats et souhaitez connaître le diagnostic. C'est surtout votre mari-femme qui prend la parole lors de cette consultation.

Eléments importants du dossier patient:

Antécédents personnels :

- HTA depuis 2007
- Diabète type 2
- Cancer de la prostate/sein traité en 2012

Antécédents familiaux :

- mère avec démence sans diagnostic étiologique
- père décédé d'un infarctus du myocarde

Mode vie : marié-e depuis 40 ans- vit avec son mari - sa femme au 6^{ème} étage sans ascenseur à Ivry sur Seine.

Instituteur-trice retraité-e

3 enfants- 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans

liens cordiaux avec voisinage

joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ;

pas d'aide à domicile

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- **si le médecin tarde à en venir aux faits** : « vous me cachez quelque chose » , « dites-moi la vérité, je veux savoir »
- **si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle** : « je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à ma-mon femme-mari »
- **si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement** : « ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur », « j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence
- **désespoir** : « ma vie est foutue », « je vais me suicider »
- **doute** « vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »
- **révolte** : « pourquoi moi, ce n'est pas juste »
- **peur** : « je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter »
- **agressivité** : « vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade ». « vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive »
- **isolation** : « le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter de poser des questions concrètes, froides »
- **inquiétude de l'accompagnant** : « est-ce que je risque moi aussi d'être atteint un jour ? »

Annonce Mauvaise Nouvelle 3

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr ONCO, interne à la consultation de cancérologie. Votre CCA le dr SOUTIEN vient d'être mis en arrêt de travail. Il vous demande de le remplacer pour l'annonce de cancer du côlon à Kim AFFECT.

Le-a patient-e sait qu'un examen a été demandé pour une maladie grave : il-elle revient en consultation très inquiet-e.

Motifs de consultation :

Annonce de cancer

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents :

- HTA essentielle non compliquée
- Tabagisme sevré il y a 10 ans

Mode de vie :

Divorcé-e, 2 enfants, vit seul-e
Informaticien-nne

Confirmation histologique d'une lésion cancéreuse
Bilan d'extension négatif

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour faire l'annonce du cancer du côlon à votre patient.

Si le patient l'aborde, le traitement à venir va comporter une chirurgie ainsi qu'une chimiothérapie. La radiothérapie sera discutée au décours de la chirurgie.

Annonce Mauvaise Nouvelle 3

Fiche Patient

Vous êtes Kim AFFECT, un homme-une femme de 52 ans.

Vous êtes venu consulter le Dr SOUTIEN, oncologue. Celui-ci vous demande de revenir suite aux examens qui ont été réalisés pour perte de poids et troubles digestifs récents. Vous savez que ces examens ont été réalisés pour une maladie « grave », mais vous n'en savez pas davantage.

Vous êtes divorcé-e, 2 enfants et vivez seul-e. Vous êtes informaticien-nne.

Vos antécédents comportent :

- HTA essentielle non compliquée
- Tabagisme sevré il y a 10 ans

C'est l'interne, Dr ONCO, qui vous reçoit. Vous arrivez très inquiet à cette consultation.

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- **si le médecin tarde à en venir aux faits** : « vous me cachez quelque chose », « dites-moi la vérité, je veux savoir »
- **si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle** : « je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à mes enfants »
- **si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement** : « ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur », « j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence
- **désespoir** : « ma vie est foutue » « je vais me suicider »
- **doute** « vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »
- **révolte** : « pourquoi moi, ce n'est pas juste »
- **peur** : « je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter »
- **agressivité** : « vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade ». « vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive »
- **isolation** : le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter, de poser des questions concrètes, froides
- **inquiétude spécifiques pour le patient** : « combien de temps me reste-t-il à vivre ? », « que dois-je dire à mon entourage ? »

Patient Réticent 1

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr SEREIN, interne dans le service de cardiologie du dr TABACEMAL de l'HEGP. Un-e patient-e, Mr-Mme Tétrau(e) SPEED, 43 ans, adressé-e par son médecin traitant. Ce-tte patient-e est un-e gros-se fumeur-euse, commercial-e, stressé-e, et consulte pour des précordialgies peu typiques. Le dr TABACEMAL vous demande de mener la consultation pour aborder avec le patient le problème du tabac.

