



HAL
open science

Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique

Camille Vadot

► **To cite this version:**

Camille Vadot. Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03199473

HAL Id: dumas-03199473

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199473>

Submitted on 15 Apr 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 2019

N°113

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année
de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique

Présentée et soutenue publiquement
le 5 septembre 2019

Par

Camille VADOT

Née le 09 juin 1991 à Lyon

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Aude Piot

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche, PU-PA Président

Mme. La Professeur Brigitte Ranque, PU-PH

Mme. La Docteur Céline Buffel Du Vaure, MCU

Remerciements

Je tiens à remercier vivement Dr Marie-Aude Piot d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir accompagnée, soutenue et apportée une aide précieuse tout au long de ce travail.

Un grand merci au Pr Partouche de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, après m'avoir transmis son intérêt pour la médecine générale. Merci au Pr Ranque et au Dr Buffel du Vaure d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à l'ensemble de l'équipe Empathie 5 d'avoir initié cette recherche passionnante et de m'avoir permis d'en faire partie : Pr Jaury, Dr Buffel du Vaure, Dr Jaunay, Madame Polomeni. Merci aux étudiants et enseignants qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre aux entretiens.

À mes parents. Mon père qui m'a accompagné chaque matin en P1, préservant mon sommeil et déjà persuadé qu'aujourd'hui arriverait. Ma mère, éternelle *bouma*, soutien sans faille qui m'a appris le souci de l'autre.

À Maude, Guillaume et Marine, mes sœurs et frère, mon socle, mes repères. Le chemin a été long et tortueux, merci d'avoir toujours été là. Je sais que nous continuerons loin encore (et haut, Mar !).

À Sarah, pour ta détermination, et parce que j'espère bien qu'on va continuer à chanter ensemble.

Merci à l'ensemble des médecins que j'ai pu croiser et qui m'ont inspiré. En particulier au Dr Bourges d'avoir cru en moi dès notre rencontre, j'espère que l'aventure sera encore longue.

À mes amis, d'ici et d'ailleurs. Aux Lyonnais, la distance n'y fait rien, vous êtes toujours là. Aux (néo-)Parisiens de m'avoir accueillie. Vous êtes et avez été une source d'air frais pendant toutes ces études, tant de bons moments passés ensemble et encore bien d'autres à venir.

TABLE DES MATIÈRES

<u>PARTIE 1 : INTRODUCTION</u>	7
<u>I/ Contexte</u>	7
<u>II/ Comprendre l'empathie : définitions et mesures</u>	10
1) Les origines de l'empathie.....	10
1.a. Apparition d'un concept.....	10
1.b. L'Einfühlung.....	10
2) Evolution du concept.....	11
2.a. Développements en psychologie.....	11
2.b. La définition de l'empathie par Décety.....	12
3) Une définition par opposition.....	13
3.a. De la sympathie.....	13
3.b. De la compassion.....	13
3.c. De la contagion émotionnelle.....	14
4) L'empathie clinique.....	14
4.a. La conception de Carl Rogers.....	15
4.b. Des modélisations multiples.....	16
5) Mesurer l'empathie.....	18
5.a. L'Interpersonal Reactivity Index.....	19
5.b. La Jefferson Scale of Physicians Empathy.....	20
5.c. Le Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy.....	22
5.d. La Consultation And Relational Empathy.....	23
6) Synthèse.....	23
<u>III/ Empathie, médecine et études médicales</u>	25
1) Les compétences des médecins.....	25
1.a. Le référentiel CanMEDS.....	25
1.b. Le DFASM : objectifs et compétences à acquérir.....	26
1.c. Les compétences du médecin généraliste.....	26
2) Les bénéfices de la relation empathique.....	28
2.a. La relation médecin-malade.....	28
2.b. « L'effet médecin ».....	30
2.c. Influence thérapeutique de l'empathie.....	32
3) Les déterminants de l'empathie.....	34
3.a. Les déterminants de l'empathie chez les médecins.....	34
3.b. Les déterminants de l'empathie chez les internes.....	36
4) L'empathie au cours des études médicales.....	37
4.a. L'empathie chez les étudiants en médecine.....	37
4.b. Evolution de l'empathie au cours des études médicales.....	39
5) Synthèse.....	42
<u>IV/ Développer l'empathie au cours des études de médecine</u>	43
1) Les enseignements de l'empathie.....	43
2) Le module de formation à la relation thérapeutique à l'Université Paris Descartes.....	44
3) L'apprentissage de l'empathie par la simulation.....	45
4) Les jeux de rôles : efficacité formatrice et perspectives de recherche.....	47

4.a. Théories et méthodologie des jeux de rôles.....	47
4.b. Efficacité des jeux de rôles pour le développement de l'empathie clinique.....	49
4.c. Perspectives de recherche.....	50
<u>V/ Problématique.....</u>	51
<u>PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE.....</u>	53
<u>I/ Équipe de recherche et de réflexion.....</u>	53
1) Caractéristiques personnelles.....	53
2) Relations avec les participants.....	53
<u>II/ Conception de l'étude.....</u>	54
1) Cadre théorique.....	54
2) Sélection des participants.....	54
3) Contexte.....	55
4) Recueil des données.....	55
<u>III/ Analyse des données.....</u>	57
<u>PARTIE 3 : RESULTATS.....</u>	58
<u>I/ Population.....</u>	58
<u>II/ Analyses.....</u>	59
1) Critère de jugement primaire : processus empathiques.....	59
1.a Les affects.....	59
1.a.1. <i>Prise de conscience des affects.....</i>	59
1.a.2. <i>Elaboration d'une empathie affective.....</i>	62
1.a.3. <i>Régulation des affects.....</i>	64
1.a.4. <i>Enrichissement de la mémoire épisodique.....</i>	65
1.b. La réflexivité.....	66
1.b.1. <i>Une prise de conscience par l'expérience du jeu.....</i>	66
1.b.2. <i>Le développement du questionnement par l'observation : une position extérieure active.....</i>	67
1.b.3. <i>Feedback de l'enseignant.....</i>	70
1.b.4. <i>L'élaboration théorique par le débriefing.....</i>	71
1.b.5. <i>Décalage avec le patient.....</i>	72
1.b.6. <i>Le groupe.....</i>	74
1.b.7. <i>Le décentrement sur le patient.....</i>	76
1.c. L'identification.....	79
1.c.1. <i>Identification au patient.....</i>	79
1.c.2. <i>Identification au médecin.....</i>	86
1.d. La subjectivation.....	87
1.e. Le transfert de la théorie vers la pratique.....	92
1.e.1. <i>Médiation entre théorie et pratique par le jeu.....</i>	92
1.e.2. <i>Anticipation.....</i>	94
1.e.3. <i>Obtenir des moyens d'agir.....</i>	96
1.e.4. <i>Attitude et savoir-être.....</i>	97
1.e.5. <i>Compétences relationnelles.....</i>	98
2) Critères de jugement secondaires : les facteurs soutenant ou limitant l'empathie.....	101
2.a. Le cadre pédagogique.....	101

2.b. L'institution.....	112
2.c. L'étudiant.....	115
1.d. Etre observé.....	119
<u>PARTIE 4 : DISCUSSION</u>	124
<u>I/ Résultats principaux</u>	124
1) Les affects.....	124
2) La réflexivité.....	124
3) L'identification.....	125
4) La subjectivation.....	126
5) Le transfert de la théorie vers la pratique.....	126
<u>II/ Analyse de la littérature</u>	128
1) Construction de l'empathie par les jeux de rôles : les composantes travaillées	128
2) Jouer le patient.....	129
3) Le feedback comme support de l'apprentissage de l'empathie.....	130
4) L'inversion des rôles au cours du jeu.....	131
5) Enseignement de techniques de communication ou de l'empathie.....	131
6) Théorie pédagogique et construction empathique.....	132
<u>III/ Forces et limites de notre étude</u>	133
1) Forces.....	133
2) Limites.....	133
2.1 Population.....	133
2.2. Méthodologie.....	134
<u>PARTIE 5 : CONCLUSION</u>	135
<u>ANNEXES</u>	
Annexe 1 : Guide d'entretien étudiants.....	136
Annexe 2 : Guide d'entretien enseignants.....	137
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	138

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Tableau 1</u> : Durée des entretiens.....	56
<u>Tableau 2</u> : Données socio-démographiques des étudiants.....	58
<u>Tableau 3</u> : Données socio-démographiques des enseignants.....	58
<u>Figure 1</u> : Sélection des étudiants.....	55
<u>Figure 2</u> : Processus de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles...60	
<u>Figure 3</u> : Facteurs de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles...102	

PARTIE 1 : INTRODUCTION

I/ Contexte

La santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Les soignants sont ainsi invités à considérer les patients dans leur globalité, en s'intéressant aussi bien aux données biomédicales que psycho-sociales et environnementales les concernant.

Définir l'empathie n'est pas chose aisée, et de multiples approches de ce concept ont été développées depuis sa première apparition, jusqu'à sa transposition dans le domaine médical en tant qu'empathie clinique. Malgré cette difficulté, il a été montré et admis qu'une relation empathique entre un médecin et un patient avait de réels bénéfices en termes thérapeutiques.

Les évolutions sociétales et médicales des dernières décennies ont transformé la relation entre médecins et malades : succession des réformes des systèmes de santé ; contraintes croissantes de temps qui pressurisent l'échange entre soignants et patients ; poids démographique des personnes âgées ; prévalence accrue des maladies chroniques ; complexifications et diversification des solutions thérapeutiques ; valorisation de l'autonomie des personnes soutenant une participation active aux soins ; démocratisation de l'information médicale par les médias, internet et la multiplication d'outils personnels de surveillance de la santé... [1,2].

Différentes études pointent certaines lacunes des médecins en matière de communication. Dans certains cas, les médecins surestiment la quantité d'informations transmise aux patients et sous-estiment leur désir d'information [2]. De plus, ils vérifient peu la compréhension qu'en ont eu les patients. Ils ne peuvent alors ni repérer, ni corriger, à l'origine de situations cliniques problématiques [2]. Le médecin comprend souvent mal les raisons pour lesquelles le patient le consulte [2-6]. Il accorde une importance trop négligeable au contexte de vie du patient et aux facteurs psychosociaux [2, 7, 8]. Les médecins eux-mêmes reconnaissent que la communication avec leurs patients est une des principales difficultés dans l'exercice de leur profession, notamment pour les patients atteints de maladie chronique et qui n'adhèrent pas aux soins [9]. La multiplication des blogs et forums de discussion de jeunes médecins

généralistes sur ce thème en est une illustration [10].

Il semble que les médecins adoptent plus souvent un style d'interaction où ils dominent les échanges, interrompent prématurément leurs interlocuteurs, posent des questions fermées et explorent peu les dimensions psychosociales des problèmes [2]. Concernant l'adhésion des patients aux soins, la non-observance varie entre 30 et 70 % selon les études [11-16]. Malgré la complexité des enjeux, la façon d'aborder et d'expliquer le diagnostic et le traitement jouent un rôle important [17]. Alors qu'en pratique pour une prescription médicamenteuse par exemple, les informations délivrées sont incomplètes, les réponses aux attentes et inquiétudes de patients également, et l'importance de l'adhésion souvent non abordée [18-21].

De surcroît, l'association entre les modalités de communication et le nombre de plaintes est aujourd'hui documentée. On estime que 70 à 80 % des plaintes des patients sont liées en bonne partie aux problèmes de communication : perception d'une attitude hautaine par le patient, échec d'échange d'information, manque d'attention... [5, 22, 23]. Une étude canadienne portant sur 3500 étudiants en fin d'internat a montré un risque significativement plus élevé de plaintes dans les 10 ans au collège des médecins pour les médecins terminant dans le dernier quartile aux épreuves de communication [24].

Dans les enquêtes de satisfaction de patient, c'est la communication qui reçoit le plus de critiques de la part des patients [25, 26, 27]. En santé mentale, le style de communication influe sur la capacité à détecter un problème [28]. Au cours d'une consultation de routine, un médecin ne détecte que 30 % des problèmes psychologiques [29]. Dans le domaine préventif, les interventions sont souvent superficielles et permettent rarement d'explorer les liens entre facteurs de risques et problématiques de santé [30]. En particulier, la discussion autour des habitudes de vie, supposant une adaptation au cas par cas, reste problématique, par manque de souplesse du style d'interaction du consultant et de l'organisation de la consultation [31].

Face à ce constat, un souci croissant des autorités médicales et politiques s'attache à valoriser la communication dans la relation médecin-malade. Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada l'a inscrit dans l'une des 7 compétences essentielles que doit maîtriser chaque médecin (avec l'expertise médicale, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme). Ce cadre de compétence continue de se développer [32] et s'étend dans le monde entier. En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des

malades et à la qualité du système de santé incarne ce souci [33].

Si l'on définit l'empathie clinique comme la capacité pour un médecin à comprendre, intellectuellement et émotionnellement, le patient, et à lui exprimer cette compréhension, capacité motivée par le souci du patient et laissant la place à la distinction par le médecin de ses propres émotions et de celles du patient, on comprend l'enjeu de former les étudiants en médecine à l'empathie. Bien qu'encore sujet de recherches, les interventions développées jusqu'ici visant à cultiver l'empathie chez les étudiants en médecine semblent atteindre leurs objectifs.

Inscrite dans un projet de recherche large s'intéressant à la formation à l'empathie proposée aux étudiants en médecine initié par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes, notre étude porte sur les processus et facteurs de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles des étudiants en quatrième année de médecine.

Nous situerons le contexte de ce travail théorique de ce travail dans une première partie. Nous tenterons d'embrasser le concept d'empathie depuis son apparition jusqu'à nos jours, afin d'en saisir le sens, la façon dont il est défini et sa transposition dans le domaine qui nous intéresse, le soin, ainsi que les possibilités de le mesurer. Nous nous pencherons ensuite sur l'implication qu'à l'empathie dans la relation médecin-patient et ce qui la détermine, chez les étudiants en médecine comme chez les médecins, avant d'enfin nous concentrer plus spécifiquement sur la formation à l'empathie au cours des études médicales.

Nous expliciterons ensuite notre étude, sa méthodologie et les résultats obtenus, que nous discuterons, afin d'entrevoir les perspectives de recherches ouvertes.

II/ Comprendre l'empathie : définitions et mesures

1) Les origines de l'empathie

1.a. Apparition d'un concept

Avant d'être nommée comme telle, la notion d'empathie est introduite dans la philosophie morale par David Hume afin d'appréhender l'intersubjectivité, par le biais de la sympathie. Sa pensée est ainsi résumée par Boulanger et Lançon [34] : « *Hume pense que nous avons originellement un lien d'ordre affectif ou émotionnel avec autrui, parce qu'il y a une transfusion possible des passions entre les hommes par la sympathie* ». Dans son *Traité de la nature humaine* (1739) il considère que les points communs que nous avons avec quelqu'un permettent de sympathiser plus facilement avec lui. De même Hume, parle d'un lien affectif originaire à l'autre, l'idée d'une innéité est présente ; d'une intersubjectivité primaire. C'est parce que nous nous construisons par et à travers autrui que nous pouvons comprendre les états émotionnels d'autrui, c'est parce que nous avons partagé un certain nombre de points communs, que nous pouvons saisir autrui dans sa différence et sa singularité [35].

Adam Smith, philosophe et économiste britannique, introduit le concept dans le domaine moral et social dans son œuvre *Théorie des sentiments moraux* (1759). [35]

Edmund Husserl affirme ensuite cette théorie en phénoménologie. Selon lui, le corps est l'instrument principal pour la capacité de partager l'expérience avec autrui et l'autre nous est indiqué en premier lieu par son corps, le corps d'une certaine conscience. C'est par analogie avec l'expérience de mon corps vécu que je peux percevoir le corps de l'autre non pas comme un corps doté d'esprit mais comme une personne semblable, un alter ego et non pas un objet, qui malgré la différence persistante, vise le même monde que moi. Husserl renouvelle ainsi la compréhension de l'empathie parce qu'il n'en fait pas le fondement de l'intersubjectivité, mais il fait de l'intersubjectivité le point de départ d'une intelligence de l'empathie [34].

1.b. L'Einfühlung

C'est au cours du XIX^{ème} siècle, en Allemagne, dans le domaine de l'esthétique, qu'apparaît le terme « empathie ». Le philosophe Robert Vischer décrit ainsi l'empathie sous le mot *Einfühlung*, littéralement « ressenti de l'intérieur », qui correspond à la relation d'une

personne à une œuvre d'art, lui permettant d'accéder à son sens. « *Initialement, il n'était donc pas question de « comprendre » les émotions d'autrui, mais d'un sentiment accompagnant la perception visuelle de la forme de tout objet possible* » [36].

En 1912, le philosophe Théodore Lipps intègre à l'empathie une dimension affective et l'étend à l'individu [37]. Il développe la théorie de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles, qui synthétise le concept de « résonance émotionnelle » : la perception chez l'autre d'une mimique me conduit à la reproduire par mimétisme et ainsi à expérimenter un éprouvé émotionnel qui correspond à l'affect éprouvé par autrui. L'empathie est une participation affective aux sentiments d'autrui [38]. Elle conduit à identifier l'autre à soi, avant de s'identifier à l'autre.

Le terme *Einfühlung* sera traduit en 1909 par le psychologue américain Edward Titchener par *Empathy*.

Développé ensuite dans différents domaines et notamment en psychologie, le concept d'empathie va progressivement évoluer et revêtir des aspects plus larges.

2) Évolution du concept

2.a. Développement en psychologie

Dès le début du XXème siècle, Sigmund Freud introduit le concept d'*Einfühlung* dans le domaine de la psychanalyse, ouvrant un débat quant au positionnement du thérapeute puisque l'identification associée à l'empathie et la projection qu'elle occasionne sur le patient viennent remettre en cause l'objectivité et la neutralité du statut du thérapeute [35].

Le concept d'empathie jusqu'ici recouvre une dimension affective, puisqu'il renvoie à l'expérimentation du vécu émotionnel de l'autre.

Le psychologue Robert Hogan en 1969, décrit l'empathie comme « *the intellectual or imaginative apprehension of another's condition or state of mind without actually experiencing that person's feelings* » [39]. Se basant sur les travaux de Mead, Cottrell et

Dymonds, il définit ainsi l'empathie cognitive, la capacité à comprendre les émotions de l'autre et de lui communiquer cette compréhension. « [...] *an empathic disposition can be regarded as the capacity to adopt a broad moral perspective, that is, to take "the moral point of view"*. » [39].

À la même époque, les psychologues Albert Mehrabian et Norman Epstein, s'opposant à l'approche cognitive de Dymonds dans ses travaux sur l'empathie, réaffirment sa dimension émotionnelle en la définissant ainsi : « *a vicarious emotional response to the perceived emotional experiences of others* » [40]. L'empathie affective revêt donc la capacité de réponse émotionnelle incluant le partage des émotions de l'autre.

2.b. La définition de l'empathie par Décety

Neurobiologiste et chercheur en neurosciences, Jean Décety définit l'empathie comme « *une capacité innée de percevoir et d'être sensible aux états émotionnels des autres, couplée avec une motivation pour se préoccuper de leur bien-être* » [42]. Pour lui, l'empathie est un concept multidimensionnel recouvrant des facettes affective, motivationnelle et cognitive :

– le partage affectif correspond à « *la capacité de partager l'état émotionnel d'autrui* ». Il intervient dans la communication non-verbale.

– la composante motivationnelle correspond au « *souci de l'autre* », « *la motivation à se préoccuper du bien-être d'autrui* »

– enfin l'empathie cognitive repose sur « *la capacité de prise de perspective* », il s'agit de se mettre intentionnellement dans l'esprit de l'autre afin de comprendre ce qu'il pense ou ressent. [42]

Pour Décety, l'empathie nécessite à la fois de se reconnaître en l'autre tout en ne se confondant pas avec lui : « *l'empathie n'implique pas seulement une réponse affective déclenchée par l'état émotionnel d'autrui. Elle nécessite également une compréhension minimale des états mentaux de cette personne. L'empathie est fondée sur notre capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi, mais sans confusion entre soi-même et l'autre. Par conséquent, une caractéristique essentielle de l'empathie réside dans la distinction entre soi et l'autre, et ce en parallèle avec l'expérience d'un partage affectif.* » [43].

Ainsi le concept d'empathie s'est progressivement élargi, d'un aspect très intuitif basé sur le vécu émotionnel vers l'intégration d'une composante cognitive importante, associée à des

aspects comportementaux et motivationnels. Tout en cherchant à décrire avec précision ce qu'est l'empathie, les différents auteurs ont bâti leur définition en opposition à ce qu'elle n'est pas.

3) Une définition par opposition

3.a. De la sympathie

Le premier concept, à partir duquel l'empathie a été envisagée mais dont elle s'est très vite distinguée dans la littérature est la sympathie.

La sympathie peut être définie par « *experiencing another person's emotions* » [43]. Selon les auteurs, cela s'oppose donc au fait de se représenter ou d'imaginer les émotions, tel que dans l'empathie. Cependant, la distinction entre la sympathie et la composante affective de l'empathie n'est pas toujours évidente. Un premier point de démarcation se situe dans la nature des deux concepts. L'empathie est une disposition intellectuelle tandis que la sympathie relève plutôt d'un état émotionnel [44]. Par ailleurs, au cours du processus empathique, la distinction entre l'autre et soi est maintenue quand elle se brouille au cours de la sympathie [44]. Ceci est souligné par Hojat, qui rappelle que l'empathie sert la compréhension de l'autre : « *Both concepts involve sharing, but empathetic physicians share their understanding, while sympathetic physicians share their emotions with their patients* » [45]. La sympathie, selon ces auteurs, pourrait conduire à un défaut d'objectivité de la part du praticien et il s'agit de trouver la bonne distance afin de maintenir une balance émotionnelle [45]. Selon Lauren Wispé, la séparation entre empathie et sympathie se situe dans l'objectif visé. Le partage émotionnel impliqué par la sympathie vise à soulager l'autre, quand la fin de l'empathie est de le connaître : « *Briefly, sympathy refers to the heightened awareness of another's plight as something to be alleviated. Empathy refers to the attempt of one self-aware self to understand the subjective experiences of another self. Sympathy is a way of relating. Empathy is a way of knowing.* » [46].

3.b. De la compassion

Empathie et compassion ont également souvent été associées au moment de définir l'empathie. La compassion est, selon le Larousse, un « *sentiment de pitié qui nous rend*

sensible aux malheurs d'autrui ; pitié, commisération. » [47]. De nouveau, c'est la capacité de différenciation entre soi et l'autre qui permet de discerner l'empathie de la compassion [44]. Le Pr Consoli rappelle : « *Cela n'a rien à voir avec l'apitoiement, et si l'on peut parler de « compassion », c'est au sens de partage d'une palette de sentiments. Cela n'est pas non plus synonyme d'une identification sans nuances, qui ferait perdre au médecin sa clairvoyance, en raison de l'anxiété ou du découragement ressentis en lieu et place du patient* » [48]. Il s'agit donc, lors du processus empathique, de ressentir une situation telle que l'autre la ressent tout en restant conscient qu'il s'agit de son expérience.

3.c. De la contagion émotionnelle

L'empathie se distingue également de la contagion émotionnelle, qui est de l'ordre du transfert d'émotion. Selon Daniel Favre, « *La contagion émotionnelle peut être considérée comme relevant d'un fonctionnement élémentaire, automatique, déjà affirmé chez l'animal, et donc peu susceptible de rendre compte du développement des capacités empathiques au cours de l'ontogenèse [...], là où la composante cognitive est la plus susceptible de s'affirmer. Réduire l'empathie à la contagion, c'est donc s'interdire tout à la fois la prise en compte des dimensions développementale et cognitive.* » [49]. Selon lui la contagion émotionnelle serait une « *composante mécanique* » de l'empathie à laquelle elle n'est pas limitée, dont la base neurophysiologique est expliquée par l'existence de « neurones-miroirs », mais qu'un sujet peut inhiber, évitant ainsi « *la confusion soi-autre* » [49]. C'est donc également la capacité de distinction entre soi et l'autre qui entre en jeu.