Motifs de consultation :

Précordialgies peu typiques

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels :

- Dyslipidémie dépistée en 2016
- Tabagisme actif évalué à 20 PA, soit 1 paquet minimum par jour depuis 20 ans

Antécédents familiaux :

- père décédé d'un infarctus du myocarde à 55 ans
- mère souffrant d'un trouble anxieux généralisé

Mode vie : Divorcé-e - 3 enfants (garde aternée) – compagnes/compagnons occasionnel-les pas de loisir en dehors de son travail

Traitement : aucun

Votre examen clinique et paraclinique ne retrouve pas d'argument pour une origine cardio vasculaire ou pulmonaire à ses douleurs. Vous êtes tout à fait rassuré quant à ses précordialgies, dont l'étiologie semble être le stress.

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 minutes pour aborder le problème du tabac.

Patient réticent 1

Fiche Patient

Nom du patient : Tétrau(e) SPEED **Age :** 43 ans

Vous êtes commercial-e ; fumeur-euse et stressé-e par votre boulot. Des douleurs de poitrine sont survenues récemment au cours d'un effort. Votre médecin traitant vous adressé à la consultation cardiologie de l'HEGP, que vous consultez donc pour précordialgies peu typiques.

Vous êtes reçu par le Dr SEREIN, interne du Dr TABACEMAL. Celui-ci, après un examen clinique et paraclinique, vous a rassuré-e quant à une maladie cardio vasculaire. Il vous a annoncé que ces douleurs étaient probablement liées au stress. Il souhaite maintenant aborder le problème du tabac avec vous, ce qui vous énerve car vous ne souhaitez pas arrêter de fumer.

Eléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels :

- Dyslipidémie dépistée en 2016
- Tabagisme actif évalué à 20 PA, soit 1 paquet par jour minimum depuis 20 ans

Antécédents familiaux :

- père décédé d'un infarctus du myocarde à 55 ans
- mère souffrant d'un trouble anxieux généralisé

Mode vie : Divorcé-e - 3 enfants (garde alternée) – compagnes/compagnons occasionnel-les pas de loisir en dehors de son travail

Traitement : aucun

➔ **consignes générales :**

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

➔ **exemples de répliques :**

- « pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »
- « autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »
- « mais docteur, ce que vous dites, on en est vraiment sûr ? est-ce que dans 10 ans on ne pensera pas le contraire ? il y a des modes en médecine d'ailleurs... »
- « mais alors on ne peut plus rien faire ? la vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »
- « parfois la médecin se trompe. Regardez l'histoire du Distilbène. »
- « oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »

- « dans ces moments on ne pense pas au risque»
- « c'est dur de faire attention à tout, tout le temps »
- « vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant »
- « tout ça je le sais docteur »
- « j'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »
- « arrêtez de m'emmerder avec ça !»

➔ *question spécifique* : « docteur, je fais un métier très stressant, toujours en déplacement, des clients pas faciles.. ; fumer me soulage et toutes vos bonnes paroles n'y pourront rien»

Patient Réticent 2

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr FORT, interne au cabinet de consultation du dr LEGER. Vous accueillez L-o-u RAPPORTER, 47 ans, qui vient consulter pour son renouvellement d'ordonnance avec une histoire de douleurs lombaires chroniques. Il-elle est en surpoids manifeste, mais n'aborde le sujet à aucun moment dans la consultation. Vous souhaitez inciter le-a patient-e à perdre du poids.

Motifs de consultation :

Renouvellement d'ordonnance pour lombalgie chronique

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels :

- Obésité avec un IMC à 31

Antécédents familiaux :

- 2 parents ayant une obésité sévère
- frère aîné diabétique de type 2

Allergie : terrain atopique

Mode vie : Marié-e- 2 enfants

Déménageur-se ; mis-e en arrêt de travail puis maladie professionnelle.

Pas d'activité physique.

Traitement : antalgiques

A l'examen clinique, l'examen neurologique est sans particularité. Les radiologies récentes du rachis dorso lombaire sont normales.

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 minutes pour aborder avec le-a patient-e le problème de poids.

Patient Réticent 2

Fiche Patient

Vous êtes L-o-u RAPPORTER, 47 ans, et venez consulter le Dr FORT interne au cabinet de votre médecin, Dr LEGER, pour renouvellement d'ordonnance pour un mal au dos qui traîne depuis longtemps.