La définition progressive du concept d'empathie s'est donc fait aussi en opposition à la sympathie, la compassion et la contagion émotionnelle, et ce afin de poser les limites de l'empathie. Ceci est d'autant plus marqué au moment de définir l'empathie dans son application médicale à la relation médecin-patient, l'empathie clinique.

4) L'empathie clinique

Jusqu'à présent, par l'apport des travaux en psychologie et neurobiologie, l'on a pu entrevoir l'empathie comme un concept à plusieurs dimensions, intégrant la volonté de connaître l'autre, la compréhension de ses représentations et ses émotions en partageant ses ressentis, et

la transmission à l'autre de cette compréhension. Il s'agit donc d'une certaine façon d'interagir avec l'autre, d'entrer en relation avec lui. À la même époque, apparaît la description de l'empathie clinique, développé par le médecin lors de ses relations avec le patient.

4.a. La conception de Carl Rogers

L'un des premiers à travailler sur la relation thérapeutique est le psychologue humaniste américain Carl Rogers.

Tout au long de sa carrière, il développe sa conception de la relation : l'approche centrée sur la personne. « *L'approche centrée sur la personne s'appuie sur l'instinct d'accomplissement, ou tendance à l'actualisation, que possède tout organisme vivant et qui fait qu'il tend à croître, à se développer, à réaliser tout son potentiel. Elle fait confiance à l'élan vital qui conduit l'homme vers un développement plus complexe et plus complet. Elle se donne pour but de libérer cet élan vital.* » [50].

Selon Rogers, « le client » possède en lui des « capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et la manière de se conduire » [50], et le thérapeute, par une prise en compte de la totalité de sa personne, peut l'amener à accepter ses différentes facettes. Pour cela, le thérapeute doit adopter trois attitudes facilitatrices [51, 52] :

– la congruence : le thérapeute doit rester authentique, c'est-à-dire se connaître lui-même, s'accepter et reconnaître sa subjectivité, ses besoins et ses contraintes.

– le regard positif inconditionnel : il s'agit d'écouter et d'accueillir les paroles du patient sans jugement.

– la compréhension empathique : le thérapeute tente de se mettre à la place du patient, afin de comprendre son point de vue et les sentiments qui le traversent. Elle rend l'écoute active.

Son approche centrée sur la personne vise à développer une « relation d'aide » : « *On pourrait encore définir une relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources* » [53].

Au total, pour Carl Rogers, l'empathie consiste à « *rentrer dans le cadre de référence du patient, comprendre le ressenti et les pensées de l'autre de la manière la plus précise possible et exprimer cette compréhension dans un but thérapeutique en distinguant soi d'autrui* » [54]. On retrouve les différentes dimensions de l'empathie décrite plus haut, et l'importance de la distinction soi-autre.

4.b. Des modélisations multiples

En 1992, Morse [55] s'attache à analyser l'empathie dans le cadre de la pratique des soins infirmiers et ainsi de tester son adaptation du domaine psychologique aux soins.

Elle attribue alors à l'empathie quatre caractéristiques : affective, morale, comportementale et cognitive.

La caractéristique affective est « *la capacité à expérimenter subjectivement et à prendre part à l'état psychologique de l'autre, à ses émotions ou à ses sensations intérieures.* ».

La caractéristique morale est la « *force intérieure altruiste qui incite à la pratique de l'empathie* ».

La caractéristique cognitive est « *la capacité intellectuelle du thérapeute à s'identifier et à comprendre les sensations et la perspective d'une autre personne à partir d'une position objective.* ».

La caractéristique comportementale est la « *réaction par la communication pour exprimer la compréhension de la perspective de l'autre.* » [55].

En 2001, Coulehan reprend les dimensions cognitive, affective et comportementale pour définir l'empathie : « *In clinical medicine, empathy is the ability to understand the patient's situation, perspective, and feelings and to communicate that understanding to the patient* » [56]. Il insiste particulièrement sur l'importance de la dimension comportementale, imagée comme une « boucle de feedback positif ». Le praticien exprime sa compréhension, de façon verbale ou non-verbale, tout en vérifiant auprès du patient son exactitude, ce qui permet à la fois au patient de moduler et au praticien d'exprimer la volonté d'en savoir plus, renforçant ainsi leur connexion. [56]

Mercer et Reynolds, en 2002, définissent ainsi l'empathie clinique : « *Clinical empathy involves an ability to : (a) understand the patient's situation, perspective, and feelings (and their attached meanings); (b) to communicate that understanding and check its accuracy; and*

(c) *to act on that understanding with the patient in a helpful (therapeutic) way* » [57]. Ils ajoutent ainsi aux définitions précédentes une part d'action thérapeutique contenue dans l'empathie.

Pour Hojat, professeur de psychiatrie, l'empathie appliquée à une situation de soins est « *a cognitive attribute that involves an ability to understand the patient's inner experiences and perspective and a capability to communicate this understanding.* » [45]. Il insiste sur la prédominance de l'aspect cognitif de l'empathie par rapport à l'aspect affectif, en tant que conscience de la différenciation entre soi et l'autre, ce qui semble prévaloir de manière générale dans les définitions données de l'empathie clinique.

Dans une revue de la littérature de 2006, Stepien KA. et Baernstein A. intègrent quatre dimensions à l'empathie : « *The vernacular definition of empathy, understanding or appreciating how someone else feels, has been expanded in the clinical context to include emotive, moral, cognitive, and behavioral dimensions.* » [43]. Les quatre dimensions sont détaillées :

- (1) émotionnelle : la capacité à imaginer les émotions et représentations du patient
- (2) morale : les motivations internes du médecin à l'empathie, le désir d'être empathique
- (3) cognitive : la capacité intellectuelle à identifier et comprendre les émotions et représentations du patient
- (4) comportementale : la capacité à transmettre cette compréhension au patient.

Les auteurs insistent sur l'importance de combiner un engagement émotionnel à la compréhension intellectuelle du patient pour une empathie efficace. [43]

En 2011, Reniers attribue deux composantes, cognitive et affective, à l'empathie, en choisissant d'exclure la composante comportementale. L'empathie cognitive est « *the ability to construct a working model of the emotional states of others* » ; l'empathie affective est « *the ability to be sensitive to and vicariously experience the feelings of others* » [58]. Il insiste sur le fait que l'empathie affective implique une sensibilité à et une expérience des émotions de l'autre plutôt qu'un partage ou une connaissance de ces émotions. De nouveau la distinction entre soi et l'autre est au cœur de la définition.

Il apparaît difficile à la lecture de ces modélisations de l'empathie, malgré leurs points communs, d'en faire une synthèse. C'est le travail d'actualisation qui a été réalisé par Maury

[54] en 2018 à partir de ces définitions et des échelles d'empathie existantes. Il propose ainsi un modèle d'empathie clinique à trois composantes, combinées dans la relation thérapeutique :

– la compréhension, simultanément intellectuelle et affective, par l'observation (« lire le patient par le non-verbal et l'écoute du discours ») et par l'imagination (« prise de perspective d'autrui [...]. Elle est biaisée par les représentations, identifications et projections du médecin s'il n'en est pas conscient »)

– la sollicitude (ou bienveillance) : « une implication et un intérêt pour le patient ainsi qu'une capacité à l'exprimer », détaillés comme « la tendance à agir face à la détresse d'autrui », « la valorisation du bien-être psychique du patient » et « le langage verbal et non-verbal confortant qui traduit un lien thérapeutique »

– l'émotivité : « capacité à s'émouvoir précocement face à une situation réelle ou imaginaire, à identifier son vécu, à distinguer soi d'autrui et à réguler ses émotions ». [54]

Ce modèle met en lumière, outre la nécessité de compréhension du patient, la bienveillance et la régulation des émotions du soignant comme faisant partie intégrante de l'empathie.

Les définitions de l'empathie clinique sont multiples, ce qui s'explique par le caractère multidimensionnel de l'empathie. L'évolution et l'actualisation des modèles théoriques de l'empathie vont de pair avec le souci d'identifier pour la formation des étudiants en médecine les points d'apprentissage menant à l'instauration d'une relation thérapeutique empathique. Avant de s'intéresser plus particulièrement à cet aspect du soin, il convient de déterminer quels sont les moyens de mesurer l'empathie.

5) Mesurer l'empathie

L'empathie peut se mesurer selon trois perspectives :

– l'auto-évaluation (évaluation à la première personne), utilisant des questionnaires standardisés complétés par ceux qui sont évalués

– l'évaluation par le patient (évaluation à la deuxième personne), qui remplit un questionnaire évaluant l'empathie développée à son égard

– l'évaluation par un observateur (évaluation à la troisième personne), utilisant des questionnaires standardisés remplis par un observateur pour évaluer l'empathie au cours de l'interaction entre le personnel soignant et le patient, y compris lors de consultations avec des patients standardisés ou simulés [59].

En lien avec son aspect multidimensionnel, il existe un certain nombre d'échelles de mesures de l'empathie, la plupart évaluant soit l'empathie de façon globale, soit un aspect particulier. Parmi ces échelles, certaines visent à évaluer l'empathie dans la population générale et d'autres sont centrées sur l'empathie clinique.

La première échelle d'auto-évaluation à avoir été développée est la Hogan Empathy Scale (HES) en 1960, qui s'attachait à mesurer la dimension cognitive de l'empathie, selon la définition donnée par Hogan (voir plus haut) [39]. La validité et fiabilité de l'échelle a été testée par Hogan [39] puis a été remise en question par plusieurs auteurs [60].

Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) a ensuite été mis au point par Merhabian et Epstein. Il s'agit également d'une échelle d'auto-évaluation s'intéressant à l'empathie émotionnelle, telle que nous avons vu que ses auteurs définissaient l'empathie. [40]

Depuis, de nombreux autres instruments de mesures ont été développés, dont l'Interpersonal Reactivity Index (IRI), la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), le Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) et la Consultation And Relational Empathy (CARE).

5.a. L'Interpersonal Reactivity Index

L'IRI est une échelle d'auto-évaluation développée par Davis en 1980. Basée sur le postulat que l'empathie est un concept multidimensionnel, compris comme un ensemble de construits, reliés entre eux en ce qu'ils concernent tous la capacité de réponse aux autres, tout en étant clairement distincts les uns des autres. Elle mesure l'empathie dans la population générale.

L'échelle contient 28 items permettant de mesurer 4 sous-échelles, chacune décrivant l'un des aspects de l'empathie dans sa globalité.

La première sous-échelle est la « *perspective taking* », la tendance spontanée à adopter le

point de vue psychologique des autres.

La deuxième sous-échelle est la « *fantasy scale* », la tendance à se transposer par l'imagination à l'intérieur des ressentis et actions de personnages fictifs dans les livres, films, pièces de théâtre.

La troisième sous-échelle est le « *empathic concern* », évaluant les sentiments de sympathie et de souci orientés vers les personnes infortunées.

La quatrième sous-échelle est la « *personnal distress* », qui mesure les sentiments internes d'anxiété personnelle ou de mal être dans les situations d'interactions tendues [61].

Dans une étude ultérieure, Davis a montré l'association entre ces quatre sous-échelles et cinq construits de la relation : les compétences sociales/fonctionnement interpersonnel, l'estime de soi, l'émotivité, la sensibilité aux autres et l'intelligence. [61]

Par ailleurs, il montre dans cette étude l'association entre ces quatre sous-échelles et les échelles de mesures utilisées antérieurement pour évaluer de façon distincte les dimensions cognitive et affective de l'empathie : la HES (dimension cognitive) et le QMEE (dimension affective). C'est la sous-échelle de « *perspective taking* » qui semble la plus fortement liée à la HES, et le plus faiblement au QMEE. Au contraire, les sous-échelles de « *fantasy scale* » et « *empathic concern* » sont fortement liées à l'échelle de Merhabian et Epstein et moins à la HES. Ces résultats soutiennent l'hypothèse d'un modèle multidimensionnel de l'empathie. [61]

La version française de l'IRI a été validée par une étude en 2013 [62].

5.b. La Jefferson Scale of Physicians Empathy

La JSPE est une échelle d'auto-évaluation développée par Hojat au début des années 2000, s'attachant à mesurer spécifiquement l'empathie clinique selon sa définition. Son objectif était d'obtenir un instrument de mesure qui puisse servir à appréhender l'empathie dans un contexte de soins, aussi bien des soignants que des étudiants en cours de formation. [63]

La JSPE contient 20 items. Dans sa version originale, elle a été conçue pour mesurer l'inclination et l'attitude des étudiants envers l'empathie des médecins (Student ou S-version). Une version modifiée a été développée pour mesurer l'empathie des médecins et professionnels de santé (Health Professional ou HP-version), en adaptant le vocabulaire utilisé

dans les questions.

L'étude de la validité interne de l'échelle, réalisée par Hojat [63], reposant sur une analyse factorielle, a identifié trois facteurs, retrouvés aussi bien chez les étudiants que chez les médecins et en utilisant la S-version ou la HP-version :

- « *perspective taking* », c'est le facteur le plus important (10 items), il s'agit de la capacité à comprendre le patient et sa famille ;
- « *compassionate care* », évalué par 8 items, qui recouvre l'attention portée au patient, sans se laisser influencer par son expérience personnelle ;
- « *standing in the patient's shoes* », la capacité à se mettre à la place du patient, évaluée par 2 items [64].

La validité et la fiabilité de la JSPE ont été établies dans une revue de la littérature [59]. La validité de la JSPE a également été établie dans une étude ayant testé sa corrélation avec la Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPE), développée pour évaluer la perception des patients de l'empathie de leur médecin [65].

Hojat a analysé ensuite la corrélation entre la JSPE et l'IRI sur une population d'étudiants en médecine [64]. Les deux échelles ont montré une association statistiquement significative pour les scores globaux d'empathie. Pris individuellement, les trois facteurs de la JSPE sont associés au score global de l'IRI, mais c'est la « *perspective taking* » et le « *compassionate care* » qui sont associés le plus fortement. Ces deux facteurs sont également statistiquement associés à la « *perspective taking* », à l'« *empathic concern* » étudiés individuellement, et de façon plus modeste à la « *fantasy* », mais pas avec le « *personal distress* », moins associé au contexte de soins.

Cette corrélation a été confirmée par une étude multicentrique ultérieure réalisée sur une large population d'étudiants [66].

La JSPE a été traduite dans de nombreuses langues. Sa version française a été validée en 2012.

5.c. Le Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

Le QCAE est une échelle d'auto-évaluation développée récemment par Reniers, afin de mesurer les dimensions cognitive et affective de l'empathie dans la population générale, selon sa définition déjà exposée. Il part du constat que les définitions de l'empathie, et par conséquent les instruments de mesure disponibles, ne sont jusqu'à présent pas assez précis. Pour construire son échelle, il a repris des items provenant de quatre échelles développées et validées, afin d'explorer de façon plus poussée les deux dimensions de l'empathie.

L'échelle contient 65 items explorant 5 composants identifiés lors des analyses. Les premier et troisième facteurs évaluent la dimension cognitive de l'empathie, et les trois autres sa dimension affective.

(1) « *perspective taking* », impliquant de « *intuitively putting oneself in another person's shoes to see things from his or her perspective* »

(3) « *online simulation* », consiste en « *an effortful attempt to put oneself in another person's position by imagining what that person is feeling* »

(2) « *emotion contagion* », définit par « *the automatic mirroring of the feelings of others* », qui semble relever de réactions spontanées

(5) « *proximal responsiveness* », appréhende « *the responsiveness aspect of empathic behavior, illustrated by the affective response when witnessing the mood of others in a close social context.* », il pourrait correspondre à des sentiments de sympathie, comme une réponse à l'expérience empathique de vouloir apporter du soutien, du réconfort

(4) « *peripheral responsiveness* », qui rejoint le cinquième composant, mais dans un contexte détaché, par exemple la réponse émotionnelle devant un film. [58]

La fiabilité et la validité du QCAE ont été testées et établies par Reniers, sur la base d'une conceptualisation de l'empathie bidimensionnelle [58].

Ces résultats ont été remis en cause depuis par des auteurs qui, en même temps qu'ils ont

validé une version traduite en français du QCAE, ont montré que cette échelle mesurait plutôt un modèle d'empathie à cinq dimensions, basé sur les cinq composants identifiés par Réniers, plutôt qu'un modèle bidimensionnel, les deux dimensions supérieures, cognitive et affective, définies par Réniers, ne supportant pas les analyses de corrélation entre facteurs.[60]

5.d. La Consultation And Relational Empathy

La CARE est une grille d'hétéro-évaluation par le patient, conçue par Mercer avec un double objectif : refléter le point de vue des patients, et ce, dans un contexte médical.

Les analyses préliminaires ont permis de créer une grille à 10 items explorant les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux de l'empathie, tels que décrits par Mercer et Reynolds et explicités plus haut. [67]

La validité de la grille CARE a été démontrée par Mercer dans une étude ultérieure réalisée sur un large échantillon de 3044 patients ayant consulté chez 26 médecins généralistes, situés dans des zones socio économiquement très variées. Cette étude a permis d'affirmer la pertinence de la grille CARE pour mesurer l'empathie des médecins généralistes dans un contexte de consultations de la vie quotidienne. [68]

La fiabilité et les validités internes et externes ont été depuis démontrées également dans une revue de la littérature, qui retient la grille CARE comme étant la seule échelle de mesure à la deuxième personne ayant prouvée sa force. [29]

La validité de la grille CARE a également été attestée pour son utilisation chez les étudiants en médecine, dans le cadre de consultations avec des patients simulés [69].

Il existe donc un large choix d'instruments de mesure de l'empathie et nous n'avons pas pu tous les présenter. Nous retiendrons particulièrement, pour l'évaluation de l'empathie clinique, la JSPE et la grille CARE, étant les deux échelles ayant montré le plus de force [29], étant particulièrement adaptées au contexte de soins et ayant été étudiées aussi bien pour les professionnels en exercice que pour les étudiants en formation.

6) Synthèse

L'exploration des origines du concept de l'empathie et de son évolution progressive nous ont

permis de mesurer la difficulté de théoriser ce concept du fait du caractère multidimensionnel qui lui a progressivement été attribué.

Transposée dans le contexte du soin, l'empathie clinique revêt des spécificités liées à la relation particulière qui se développe entre un soignant et un patient. La dimension cognitive semble prendre le pas sur l'aspect affectif, et certains auteurs complètent sa théorisation par une composante comportementale, comme un feedback indispensable du soignant envers le patient. Le repérage précoce de ses propres émotions par le professionnel de santé ainsi que la séparation nette qu'il conserve entre le patient et lui-même différencient l'empathie de la sympathie, la compassion et la contagion émotionnelle.

De nombreux outils d'évaluation de l'empathie ont été développés, permettant une analyse plus ou moins globale du concept, dont certains adaptés spécifiquement à la situation de soins, qui nous intéresse plus particulièrement, et pour des étudiants.

Nous allons maintenant envisager la place de l'empathie en médecine et dans les études médicales.

III/ Empathie, médecine et études médicales

1) Les compétences des médecins

Avant d'aborder plus spécifiquement les interactions entre empathie, formation et exercice de la médecine, nous allons nous intéresser aux compétences nécessaires.

Le terme « compétence » est communément défini en France par « *la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation* » [70]. Il s'agit plus précisément d'un « savoir agir » modulable, adaptable (non figé), pour aborder une situation. Elle est le résultat de la combinaison (savoir mobiliser, savoir combiner et savoir transposer) de différents types de ressources internes et externes (savoirs, savoir-faire, qualités personnelles, ressources de l'environnement) en vue de résoudre une situation problématique. [71]

1.a. Le référentiel CanMEDS

Elaboré par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (CRMC) du Canada au cours des années 1990, le référentiel CanMEDS définit les compétences nécessaires dans tous les domaines de l'exercice de la médecine, afin d'établir les fondements généraux pour la formation et la pratique de la médecine au Canada. Il est actuellement le référentiel le plus largement reconnu et adopté dans le monde. [72]

La version actuelle du CanMEDS, datant de 2015, décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuves, qui s'articulent autour de sept rôles :

- Expert médical
- Communicateur
- Collaborateur
- Leader
- Promoteur de la santé
- Érudite
- Professionnel [32].

Ce référentiel crée un cadre pour la formation médicale initiale et continue, et intègre à la formation des jalons de compétences.

1.b. Le DFASM : objectifs et compétences à acquérir

Le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) est le deuxième cycle des études médicales, qui a pour objectif l'acquisition de compétences génériques qui permettront à l'étudiant d'exercer les fonctions hospitalières ou ambulatoires de troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront. [73]

Au cours des trois ans de DFASM, les étudiants en médecine doivent acquérir sept compétences :

- communicateur
- clinicien
- coopérateur
- membre d'une équipe soignante pluri-professionnelle
- acteur de santé publique
- scientifique
- responsable au plan éthique et déontologique

Il est également précisé que les étudiants doivent apprendre à faire preuve de réflexivité. [73]

La formation théorique est complétée par des stages hospitaliers et en médecine générale. Ce dernier a notamment pour objectif « *d'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale* » [73]

Les objectifs de formation des étudiants en médecine de deuxième cycle, théorique et en stage, intègrent donc aux savoirs scientifiques et cliniques des compétences relationnelles, communicationnelles et de réflexivité, introduisant ainsi dans la pratique professionnelle un aspect empathique.

1.c. Les compétences du médecin généraliste

Parmi les différentes spécialités médicales, les compétences spécifiques du médecin généraliste ont été définies, et ce à plusieurs niveaux.

À l'échelle européenne, la WONCA Europe (World Organization of National Colleges,

Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), branche européenne de cette organisation mondiale des médecins généralistes, a décrit en 2002 les onze caractéristiques de la médecine générale ainsi que le rôle et les compétences des médecins généralistes. Ces caractéristiques sont intégrées dans six compétences fondamentales :

- « 1. *La gestion des soins de santé primaires*
2. *Les soins centrés sur la personne*
3. *L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes*
4. *L'approche globale*
5. *L'orientation communautaire*
6. *L'adoption d'un modèle holistique* » [74]

En France, un référentiel métier et compétences en médecine générale décrit, à partir d'un travail de synthèse et d'analyse de référentiels locaux, nationaux ou internationaux, les huit compétences du médecin généraliste : les soins primaires, le raisonnement spécifique, la prise en charge globale, la structure et les outils d'exercice, l'aspect relationnel, le rôle de santé publique, la compétence clinique, l'axe professionnel. [71]

Au cours du troisième cycle des études médicales, la formation des internes de médecine générale est basée sur un apprentissage par compétence, reposant sur la « marguerite des compétences ». Ainsi, l'étudiant doit acquérir six compétences. [75]

Au centre de la marguerite se trouve l'« Approche centrée patient, relation, communication », qui correspond à la « *Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients* » [75].

Autour, les quatre pétales représentent l'« Approche globale, complexité », les « Premiers recours, urgences », la « Continuité, suivi, coordination des soins » et l'« Éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire ».

Enfin, englobant le tout, le « Professionnalisme » soit la « *Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient* » [75].

De la formation à la pratique médicale, la relation et la communication sont intégrés aux compétences exigées des médecins, tant au plan national qu'international. Si l'on insiste sur ces aspects comme indispensable au professionnalisme c'est que la relation empathique influence directement la qualité des soins.