Eléments importants de votre dossier :

Antécédents personnels :

- Obésité avec un IMC à 31

Antécédents familiaux :

- 2 parents ayant une obésité sévère
- frère aîné diabétique de type 2

Allergie : terrain atopique

Mode vie : marié-e- 2 enfants

Déménageur-se ; mis-e en arrêt de travail puis maladie professionnelle.

Pas d'activité physique.

Traitement : antalgiques

Le médecin va tenter de vous inciter à perdre du poids, mais vous ne souhaitez ni aborder le problème, ni perdre du poids.

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- « pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »
- « autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »
- « mais docteur, ce que vous dites, on en est vraiment sûr ? est-ce que dans 10 ans on ne pensera pas le contraire ? il y a des modes en médecine d'ailleurs... »
- « mais alors on ne peut plus rien faire ? la vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »
- « parfois la médecin se trompe. Regardez l'histoire du Distilbène. »
- « oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »
- « dans ces moments on ne pense pas au risque »
- « c'est dur de faire attention à tout, tout le temps »

- « vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant »
- « tout ça je le sais docteur »
- « j'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »

➔ *question spécifique* : « docteur, il y a quand même un racisme anti-gros dans la société »

Patient Réticent 3

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr GENTIL, interne au cabinet du dr CEPABIEN, médecin généraliste. Il accueille Yael FEPAGAFF, 27 ans, qui le sollicite pour une contraception d'urgence. Cette demande non exceptionnelle laisse présager des rapports réguliers non protégés fréquents.

Avant la consultation, le dr CEPABIEN vous demande d'aborder le risque de rapports non protégés avec cette patiente.

Motifs de consultation:

Demande de prescription de contraception d'urgence.

Éléments importants du dossier patient:

Antécédent personnel :

- Salpingite traitée
- une fausse couche spontanée

Antécédents familiaux :

- Grand-père maternel décédé cancer du colon
- Père diabétique de type 2

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de compagnon stable.

Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable.

Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

L'examen clinique est normal.

Tâches à effectuer:

Vous avez 15 minutes pour aborder les risques des rapports non protégés.

Patient Réticent 3

Fiche Patient

Vous êtes Yael FEPAGAFF, 27 ans.

Vous venez voir le Dr GENTIL, interne de votre médecin Dr CEPABIEN pour une contraception d'urgence suite à un rapport non protégé. Ce n'est pas la première fois que vous faites cette demande.

Eléments importants de votre dossier :

Antécédents personnels :

- Salpingite traitée
- une fausse couche spontanée

Antécédents familiaux :

- grand-père maternel décédé cancer colon
- père diabétique de type 2

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de compagnon stable.

Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable.

Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

Le médecin va aborder les risques des rapports non protégés, mais vous ne voulez pas entendre parler.

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- « pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »
- « autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »
- « mais alors on ne peut plus rien faire ? la vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »
- « oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »
- « dans ces moments on ne pense pas au risque »
- « c'est dur de faire attention à tout, tout le temps »
- « vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant »
- « tout ça je le sais docteur »
- « j'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »

→ *question spécifique* : « je ne fais pas ça avec n'importe qui tout de même, je ne couche pas avec des types marginaux ou toxicomanes »

Demande abusive 1

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes le dr Dudos interne dans le service de rhumatologie et vous faites les consultations « urgentes » (le sénior, joignable, est dans son bureau travaillant à un article). Vous accueillez un patient de 32 ans Mr Lionel Ramon qui a un lumbago banal depuis 4 jours. Il vous demande d'emblée un scanner.

Motifs de consultation :

Demande de scanner pour lumbago banal.

Éléments importants du dossier patient :

Atcd pers :

- Appendicite

Atcd fam :

- Mère : Ras
- Père : HTA et AVC

Allergie : aucune

Mode vie : marié

1 fille de 6 ans

Commercial

Ttt :

- aucun

le scanner est inutile à ce stade selon les recommandations actuelles

Tâches à effectuer :

Vous avez 10-15 minutes pour expliquer au patient que l'examen est inutile.

Demande abusive 1

Fiche Patient

A noter : il est préférable que le patient soit joué par un homme.

→ Situation de départ

Vous souhaitez faire un scanner car vous avez très mal au dos depuis 4 jours.
Votre voisin vous a dit qu'il fallait absolument passer un scanner « au cas où ce serait une hernie discale ».