2) Les bénéfices de la relation empathique

2.a. La relation médecin-malade

La relation médecin-malade constitue le cadre dans lequel va se dérouler le soin. Cette relation très particulière, qualifiée de « colloque singulier », sous-tend un climat de confiance, d'écoute, d'aide et d'échange mutuels, librement consentis, afin de parvenir à un objectif selon un contrat souple, adapté et évolutif.

Les représentations du médecin sur son propre rôle, sa pratique, le patient, sa connaissance de lui-même et de ses émotions d'une part, et les représentations du patient sur sa maladie, la médecine, le médecin et son rôle d'autre part sont importants à prendre en compte dans cette relation. De même le cadre, le déroulé de la consultation – de l'entretien à la délivrance (ou non) de l'ordonnance – en passant par l'examen physique. [76]

Les modèles de la relation médecin-patient ont évolué. Au départ, un mode de relation paternaliste qui repose sur une relation asymétrique entre le médecin-sachant et le patient demandeur de solution. Le patient est soumis au médecin qui prend seul les décisions.

L'apport de Carl Rogers et de l'Approche centrée sur la Personne, que nous avons déjà détaillée, amène à décentrer la consultation de la plainte du patient afin de l'envisager de façon globale, de prendre en compte ses ressentis et, par la reformulation, d'en assurer d'une compréhension exacte. L'objectif étant d'arriver à un changement de comportement décidé par le patient lui-même, ayant été amené à identifier ses problématiques et ses forces.

Actuellement, le modèle a évolué vers une relation plus horizontale entre médecin et patient, aboutissant à une prise de décision médicale partagée. Cela consiste en un processus en trois phases :

– un apport d'information par le médecin, qui se doit de présenter les bénéfices et les risques de l'ensemble des options thérapeutiques selon des données scientifiques récentes et validées

- un temps de délibération avec le patient, visant à l'aider à faire émerger ses préférences, en fonction de ses valeurs et de son contexte de vie
- la prise de décision finale. [77]

Vanotti, psychiatre, décrit dans *L'empathie dans la relation médecin-malade*, le rôle du médecin, qui d'après lui peut être vu de deux manières différentes :

« Deux conceptions s'opposent dans la définition du rôle du médecin :

- celle du médecin efficace, imperturbable, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité ;
- celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, à son histoire. » [78].

D'après lui, les médecins préférant l'approche objective du patient et de sa maladie pensent que ceux qui cultivent le modèle empathique sont trop impliqués émotionnellement, au risque de ne pas pouvoir toujours prendre les décisions qui s'imposent. Au contraire, les partisans d'une médecine plus humaniste pensent que sans empathie on ne connaît pas son patient et on ne peut donc pas prendre les bonnes décisions. Il s'agit donc de ne tomber, ni dans une médecine trop techniciste, ni dans une psychologisation excessive. Et c'est au médecin que revient la responsabilité, au cours de la consultation, d'articuler les aspects techniques de la pratique médicale à la gestion de la relation et notamment des phénomènes empathiques permettant la connaissance du patient. [78]

De son côté, Louis Velluet, médecin généraliste et analyste, a identifié trois espaces dans lesquels peut se situer la relation entre un médecin et un patient. Les espaces peuvent évoluer d'une consultation à l'autre, en fonction du patient, du médecin et de la pathologie [76]. Ils varient d'un espace primaire, où le patient est en régression et a besoin qu'on choisisse pour lui, jusqu'à un troisième espace d'autonomisation et d'intégration, où le médecin est facilitateur de l'émergence du sens du symptôme et des affects d'un patient autonome, en passant par une « espace transitionnel ». En adaptant sa distance au patient, le rôle du médecin est d'identifier où se situe le patient et idéalement de l'amener progressivement au dernier espace. [79]

La relation médecin-malade, relation particulière et intersubjective, évolue en fonction de la considération faite du patient et du rôle donné au médecin au sein du colloque singulier.

D'une approche centrée-maladie à une approche centrée-patient, d'une pratique médicale technique et experte à une vision humaniste de l'exercice du soin, cela influence directement le lien qui se développe entre les deux acteurs de la relation. Nous allons voir maintenant comment le médecin, par son attitude et sa gestion de ses rapports avec le patient, peut avoir un effet bénéfique thérapeutique.

2.b. « L'effet médecin »

Les évolutions de la relation médecin-patient doivent beaucoup aux travaux de Michel Balint. Psychiatre et psychanalyste hongrois, il a, après la seconde guerre mondiale, cherché à améliorer la relation entre le médecin et le patient, en utilisant mieux les ressources qu'elle offre à des fins thérapeutiques. *« Si le médecin pose des questions selon la technique de la prise d'une anamnèse il obtiendra toujours des réponses et rien d'autre. La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. À mesure qu'il découvrira en lui cette capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, le médecin commencera à écouter un même type de langage chez lui. »* [80]. Balint ouvre ainsi la relation à des espaces de psychothérapie.

Pour lui, la personne du médecin a un rôle thérapeutique à jouer, c'est ce qu'il appelle le « remède médecin » : *« Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. »* [81]. Le médecin doit donc « se prescrire » et peut ainsi avoir des effets thérapeutiques positifs comme négatifs.

En outre, Balint oppose le « diagnostic focal », centré sur la plainte du patient, au « diagnostic approfondi », qui tient compte du patient dans sa globalité, son histoire, sa famille, son environnement social et affectif. Le médecin adapte ainsi sa réponse aux particularités du patient, cherchant à trouver une issue à la « confusion des langues » (du médecin et du patient). Il défend l'idée d'une responsabilité professionnelle plutôt qu'une dilution des responsabilités. [80]

Balint décrit la relation complexe qui existe entre le médecin et le patient. Les symptômes sont une « offre du malade » et le traitement une « réponse du médecin ». Des expériences communes se forment lors de leurs rencontres, des souvenirs, des sensations corporelles, des émotions qui permettent au médecin d'approcher le monde intime du patient et d'enrichir les

capacités thérapeutiques de la relation. [80]

Il s'agit en somme pour le médecin d'ajouter aux savoirs scientifiques et techniques une bonne connaissance de lui-même, de sa personnalité et de ce qu'il représente, et du patient dans sa globalité ainsi que la compréhension du rapport qu'il entretient avec sa maladie. La relation peut alors devenir en elle-même thérapeutique.

Si l'implication du médecin dans sa relation avec le patient est reconnue comme ayant un effet thérapeutique, par l'empathie, l'écoute active, la réassurance, l'attention, l'encouragement, etc., l'on peut se demander quelle efficacité thérapeutique a réellement cet « effet médecin » ? C'est la question que se sont posés les auteurs de la revue de la littérature *Efficacité thérapeutique de l'« effet médecin » en soins primaires* [82]. Ils ont cherché à répertorier les études de bons niveaux de preuve qui permettaient d'expliquer les facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin en soins primaires pour ensuite déterminer ces facteurs et enfin entrevoir les enjeux en termes de formation et de recherche.

Les onze études qu'ils ont répertoriées, étudiant l'efficacité des facteurs liés au médecin, qu'ils ont présentées selon la conception de DiBlasi et *al* [83], leur ont permis de distinguer deux types de soins et d'interventions selon l'aspect « cognitif » ou « émotionnel ». L'intervention « soin cognitif » est centrée sur l'explication, orale ou écrite, et une influence positive a pu être observée. L'intervention « soin émotionnel » fait intervenir les capacités relationnelles et les attitudes médicales qui font partie du savoir-être et du savoir-faire. Les études qui mesuraient l'effet d'une intervention « cognitivo-émotionnelle » montraient une amélioration de la communication, de la satisfaction et de la connaissance de la maladie des patients, une amélioration significative subjective de l'état de santé et du statut fonctionnel du patient, sans différence en termes de temps de consultation. Dans des études évaluant ce type d'intervention cognitivo-émotionnelle contre une intervention contrôle plus générale (information sur l'étiologie, la prévalence, la surveillance), auprès de patients atteints d'hypertension artérielle ou de diabète, cette intervention a permis d'obtenir une diminution significative des chiffres de pression artérielle diastolique et de l'HbA1c. Les démarches éducatives et stratégies de conseils avaient également une efficacité. [82]

Les auteurs ont identifié comme facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique des médecins en soins primaires : l'approche centrée sur le patient, l'approche globale, l'effet médecin, la communication non-verbale, les représentations mentales de la maladie, de sa thérapeutique et du thérapeute, et la croyance dans l'effet thérapeutique. [82].

2.c. Influence thérapeutique de l'empathie

On a vu que le médecin avait une action thérapeutique, notamment par ses capacités relationnelles. Quelle est plus spécifiquement le rôle de l'empathie dans cet effet thérapeutique du médecin ?

En 1991, la conférence de Toronto sur la communication médecin-patient a fait état des problématiques existantes : 54 % des plaintes et 45 % des préoccupations des patients n'étaient pas entendues par les praticiens, les problématiques psychosociales et psychiatriques n'étaient pas diagnostiquées dans 50 % des cas, dans 50 % des consultations, médecin et patient n'étaient pas d'accord sur la nature du problème principal. L'anxiété et l'insatisfaction des patients provient d'un manque d'information ou de feedback de la part du médecin, quand les médecins de leur côté perçoivent mal le type d'information souhaité par le patient. Rappelant l'importance de la communication dans la relation thérapeutique, et les enjeux en termes de formation des étudiants, la conférence propose des points d'attention pour le médecin, dans la communication :

- Encourager les patients à discuter de leurs préoccupations sans interruption ou coupure prématurée
- Faire expliciter par le patient leurs perceptions de la maladie, ainsi que leurs ressentis et leurs attentes
- Se former à l'écoute active et à l'empathie, l'utilisation appropriée des questions ouvertes, les résumés, la clarification et la négociation d'un plan de soins sont autant de facteurs positivement associés au recueil quantitatif et qualitatif d'informations, tout comme la vérification de la compréhension du patient et de son implication et l'apport d'informations claires
- Promouvoir l'acquisition de ces compétences lors des études, à la faculté et à l'hôpital. [84]

À la suite de cette conférence, une revue de la littérature [85] a été effectuée afin de déterminer si la qualité de la communication médecin-patient avait un effet bénéfique sur la santé du patient. La qualité de la communication, que ce soit lors du recueil de l'histoire du patient ou lors de la discussion autour du plan de soins, influençait l'état de santé du patient : bien-être émotionnel, résolution des symptômes, fonctions, mesures physiologiques (pression artérielle, niveau glycémique), contrôle de la douleur.

Une étude ultérieure a montré l'effet de l'empathie du médecin sur la satisfaction et la compliance du patient [86]. À partir d'un hétéro-questionnaire, rempli par des patients coréens, mesurant l'empathie selon ses dimensions cognitive et affective ainsi que leur satisfaction et leur compliance. Les résultats montrent que la démonstration d'empathie cognitive de la part du médecin amène à un meilleur échange d'informations, ce qui accroît la perception de l'expertise du médecin, et l'empathie affective, à l'établissement d'un partenariat, qui elle améliore la confiance interpersonnelle. L'ensemble de ces variables avait des effets sur la satisfaction et la compliance des patients, et c'est notamment l'aspect de partenariat et la perception de la dimension affective de l'empathie qui ont obtenu les meilleurs résultats. Ainsi, la perception par le patient d'empathie chez le médecin améliore son suivi des recommandations et prescriptions établies par ce dernier, sa confiance en lui et son appréciation.

Si l'empathie implique notamment la compréhension du patient, des auteurs se sont intéressés à l'association entre une amélioration de la compréhension par les médecins des représentations des patients vis-à-vis de leur diabète et leur implication dans les soins. Les auteurs montrent que l'amélioration de la compréhension par le médecin des représentations du patient quant à l'aspect chronique du diabète est associée à deux comportements de soins : le suivi du régime diététique et la surveillance glycémique. Une meilleure appréhension par le médecin des représentations du patient concernant le contrôle du diabète par le traitement permettait également de favoriser le suivi du régime. [87] L'empathie vient ici favoriser chez le patient des actions directes pour sa santé et son implication dans la prise en soins.

Récemment, une revue de la littérature s'est intéressée à l'efficacité de l'empathie en médecine générale sur un certains nombres d'aspects de la consultation [88]. Il s'avère que l'empathie était corrélée à :

- l'amélioration de la satisfaction et de l'adhérence du patient
- la diminution de l'anxiété et de la détresse du patient
- un meilleur jugement clinique et diagnostique (recueil d'informations d'ordre psychologique et social, meilleur équilibre biologique en terme de LDL et HbA1c chez des patients diabétiques, diminution de la durée des symptômes du rhume)
- une plus grande implication du patient, ainsi qu'un changement en rapport avec la plainte et le bien-être (capacité à faire face à la vie et la maladie, confiance du patient envers sa santé, capacité à s'aider eux-mêmes). [88]

Cette revue apporte des preuves empiriques de l'effet des aspects humains de l'interaction médecin-patient en pointant certaines conséquences directes d'une attitude empathique du soignant sur la santé du patient, aussi bien dans les aspects cliniques que comportementaux et émotionnels.

Ainsi, au sein de la relation qui unit un médecin et un patient, le médecin a un important rôle thérapeutique à jouer, et notamment par son attitude empathique qui va directement influencer l'état de santé du patient. L'intérêt de la relation empathique étant démontré, il s'agit maintenant d'explorer quels sont les déterminants de l'empathie.

3) Les déterminants de l'empathie

Étudier les déterminants de l'empathie nous paraît, à ce stade et dans le cadre de notre étude, pertinent puisqu'il s'agit de comprendre les conditions, liées aux personnes et au cadre de travail, qui favorisent ou inhibent l'attitude empathique. Puisque l'on a vu que l'empathie avait toute sa place et même un rôle dans la relation thérapeutique, l'idéal serait que cette relation soit en chaque occasion empathique. Quels sont les facteurs qui déterminent la possibilité d'un processus empathique chez les médecins ?

Les déterminants de l'empathie dans la relation médecin-patient ont été étudiés chez les médecins en exercice et chez les internes.

3.a. Les déterminants de l'empathie chez les médecins

Pour commencer, les critères sociodémographiques des médecins ont été évalués comme potentiels déterminants de l'empathie.

Hojat [45], a évalué l'empathie en fonction du genre. Il retrouvait une tendance à une empathie plus élevée chez les femmes que chez les hommes, sans différence statistiquement significative. Ces résultats étaient similaires sur une population de médecins italiens [91]. Dans deux études ultérieures visant à valider la JSPE chez les étudiants en médecine au Japon [89] et en Corée [90], la comparaison entre les genres montrait une différence cette fois statistiquement significative avec un niveau d'empathie plus élevé chez les femmes. Carmel, dans une étude visant à étudier les facteurs favorisant ou freinant un comportement empathique chez les médecins, ne trouvait pas de différence entre les genres [92].

Dans l'étude de Hojat [45], l'âge n'est pas un facteur corrélé au niveau d'empathie, alors que Carmel retrouve un niveau plus élevé d'empathie chez les médecins plus jeunes et ayant moins d'années de pratique [92].

Dans sa thèse *Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique* [77], le Dr Buffel du Vaure a exploré les déterminants de l'empathie clinique en corrélant les données sociodémographiques des médecins généralistes incluses dans l'étude au niveau d'empathie clinique de ces médecins mesuré notamment par la JSPE dans sa version française. Ainsi, à la dimension « Prise de perspective » étaient associés un niveau socio-professionnel plus bas et le fait de suivre ou d'avoir suivi une psychothérapie. À la dimension « Compréhension émotionnelle » était associé le fait d'être en couple. Aucune variable n'était associée à la dimension « Se mettre à la place du patient ». Le genre et l'âge n'avait pas de corrélation avec le niveau d'empathie dans l'étude, non plus que les autres facteurs liés à la formation, ni le nombre d'années d'exercice ou le type de pratique [77].

La spécialité d'exercice semble corrélée au niveau d'empathie des médecins. Carmel retrouve plus de praticiens empathiques parmi les populations incluses de pédiatres et de médecins généralistes que de chirurgiens [92]. Chez Hojat [45], ce sont les psychiatres qui obtiennent le plus haut score d'empathie, suivis par les médecins généralistes/internistes, les pédiatres, les urgentistes et les médecins de famille.

Carmel a également étudié les profils de personnalité corrélés aux niveaux d'empathie (élevé, moyen, bas). Il conclut : « *The combination of these results indicates that the personality profile of the CEP [Compassionate-empathic physicians] is of a person with high self-esteem, with the potential for cognitive empathy, a person who feels more at ease in emotional situations, and who has pro-social, non-stereotypic attitudes towards patients.* ». Il est à noter que les résultats du groupe de praticiens avec un bas niveau d'empathie ne sont pas l'exact inverse, comme l'on pourrait s'y attendre. Par exemple, la courbe reliant le niveau d'estime de soi au niveau d'empathie est incurvée, avec un haut niveau d'estime de soi lié aux deux niveaux extrêmes d'empathie et un bas niveau d'estime de soi pour un niveau moyen d'empathie [92].

En parallèle, la corrélation entre burnout et empathie a été mesurée en soins primaires, et une association négative a été retrouvée entre les deux [93] et confirmée par une revue de la littérature récente [94]. Zenasni évoque trois hypothèses possibles à ce lien de corrélation

négalif entre empathie et burnout. La première est que le burnout serait responsable d'une baisse du niveau d'empathie, en ce qu'il conduit à une attitude de dépersonnalisation, de déshumanisation des interactions sociales. Le burnout induit un comportement de retrait de la part des médecins, instaurant distance et protection vis-à-vis de leur patient afin de restaurer leur balance psychologique et leurs ressources internes. La deuxième hypothèse est que l'empathie favoriserait le burnout en amenant à une « fatigue compassionnelle » ou un « épuisement émotionnel » liés à la nécessité d'une attention intense et d'une écoute empathique. Ceci interviendrait si c'est la dimension affective de l'empathie qui est privilégiée. En revanche, une posture empathique optimale pourrait protéger du burnout les praticiens en apportant une forme de satisfaction au travail et en donnant du sens à leur pratique. C'est la troisième hypothèse de Zenasni. L'empathie supposant également de la réflexivité chez les soignants, repérer les émotions négatives et accepter les retours négatifs pourraient leur permettre de se protéger du stress et du burnout [93].

3.b. Les déterminants de l'empathie chez les internes

Les déterminants de l'empathie chez les internes ont été étudiés de façon qualitative lors du travail de thèse du Dr Joubert *Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale* [95]. Parmi les déterminants identifiés, on retrouve :

- Des facteurs liés à la personnalité de l'interne, certains étant des traits de personnalité stables (intelligence pratique, attention, sensibilité, patience et optimisme sont positivement associés à une attitude empathique, distance, angoisse et fait d'être extraverti le sont négativement) et certains étant des états variables. Ainsi le stress, la fatigue, la tristesse, les préoccupations et problèmes personnel, le burnout et les besoins physiologiques et neurophysiologiques influencent négativement l'empathie quand l'humeur joyeuse, le calme, l'épanouissement vont intervenir positivement sur l'attitude empathique.
- Des facteurs liés au patient : un patient agréable, intéressé ou fragile suscite plus d'empathie qu'un patient agressif, demandeur, plaintif ou marginal. Les patients passifs suscitent les deux types de réactions.
- La situation clinique joue également sur l'empathie. Le type de pathologie influence de manière positive (cancer, souffrance) ou négative (hystérie), la gravité de la maladie suscite l'empathie, au contraire une situation d'incompréhension avec le patient la diminue. De même

les conditions de travail (cadre, ambiance, contraintes organisationnelles, charge de travail, moment de la journée...) viennent influencer la mobilisation de l'empathie. [95]

Le lien entre le bien-être et l'empathie a été documenté chez les internes [96]. Dans cette étude, les internes qui avaient un haut niveau de bien-être mental étaient également ceux qui avaient les meilleurs résultats pour l'empathie (mesurée à l'aide de l'IRI).

Dans une autre étude, réalisée auprès d'étudiants américains en quatrième année de médecine, un lien négatif entre burnout (mesurée par la MBI) et l'empathie (mesurée par la JSPE-S) a été mis en évidence [97]. Plus précisément, parmi les trois sous-échelles de la MBI, les scores de celle de l'« épuisement émotionnel » et de la « dépersonnalisation » étaient négativement corrélés aux scores d'empathie, avec un bas niveau d'empathie chez ces étudiants, tandis que ceux de la sous-échelle « accomplissement personnel » l'étaient positivement [97]. En gardant en tête qu'il s'agit d'une population d'étudiants en médecine et non de médecins en exercice, ces résultats pourraient appuyer les hypothèses formulées par Zenasni concernant le rapport entre burnout et baisse de l'empathie.

Un certain nombre de facteurs entre en jeu dans la possibilité de mobilisation d'empathie chez les médecins comme chez les internes. Afin d'explorer plus spécifiquement l'empathie chez les étudiants en médecine avant l'internat, population qui nous intéresse particulièrement dans ce travail, plutôt qu'une revue centrée sur les déterminants de l'empathie, nous allons nous intéresser à son évolution au cours des études.

4) L'empathie au cours des études médicales

4.a. L'empathie chez les étudiants en médecine

Pour commencer, intéressons-nous à la vision qu'ont les étudiants en médecine de l'importance de l'empathie et des facteurs favorisant ou inhibant leurs capacités d'empathie. Tels étaient les objectifs d'une étude qualitative menée en Norvège auprès d'étudiants de troisième année, soit l'année des premiers stages et contacts avec des patients [98]. Cinq aspects ont émergé de la description par les étudiants du rôle du médecin et de l'influence que peut avoir l'apprentissage de ce rôle sur leur empathie.

(1) Le travail autour de l'empathie était vu par les étudiants comme l'une des composantes de l'apprentissage du professionnalisme, dans le sens de développer une bonne distance émotionnelle avec le patient et de ne pas être trop empathique. La question de la bonne distance à mettre en place envers le patient reste en suspens, certains étudiants soulignent l'importance de conserver une distance afin de rester professionnel, d'autres craignent de perdre en compréhension du patient en s'en éloignant trop.

(2) Les étudiants ont souligné l'existence selon eux de règles pour les médecins entourant la régulation des émotions. Ainsi, ils citent l'interdiction de pleurer devant un patient, l'apprentissage au cours des études d'exprimer différemment ses émotions envers les patients qu'ils ne le feraient dans un contexte non professionnel, certaines attitudes ne sont pas permises, tenir la main d'un patient par exemple, voire explorer ses émotions.

(3) Le contrôle des émotions était un autre aspect important pour les étudiants, dans le sens de refouler ou supprimer ses émotions au cours de la consultation. Beaucoup d'étudiants pointaient comme leurs émotions et réactions émotionnelles avaient changé depuis le début de leur formation.

(4) Les étudiants soulignaient l'importance du savoir biomédical, qui prédomine sur la gestion des aspects émotionnels de la consultation, ceux-ci pouvant interférer avec le raisonnement rationnel. Pour certains, l'empathie est importante mais ils s'inquiètent d'avoir le temps de l'inclure dans leur consultation. D'autres pointent la difficulté de tout faire en même temps, le biomédical et la communication.

(5) Certains étudiants décrivent, dans leur recherche de distance, leur utilisation du cynisme comme stratégie de coping, de contrôle émotionnel. [98]

Ces résultats suggèrent une priorisation par les étudiants, influencés par la formation qu'ils reçoivent, des savoirs à acquérir avec une primauté donnée aux savoirs biomédicaux sur les compétences relationnelles. Ils expriment une forme de désarroi sur la possibilité de « tout faire en même temps », d'inclure aussi bien des compétences scientifiques et relationnelles dans leurs interactions avec les patients et choisissent de faire passer le savoir en premier. Ces résultats témoignent également d'une stratégie de défense établie par les étudiants en réaction aux situations auxquelles ils sont exposés, plus ou moins de nouveau incluant des réactions personnelles et des choses entendues ou observées dans leur formation. La recherche de la distance semble importante pour eux et diverses stratégies sont alors développées.