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- « vous vous en fichez, ce n'est pas vous qui avez mal au dos »
- « bon, docteur vous me le prescrivez ce scanner ? »
- « mon voisin, son docteur lui a prescrit »
- « je ne vois pas en quoi ça vous dérange c'est pas vous qui payez »
- « mais j'ai mal ! »
- « la prochaine fois, j'irai voir le médecin de mon voisin »
- « vous voulez dire que j'abuse c'est ça ? »
- « moi je paye mes impôts et cotisations, c'est pas comme d'autres ... »
- « j'y ai droit »

Demande abusive 2

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr BAS, interne au cabinet du Dr CADRAN. Vous accueillez Jessie JOLY qui vient vous demander un drainage lymphatique, motivé pour des raisons esthétiques.

Motifs de consultation :

Demande de drainage lymphatique à visée esthétique

Éléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels :

- Appendicite
- G2P1 (1 fausse couche spontanée en 2014)

Antécédents familiaux :

- Mère : obésité
- Père : alcoolisme

Mode vie : Divorcée- vit avec son nouveau compagnon - 1 fille de 3 ans
Vendeuse dans textile de luxe

Traitement : Diane 35 pour contraception

Il n'existe pas d'indication médicale à réaliser un drainage lymphatique chez cette patiente.

Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour expliquer à la patiente que sa demande n'est pas appropriée.

Demande abusive 2

Fiche Patient

A noter : il est préférable que la patiente soit jouée par une femme.

Contexte d'entretien :

Vous êtes Jessie JOLY, 36 ans.

Vous consultez l'interne de Dr CADRAN, le Dr BAS, car vous souhaitez faire un drainage lymphatique pour des raisons esthétiques. Vous avez lu que cela amincissait les jambes et cela a bien marché pour votre voisine.

Eléments importants de votre dossier :

Antécédents personnels :

- Appendicite
- G2P1 (1 FCS en 2014)

Antécédents familiaux :

- Mère : Obésité
- Père : Alcoolisme

Mode vie : Divorcée- vit avec son nouveau compagnon - 1 fille de 3 ans

Vendeuse dans textile de luxe

Traitement : Diane 35 : 1 cp par jour

→ consignes générales :

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

→ exemples de répliques :

- « vous vous en fichez, ce n'est pas vous qui avez le problème »
- « je ne vois pas en quoi ça vous dérange »
- « la prochaine fois, je saurai à qui m'adresser »
- « je suis déçue, je vous croyais plus compréhensif »
- « vous autres les médecins, vous ne voyez que votre intérêt »
- « si vous croyez que ça m'amuse de vous demander ça... »
- « vous voulez dire que j'abuse c'est ça ? »
- « moi qui avait confiance en vous... »
- « moi je paye mes impôts et cotisations, c'est pas comme d'autres ... »

→ question spécifique : « la prochaine fois, je ne chercherai pas à être franche, je mentirai en disant que je souffre atrocement de mes jambes lourdes »

Demande abusive 3

Fiche Médecin

Contexte d'entretien :

Vous êtes le Dr MARTIN, interne au cabinet du Dr CORTES et vous faites les consultations. Vous accueillez un patient Mr Arthur Durang de 23 ans dont le médecin traitant (votre maître de stage), est absent, et qui veut un arrêt de travail de 15j pour préparer un concours de la fonction publique.

Motif de consultation:

Demande d'AT pour motif personnel

Éléments du dossier patient:

Atcd pers :

- 0

Atcd fam :

- Mère : 0
- Père : dcd K

Allergie :

- 0

Mode vie :

- Célibataire
- Vit chez sa mère
- Travaille chez McDo

Ttt :

- 0

Examens paracliniques

- 0

Tâches à effectuer:

Vous avez 10-15 minutes pour expliquer au patient que sa demande d'arrêt de travail n'est pas justifiée.

Demande abusive 3

Fiche Patient

Contexte d'entretien :

Vous souhaitez un arrêt de travail de 15 j pour préparer un concours dans la fonction publique.

Vous avez accepté de voir l'interne de votre médecin de famille qui vous connaît depuis que vous êtes petit.