Dans une autre étude qualitative phénoménologique britannique [99], les auteurs ont interrogé des étudiants en médecine sur leur expérience d'empathie. Il en ressort que la plupart des étudiants définissait l'empathie en insistant sur la différence avec la sympathie. Conscients de

l'importance de comprendre les émotions des patients et volontaires pour adopter une attitude empathique, les facteurs qu'ils identifiaient comme barrière pour faire preuve d'empathie étaient les contraintes temporelles qui s'imposent aux médecins, leurs réticences à embrasser le point de vue des patients et la personnalité du médecin et celle du patient.

Sur un versant quantitatif, le genre et la spécialité semblent influencer l'empathie des étudiants [100, 101]. Les femmes étaient significativement plus empathiques que les hommes, et les étudiants qui s'orientaient vers des spécialités orientées vers la personne (en premier lieu la médecine générale/médecine de famille) l'étaient plus que ceux qui envisageaient une spécialité technique ou n'étaient pas encore décidés.

4.b. Évolution de l'empathie au cours des études médicales

Un point particulièrement étudié en ce qui concerne l'empathie des étudiants en médecine est son évolution au cours de leur formation, point qui a soulevé certaines controverses.

Partant du constat déjà documenté que les étudiants en médecine font preuve de plus en plus de cynisme au cours de leur cursus de formation, Hojat montre, dans une première étude datant de 2004, une décroissance, modeste mais statistiquement significative, du score global d'empathie sur la JSPE-S entre le début et la fin de la troisième année chez des étudiants en médecine aux États-Unis - la troisième année, étant aux USA, la première année durant laquelle les étudiants sont en contact avec des patients au cours de stages - qui est donc le début de leur apprentissage clinique [102].

Il a ensuite réalisé une seconde étude, afin de déterminer exactement l'évolution de l'empathie au cours des études de médecine. Dans cette étude longitudinale, il a distribué aux étudiants de deux promotions (2002 et 2004) une JSPE-S à remplir avant le début de leur première année puis à la fin de leur première, deuxième, troisième et quatrième année de formation. Il a ainsi montré que le score moyen d'empathie chez les étudiants en médecine reste stable jusqu'à la fin de la deuxième année, puis qu'une baisse, cette fois-ci importante, du score moyen d'empathie survient lors de la mesure effectuée en fin de troisième année. Le score moyen reste bas en fin de quatrième année. Les résultats en sous catégories suggèrent que cette tendance se vérifie aussi bien chez les femmes que chez les hommes et quelle que soit la spécialité envisagée [103].

Les résultats étaient identiques dans une autre étude, menée également aux États-Unis [101].

Les auteurs ajoutent que les étudiants ayant un niveau initial d'empathie élevé semblent moins perdre en empathie que ceux avec un niveau initial d'empathie plus bas.

Ces résultats ne se sont pas vérifiés dans une population d'étudiants portugais [104].

Dans une étude plus récente [105], également située aux États-Unis, l'empathie des étudiants a été testée simultanément par la JSPE-S et le QCAE. Si les résultats montraient un déclin significatif de l'empathie mesurée par la JSPE-S, en revanche, testée avec le QCAE, le score global d'empathie augmentait de manière significative, ainsi que le score pour chaque sous-partie de l'échelle en-dehors de « online simulation ».

Le QCAE ayant été conçu pour la mesure de l'empathie générale, la question est de savoir si son utilisation est appropriée pour mesurer l'empathie dans un contexte spécifiquement médical [106].

Colliver, dans une revue de la littérature de 2010 [107], exprime son désaccord avec les résultats des études de Hojat et des autres auteurs qui concluaient à la même tendance au déclin de l'empathie chez les étudiants en médecine ou autres professions de santé et chez les internes, notamment pour des questions de méthodologie des études screenées. D'après les résultats de cette revue, le déclin d'empathie est très faible et n'a que peu d'implication théorique ou pratique, et l'on ne peut conclure à une responsabilité de la formation médicale. Par ailleurs, la différence est pour lui magnifiée par l'utilisation de moyennes plutôt que de sommes. Il relève un biais dans la participation des étudiants, qui décroît d'année en année. Enfin, l'utilisation d'auto-questionnaires ne reflète pas forcément la perception des patients.

Dans une revue de la littérature ultérieure [108], Neumann a de nouveau retrouvé un déclin significatif de l'empathie au cours des études médicales, en particulier au moment du cursus où les étudiants débutent leur formation clinique.

Elle s'est attachée également à expliciter les raisons de ce déclin. Outre les facteurs dont nous avons déjà pour certains discutés (la spécialité envisagée, le début de l'expérience clinique face aux patients, le burnout, la mauvaise qualité de vie, la dépression), elle décrit plus particulièrement les facteurs de détresse en lien avec ce que nombre d'auteurs nomment le « curriculum caché » (il s'agit de l'influence des expériences vécues à l'hôpital, des échanges et des observations d'attitudes) :

– la maltraitance par les supérieurs ou les mentors (harcèlement, humiliation, rabaissement, dégradation, discriminations spécifiques),

- la vulnérabilité : régression des valeurs idéalistes, enthousiastes et humaines au moment de la confrontation avec la réalité clinique et la priorisation des aspects techniques et objectifs sur les aspects humains de la médecine,
- le soutien social : manque de soutien de la part des pairs, diminution des contacts familiaux,
- la charge de travail importante, qui ne laisse que peu de place à la relaxation [109].

D'autres facteurs en lien avec le « curriculum formel/informel » sont décrits (le curriculum formel correspond à la formation théorique dispensée par la faculté et le curriculum informel aux enseignements acquis par interactions entre pairs ou avec les chefs à l'hôpital) :

- les courts séjours des patients, qui réduisent le temps d'interaction médecin-patient
 - un environnement de travail peu propice : études mal structurées, apprentissages « au lit du patient », infantilisation des étudiants
 - inadéquation de la réalité avec l'image idéalisée du médecin dispensée par les médias.
- À cela pourrait s'ajouter le sentiment d'appartenance à une élite de la part des étudiants en médecine, qui impliquerait de leur part une prise de distance vis-à-vis des patients [106].

Les raisons du déclin de l'empathie au cours des études ont également été explorées de façon qualitative auprès d'étudiants britanniques à la fin de leur première année d'apprentissage clinique [107]. La plupart ont identifié une « érosion éthique » au cours de leur cursus et chez leurs collègues. Les raisons perçues par les participants à l'étude et invoquées étaient :

- le temps limité passé avec le patient, du fait d'un trop grand nombre de patients et de tâches à gérer
- le niveau de stress lié à la pression et l'environnement du travail
- les variabilités inter-spécialités
- la charge de travail
- les moyens de défense, tel que l'humour parfois inapproprié, employés contre un éventuel engagement émotionnel
- leur propre perception et leur position dans la société, comparée à celle des patients, voire leurs jugements envers les patients. [107]

Interrogés [99], les étudiants en médecine ayant expérimenté une diminution de leur niveau d'empathie au cours de leur formation l'attribuaient à « *la pression du métier* » plus qu'à leur passage à la faculté de médecine. Ils évoquent la charge émotionnelle des situations cliniques rencontrées. Ce qui a pu en conduire certains à traiter les patients comme « *des cas* »

intellectuels plutôt que des personnes ». Dans la même étude, d'autres étudiants pointaient plutôt une amélioration de leurs capacités empathiques par l'apprentissage d'une meilleure gestion de leur réponse empathique au fur et mesure de l'accumulation d'expérience clinique et de situations avec des patients.

Pas encore médecin mais plus tout à fait profane, pour la première fois mis face à la réalité clinique, l'étudiant en médecine est à une période de son cursus qui semble cruciale au regard de son empathie.

5) Synthèse

L'empathie dans son application spécifique aux relations entre un médecin et un patient, l'empathie clinique, fait pleinement partie des compétences exigées des médecins, et est incluse dans les compétences à acquérir au cours du DFASM par les étudiants en médecine en France.

Une écoute et une attitude empathique de la part des médecins ont démontré leur efficacité dans la relation thérapeutique, aussi bien en termes de diagnostic que de satisfaction et d'adhérence du patient, ainsi que pour diminuer stress et anxiété chez ce dernier.

Cependant, la capacité d'empathie des médecins, en exercice ou en formation, ne va pas forcément de soi. Un certain nombre de facteurs, objectifs et subjectifs, déterminent la possibilité pour eux de mobiliser leurs ressources empathiques. En parallèle, les étudiants, dont l'identité médicale est en construction, ont une approche de l'empathie qui leur est propre et il a été décelé chez eux un déclin du niveau d'empathie au cours de leur cursus.

Il apparaît ainsi qu'un enjeu important de la formation médicale est de s'assurer que les étudiants acquièrent et développent des capacités d'empathie. Les déterminants de l'empathie et l'attention particulière accordée à l'empathie des étudiants en médecine sont autant d'indices des points d'intérêt ou de vigilance auxquels une telle formation doit répondre.

IV/ Développer l'empathie au cours des études de médecine

1) Les enseignements de l'empathie

Plusieurs méta-analyses ont été conduites afin de déterminer les méthodes efficaces pour cultiver l'empathie chez les étudiants en médecine [43, 110, 111]. Ces méthodes ont été classées selon le type d'interventions : l'enseignement des compétences de communication, notamment par l'analyse de séquences audio ou vidéo d'entretiens étudiant-patient avec feedback et l'apprentissage de techniques de communication en petits groupes [112], la médecine narrative [113], les ateliers d'écriture réflexive, le théâtre, l'apprentissage par l'expérimentation, jusqu'à l'expérimentation de la position de patient au cours d'hospitalisation de 24 à 36 heures, les groupes d'échange d'expérience, les groupes Balint [114].

Ces méthodes ont montré une amélioration significative du niveau d'empathie pré-/post-test, ce qui est encourageant quant à l'intérêt de les inclure dans la formation médicale. En fonction des méthodes, les auteurs ont mis en avant leur utilité pour développer des compétences relationnelle ou émotionnelle.

Plusieurs insuffisances sont cependant à noter, afin de poursuivre la recherche sur ce sujet. Il convient de garder à l'esprit que les études ont mesuré le niveau d'empathie à l'aide d'auto-questionnaires, la JSPE en particulier, qui reflètent un niveau d'empathie déclaratif par les personnes concernées, sans qu'une corrélation avec des questionnaires basés sur une évaluation par des patients n'ait été recherchée. L'évaluation post-test a été systématiquement réalisée rapidement après l'intervention et l'on manque de données évaluatives de l'empathie à long terme. Enfin, ces études suggèrent l'efficacité des méthodes éducatives pour développer l'empathie mais peu d'essais cliniques randomisés, contrôlés et multicentriques afin d'en affirmer ont été réalisés afin d'en affirmer l'efficacité.

Parmi ces différentes méthodes, nous allons nous intéresser plus particulièrement au cours de notre étude à l'utilisation de la simulation comme outil de développement de l'empathie.

2) Le module de formation à la relation thérapeutique à l'Université Paris Descartes

Un module de formation à la relation thérapeutique a été construit à l'Université Paris Descartes, destiné aux étudiants de quatrième année de médecine (DFASM1). D'une part parce que le début de l'externat à l'Université Paris Descartes confronte les étudiants aux réalités de leur futur métier du fait des premiers contacts avec les patients en stages hospitaliers. D'autre part à cette période, les étudiants restent encore raisonnablement disponibles face à la préparation de l'ECN.

L'objectif de cet enseignement était de développer les compétences relationnelles et communicationnelles (savoir-faire et savoir-être) propices à une relation médecin-malade au service du soin en utilisant différentes techniques pédagogiques. Les approches pédagogiques ont été diversifiées pour potentialiser l'apport de ce module :

- 2 cours magistraux
- 8 séances de supervision par groupes type Balint
- 3 jeux de rôles
- 2 stations d'ECOS (Examens Cliniques Objectifs Structurés) avec patients acteurs.