➔ **consignes générales :**

- ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous
- n'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre
- si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

➔ **exemples de répliques :**

- « vous vous en fichez, vous avez déjà passé vos concours »
- « bon, docteur vous me le prescrivez cet arrêt ? »
- « allez soyez sympa »
- « allez soit sympa » (le médecin a le même âge)
- « mon copain, son docteur lui a prescrit »
- « je ne vois pas en quoi ça vous dérange c'est pas vous qui payez »
- « vous pouvez comprendre, vous aussi vous passez des concours »
- « la prochaine fois, j'irai voir mon « vrai » médecin . »
- « vous voulez dire que j'abuse c'est ça ? »
- « vous n'aimez pas les fonctionnaires »
- « la prochaine fois je dirai que je suis harcelé au travail et en burn out »

GRILLE pour les jeux de rôle- Formation à la relation thérapeutique

D'après la Grille de CALGARY-CAMBRIDGE

Bourdy C, Millette B, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale- les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs), La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Editions du Renouveau Pédagogiques Inc.,2004.

	Commentaires
1. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire.	
2. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient.	
3. Détermine par une question d'ouverture les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.	
4. Écoute attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.	
5. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les idées du patient (ses croyances sur les causes) ; <input type="checkbox"/> ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ; <input type="checkbox"/> ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire 	

<p>obtenir) pour chaque problème) ;</p> <p><input type="checkbox"/> les effets de ses problèmes de santé : comment chaque problème touche sa vie.</p>	
6. Encourage le patient à exprimer ses émotions	
<p>7. Adopte un comportement non verbal approprié:</p> <p>* contact visuel, expression faciale;</p> <p>* posture, position et mouvement;</p> <p>* indices vocaux tels que débit, volume, tonalité.</p>	
8. Lit ou prend des notes, ou utilise un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue ni avec la relation.	
9. Accueille les points de vue et les émotions du patient ; ne s'érige pas en juge.	
10. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et les émotions du patient et utilise le reflet.	
11. Fournit du soutien: exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'auto-soins de son patient; lui offre de travailler en partenariat.	
12. Évalue les connaissances du patient : s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.	
13. Donne l'information à des moments appropriés : évite de donner des conseils et de l'information ou de rassurer prématurément.	

14. Utilise un langage concis et facile à comprendre ; évite le jargon médical ou du moins l'explique.	
15. Vérifie la compréhension qu'a le patient de l'information donnée (ou des plans élaborés).	

16. Vérifie une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demande s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.	
<p>→ seulement pour patient réticent & demande abusive</p> <p>17. Discute d'un plan mutuellement acceptable : signale sa position ou ses préférences au sujet des options possibles ; détermine les préférences du patient.</p>	

ANNEXE 3

Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-MS)

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 : (entourez votre réponse)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

1. 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
2. Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
3. Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
4. Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
5. Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
6. 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
7. L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
8. L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
9. Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
16. La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

de la relation médecin-malade.	
17. Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
18. 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
19. La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

ANNEXE 4

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES ET DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe : F/M

Nom :

Prénom :

- I- **Avez-vous déjà eu une ou des expérience(s) antérieure de simulation ? Oui/Non**
→ *si oui, précisez la/lesquelles*
- II- **Avez-vous déjà eu une ou des expérience(s) antérieur(s) de groupes d'échanges ? Oui/non**
→ *si oui, précisez la/lesquelles*
- III- **Dans le jeu de rôle, vous avez été : observateur / joueur de la simulation ? du patient ? du médecin ? combien de fois ?**
- IV- **Quels sont les 3 stages que vous avez effectués au cours de ce module ?**
- V- **Quelle spécialité envisagez-vous ? (se référer au tableau suivant)**

Aujourd'hui, j'envisage mon activité professionnelle :

Orientation:

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

Type activité:

1. Activité libérale
2. Activité hospitalière ou hospitalo-universitaire
3. Activité mixte
4. Recherche
5. Industrie (pharmaceutique, GBM, etc...)
9. Je ne sais pas

à préciser éventuellement :

- Spécialité I :** (cf listes ci-contre et ci-dessous)
Spécialité II : (cf listes ci-contre et ci-dessous)
Spécialité III : (cf listes ci-contre et ci-dessous)

Ancienneté :

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

Spécialités Médicales et Chirurgicales

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

Spécialités Médico-techniques

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

VI- **Avez-vous déjà effectué une psychothérapie ?**
Et/ou **effectuez-vous actuellement une psychothérapie ?**

VII- **Quel est le niveau d'étude de vos parents ?**

- **Concernant votre père :**

- Niveau de formation
 - 1 Université, haute école
 - 2 Formation professionnelle supérieure
 - 3 Baccalauréat
 - 4 Ecole professionnelle
 - 5 Apprentissage
 - 6 Ecole obligatoire
 - 7 Moins que l'école obligatoire

 - Catégorie professionnelle
 - 1 Dirigeants, cadres supérieurs, cadres de direction
 - 2 Professions intellectuelles et scientifiques (ingénieurs, médecins, professeurs, avocats, etc.)
 - 3 Professions intermédiaires (techniciens, infirmiers, comptables, inspecteurs de police, etc.)
 - 4 Employés de type administratif (secrétaires, standardiste, guichetiers, etc.)
 - 5 Agriculteurs, pêcheurs, etc. Personnel des services et de la vente (cuisiniers, serveurs, coiffeurs, pompiers, guides, vendeurs, etc.)
 - 6 Artisans et ouvriers (maçons, charpentiers, couvreurs, plâtriers, potiers, orfèvres, bouchers, boulangers, ébénistes, couturiers, etc.)
- Conducteurs de machine et de robots industriels, grutiers, chauffeurs de taxi, pilotes de locomotive, etc.
- 7 Ouvriers et employés non qualifiés (manutentionnaires, éboueurs, livreurs, aides de ménage, vendeurs ambulants, etc.)

Concernant votre mère :

- Niveau de formation
- 1 Université, haute école
- 2 Formation professionnelle supérieure
- 3 Baccalauréat
- 4 Ecole professionnelle
- 5 Apprentissage
- 6 Ecole obligatoire
- 7 Moins que l'école obligatoire

- Catégorie professionnelle
 - 1 Dirigeants, cadres supérieurs, cadres de direction
 - 2 Professions intellectuelles et scientifiques (ingénieurs, médecins, professeurs, avocats, etc.)
 - 3 Professions intermédiaires (techniciens, infirmiers, comptables, inspecteurs de police, etc.)
 - 4 Employés de type administratif (secrétaires, standardiste, guichetiers, etc.)
 - 5 Agriculteurs, pêcheurs, etc. Personnel des services et de la vente (cuisiniers, serveurs, coiffeurs, pompiers, guides, vendeurs, etc.)
 - 6 Artisans et ouvriers (maçons, charpentiers, couvreurs, plâtriers, potiers, orfèvres, bouchers, boulangers, ébénistes, couturiers, etc.)
- Conducteurs de machine et de robots industriels, grutiers, chauffeurs de taxi, pilotes de locomotive, etc.
- 7 Ouvriers et employés non qualifiés (manutentionnaires, éboueurs, livreurs, aides de ménage, vendeurs ambulants, etc.)

VIII- **Quelles sont vos conditions de vie actuellement ?**

- **Logement** : vous vivez
 - Seul
 - En colocation
 - En concubinage
 - Chez vos parents
 - En résidence universitaire

- Autre
- **Revenus :**
 - A quel montant approximatif évaluez-vous vos revenus mensuels ?
 - Bénéficiez-vous d'aides complémentaires ? si oui lesquelles ? et de quel montant approximatif ?
 - Bénéficiez-vous de l'aide de vos parents ? si oui lesquelles ? dans quel pourcentage ?
 - Avez-vous un travail pour subvenir à vos besoins ? si oui combien d'heures par semaine ?
- Avez-vous **un ou une petit (e) ami(e)** ? si oui depuis combien de temps ?

A combien évaluez-vous le nombre d'amis sur lesquels vous pouvez compter lorsque vous traversez des moments difficiles ?

ANNEXE 5

AUTO-QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION pour les ETUDIANTS

Ce questionnaire concerne l'ensemble du module de FRT, dans l'idée d'une synergie des différentes pédagogies, soit : les 2 cours magistraux, les groupes Balint, les jeux de rôle, les consultations simulées (ECOS).

Les commentaires libres sont là pour exprimer à la fois d'autres commentaires sur ces aspects du module ; mais également pouvoir exprimer une appréciation différente des 4 outils pédagogiques.

Merci d'indiquer votre accord ou désaccord avec les énoncés ci-dessous en utilisant l'échelle suivante :

- 1- Strictement en désaccord
- 2- En désaccord
- 3- Entre deux
- 4- D'accord
- 5- Complètement d'accord
- 6- Sans objet

DESCRIPTION	SCORE
MODULE	
J'avais les savoirs et compétences pré-requis pour ce module	
Le contenu est pertinent avec mon travail	
Le module a satisfait mes attentes	
Commentaires libres sur le module	
CONTENU DU MODULE ET ACTIVITES	
Le contenu du module est pertinent avec mes objectifs	
Les activités du module ont stimulé mon apprentissage	
Le contenu des enseignements est clair	
Le contenu des enseignements est adéquat avec le contenu du cours	
Le contenu des enseignements est suffisant	
Commentaires libres sur le contenu du module et les activités	
ENSEIGNANTS	
Les enseignants ont été aidant dans mon processus d'apprentissage	
Les enseignants ont bien facilité le module	

Commentaires libres sur les enseignants		
ENVIRONNEMENT DU MODULE ET ORGANISATION		
Les pièces où ont eu lieu les enseignements étaient suffisamment confortables		
L'organisation des enseignements était bien anticipée		
Commentaires libres sur l'organisation		
COMMENTAIRES GENERAUX		
D'une façon générale, qu'est-ce qui a bien marché ?		
D'une façon générale, qu'est-ce qui n'a pas bien marché ?		
Qu'avez-vous pensé de la longueur du module ?		
Trop long	Comme il faut	Pas assez long
Suggestions sur ce que vous auriez pu apprécier de mieux dans ce module		

MERCI BEAUCOUP !!!

Évaluation de l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes. **Méthode :** Il s'agit d'une étude quantitative évaluative avant et après jeux de rôle. Nous avons utilisé la version française validée de la JSPE-MS comme outil de mesure. Le critère de jugement principal était l'évaluation du niveau d'empathie des étudiants avant et après les jeux de rôle. Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation avant et après jeux de rôle des trois dimensions de l'empathie, et de l'empathie et ses dimensions dans les sous-groupes suivants : femmes, hommes, étudiants les moins empathiques et étudiants les plus empathiques. Les analyses ont été faites par un test de Student en comparant les moyennes des scores JSPE-MS. **Résultats :** Nous avons obtenu 90 réponses. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative d'empathie avant et après les jeux de rôle. Nous observons le même constat pour les différentes dimensions. Il n'existe pas de différence d'empathie et de ses dimensions avant et après jeux de rôle chez les femmes et chez les hommes. On retrouve que l'empathie et sa dimension « *perspective taking* » sont améliorés de façon significative chez les étudiants les moins empathiques et à l'inverse diminués chez les étudiants les plus empathiques. **Conclusion :** Nous n'avons pas démontré l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration du niveau d'empathie des étudiants en médecine. Il semble cependant que les jeux de rôle soient bénéfiques aux étudiants les moins empathique et néfastes aux étudiants ayant déjà une empathie élevée.

Mots clés : Empathie, Relation médecin-malade, Formation, Étudiants en médecine, Simulation en santé, Jefferson Scale of Physician Empathy.

Evaluation of the effectiveness of role plays on improving the empathy of students in DFSAM1 at Paris Descartes.

Objective: The objective of this study is to evaluate the effectiveness of role plays on improving empathy of students in DFSAM1 Paris Descartes. **Method:** This is a quantitative evaluative study before and after role plays. We used the validated French version of the JSPE-MS as a measurement tool. The primary endpoint was the assessment of students' level of empathy before and after role plays. Secondary outcomes were pre- and post-role assessment of the three dimensions of empathy, and empathy and its dimensions in the following subgroups: women, men, least empathetic students and most students empathetic. The analyzes were done by a Student test by comparing the averages of the JSPE-MS scores. **Results:** We got 90 answers. We did not find any significant difference in empathy before and after the role plays. We observe the same observation for the different dimensions. There is no difference in empathy and its dimensions before and after role plays for women and men. We find that empathy and its perspective-taking dimension are significantly improved in the less empathic students and conversely decreased in the most empathic students. **Conclusion:** We have not demonstrated the effectiveness of role plays on improving the level of empathy of medical students. It seems, however, that role plays are beneficial to the least empathic and harmful students who already have high empathy.

Keywords : Empathy, Physician patient relation, Teaching, Medical students, Patient simulation, Jefferson Scale of Physician Empathy.

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