Cet enseignement a été initié par deux cours magistraux de sensibilisation à la relation, à l'écoute, à l'empathie, à la distance thérapeutique, aux projections simultanées des médecins et patients, et aux impacts personnels qui influent sur la relation. Les cours suivants ont été faits en petits groupes afin de favoriser l'investissement personnel de chaque étudiant.

Huit séances de groupes de Formation à la Relation Thérapeutique d'inspiration balintienne, de une heure et demi chacun, ont été étalées sur l'année. Ils permettent aux étudiants d'élaborer rétrospectivement en groupe la rencontre avec les patients lors des stages cliniques. Les effets de cette rencontre ont été petit à petit explicités, notamment dans leurs aspects psychoaffectifs (mouvements projectifs, identificatoires, transféro-contre-transférentiels, repérage des représentations et croyances...).

Trois séances de jeux de rôles de une heure et demi chacun, entre janvier et mai de l'année universitaire, ont permis aux étudiants de jouer tantôt le médecin, tantôt le patient. Ils ont traité les trois scénarios suivants : annonce d'une mauvaise nouvelle ; gestion d'un patient dit réticent ; gestion des demandes dites abusives.

Enfin, une évaluation formative au décours a été faite lors d'ECOS comprenant deux stations cliniques avec patients simulés (acteurs professionnels). Le feedback était alors assuré par les

patients eux-mêmes, supervisée par l'enseignant qui a assuré la formation aux jeux de rôle.

3) L'apprentissage de l'empathie par la simulation

La simulation en santé 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 soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.* » [115].

Inaugurée dans les années 1960 aux États-Unis, la simulation permet l'acquisition d'un « savoir-faire technique », mais aussi d'un « savoir-être », par « *l'expérimentation de situations relationnelles complexes entre le patient, son entourage et les différents acteurs du soin amenés à collaborer* » [116]. Bien au-delà de la « *simple pratique d'un geste et de la mise en œuvre d'un comportement* », elle permet « *à l'étudiant d'appréhender un environnement proche de la réalité, d'en comprendre la complexité et de mener une réflexion sur ses propres pensées, actions, émotions, ainsi que sur celles des autres* » [116]. Elle permet de travailler un vaste registre de compétences individuelles cognitives, affectives et psychomotrices, jusqu'à des compétences relationnelles et interdisciplinaires complexes (McGaghie et al. 2009, Kardong-Edgren et al. 2010). Lieu privilégié des transferts entre savoirs codifiés et savoirs expérientiels, elle permet d'optimiser l'ingénierie pédagogique, favorisant une réutilisation ultérieure des apprentissages en contexte professionnel [117]. Au décours de scénarios de complexité croissante planifiée, les temps de débriefing permettent l'explicitation des représentations cognitives des apprenants : l'accès aux conceptions erronées rend possible une rétroaction explicite [118]. Par ce travail de verbalisation à voix haute suscité par des interventions adéquates, des stratégies cognitives et métacognitives de haut niveau taxonomiques sont sollicitées [119].

Une revue de la littérature récente menée par la Society for Simulation in Healthcare [120] propose une synthèse narrative de l'apprentissage de l'empathie par la simulation. Elle suggère que la simulation pourrait être une méthode appropriée pour enseigner l'empathie aux étudiants en Santé.

Les auteurs se sont ensuite penchés sur les méthodes de simulation utilisées dans les études incluses, afin de déterminer les mécanismes potentiels qui pourraient promouvoir

l'apprentissage [120]. Ils en ont identifié deux :

- « *Being a health professional* » : les méthodes requièrent de l'étudiant de simuler le professionnel de santé, et ont généralement pour objectif le développement de compétences de communication. Il s'agit le plus souvent d'interactions avec un patient simulé ou au cours d'un jeu de rôles entre pairs ;
- « *Being a patient* » : ces méthodes amènent l'étudiant à simuler le patient, au cours de jeux de rôles, de simulations d'hallucinations auditives et de jeux autour de la négociation en étant un patient âgé.

En ne retenant que les résultats des neuf ERC inclus, supposés meilleurs pour évaluer l'efficacité d'une intervention, les trois ERC qui ne montraient pas de différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle comprenaient une intervention qui consistait uniquement à « *being a health professional* ». En revanche, les quatre ERC qui contenaient l'intervention « *being a patient* », en permanence ou au moins en partie du temps de la simulation, montraient une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Les techniques de simulation paraissent ainsi des méthodes efficaces pour développer l'empathie ou un comportement empathique chez les étudiants en profession de santé. Plus particulièrement, les méthodes offrant la possibilité aux étudiants de, selon les mots d'Hojat, « *standing in the patient's shoes* », semblent les plus bénéfiques.

Ces résultats sont nuancés, n'étant pas universels, et semblent dépendre aussi bien du type d'intervention, que de la définition utilisée de l'empathie et l'échelle de mesure choisie en conséquence.

Au sein des études incluses, trois ERC ont comparé les différentes méthodologies de simulation. L'un d'entre eux suggérait qu'il était plus efficace d'avoir recours à des patients simulés qu'à des patients virtuels. Deux ERC indiquaient une supériorité des jeux de rôles sur le recours à des patients simulés et l'utilisation de mannequins [120].

Kneebone [121], en 2005, a décrit une approche théorique de l'apprentissage par la simulation, orientée pour l'apprentissage de procédures cliniques, qui a été reprise pour la formation communicationnelle. Cette théorie est basée sur quatre critères d'évaluation de la simulation :

« 1. *Simulations should allow for sustained and deliberate practice in a safe environment and that simulations ensure skills are consolidated and aligned with other curricula activity*

2. *Simulations should provide access to expert tutors who are available only when needed*
3. *Simulations should map on to real life clinical experience*
4. *Simulation-based learning should provide a supportive, motivational and learner-centred environment* » [121]

4) Les jeux de rôles, efficacité formatrice et perspectives de recherche

Répondant au critère évoqué d'avoir l'opportunité de se mettre dans la peau du patient, les jeux de rôles entre pairs sont une méthode de simulation largement utilisée pour l'acquisition de connaissances, de compétences et d'attitudes dans de nombreux domaines.

4.a. Théorie et méthodologie des jeux de rôles

En 1989, Van Ments définit les jeux de rôles comme : « [...] *one particular type of simulation that focuses attention on the interaction of people with one another. It emphasises the functions performed by different people under various circumstances. The idea of role-play, in its simplest form, is that of asking someone to imagine that they are either themselves or another person in a particular situation. They are then asked to behave exactly as they feel that person would. As a result of doing this they, or the rest of the class, or both, will learn something about the person and/or situation. In essence, each player acts as part of the social environment of the others and provides a framework in which they can test out their repertoire of behaviours or study the interacting behaviour of the group.* » [122].

Le jeu de rôles est donc pleinement inclus dans les méthodes de simulation et l'apprentissage est intégré dans un contexte social et d'interdépendance entre les étudiants.

Les jeux de rôles appliqués à la formation des étudiants en médecine à la communication ont été étudiés et des recommandations édictées par Nestel et Tierney [123].

Dans un contexte de travail centré sur la relation médecin-patient, les jeux de rôles peuvent varier, d'un scénario partiellement ou entièrement écrit à l'avance, à des fiches descriptives du rôle que l'étudiant va jouer exclusivement (soit le patient, soit le médecin), ou encore utiliser des cartes de rôles afin d'insérer de nouvelles informations. On peut intervertir les rôles entre les joueurs au sein d'un même scénario, afin de leur faire gagner en prise de perspective, ou substituer progressivement aux joueurs des observateurs.

Les jeux de rôles comme méthode éducative reposent sur plusieurs théories, en plus de celle citée plus haut de Kneebone sur la simulation, et en premier lieu l'apprentissage par l'expérience (« experiential learning ») [123].

Kolb et Fry [124] décrivaient ainsi quatre « environnements d'apprentissage » dans leur théorie de l'apprentissage par l'expérience : « *Affectively-oriented (feeling), symbolically-oriented (thinking), perceptually-oriented (watching), behaviourally-oriented (doing)* ». Deux tâches sont comprises dans chacun de ces quatre environnements : « *grasping* » (expérience concrète et conceptualisation abstraite) et « *transforming* » (réflexivité et action). Selon eux, l'apprentissage est amélioré si les étudiants sont encouragés à utiliser les quatre environnements, qui se retrouvent dans des jeux de rôles structurés avec un débriefing.

Une autre théorie structurant les jeux de rôles est celle de Knowles, qui répertorie des principes associés à la formation auprès d'adultes [125]. L'étudiant doit avoir un besoin d'apprentissage, être dirigé par lui-même, avoir des expériences diverses, être disposé et motivé à apprendre, et l'apprentissage doit être centré sur un problème.

Enfin, les jeux de rôles reposent sur les travaux de Schon à propos de la pratique réflexive [126]. Celui-ci explique que les professionnels, quand ils sont confrontés à des événements ou des problèmes inattendus, répondent par la réflexivité en action (« *reflexing-in-action* ») ou ensuite par la réflexivité sur l'action (« *reflecting-on-action* »). La première décrit le processus par lequel le professionnel fait appel à son répertoire d'expériences afin de donner du sens au problème, de le placer dans son propre champ de référence, pour pouvoir trouver la meilleure solution et anticiper ses conséquences. La deuxième reflète une réflexion rétrospective, en particulier après un débriefing, quand la discussion a pu amener le professionnel à élargir sa base d'expérience et ainsi son répertoire.

Ayant ainsi décrit théoriquement et méthodologiquement des jeux de rôles, Nestel et Tierney ont interrogé des étudiants en médecine de première année à propos de leur expérience de jeux de rôles employés dans le but d'acquérir des compétences pour un entretien centré-patient. Ils s'intéressaient à leurs ressentis sur la validité des jeux de rôles et sur les aspects aidant ou entravant l'efficacité des jeux de rôles dans un but d'acquisition de compétences communicationnelles. L'analyse des réponses des étudiants leur a permis de dégager des recommandations synthétisées dans le tableau 8 « *Guidelines for effective use of role-play to develop patient-centred interviewing skills* » [123] :

- « – *State clear aims and objectives about task and roles*
- *Create roles that reflect real experiences and appropriate levels of challenges*
- *Relate the role-play to the broader contexts in which students are learning*

- *Acknowledge potential difficulties in role-play*
- *Emphasise the importance of social interactions for learning*
- *Provide sufficient time for preparation for roles*
- *Highlight benefits from playing all roles*
- *Use structured feedback guidelines – explore interviewers’ feelings, identify effective skills and those that require development, seek feedback from interviewer and « patient », achieve a balance in what has worked and what needs development*
- *Respond to student preferences for working with friends*
- *Write reflections on the experience*
- *Ensure tutors are enthusiastic*
- *Provide opportunities for debriefing*
- *Summarise experiences*
- *Use audiovisual recording devices for playback » [123]*

4.b. Efficacité des jeux de rôles pour le développement de l’empathie clinique

Nous avons vu, à la lecture des résultats de la revue de la littérature de la Society for Simulation in Healthcare [120], que les jeux de rôles semblaient être une méthode efficace pour le développement de l’empathie.

Ces résultats proviennent d’un essai clinique randomisé contrôlé réalisé par Bosse et al [127] dans lequel ils ont comparé l’utilisation de patients standardisés et de jeux de rôles entre pairs chez des étudiants en médecine, dans deux groupes distincts contre un troisième groupe « contrôle ». Les mesures des capacités de communication ont été réalisées par auto-questionnaires et par la Calgary-Cambridge-Observation-Guide Checklist au cours d’ECOS. Chacun des deux groupes « Patients standardisés » et « Jeux de rôles entre pairs », individuellement comparé au groupe « contrôle », avait des niveaux de communication significativement plus élevés. Comparés ensuite entre eux, les résultats étaient significativement plus élevés dans le groupe « Jeux de rôles entre pairs » que dans le groupe « Patients standardisés », et ce grâce à de meilleurs résultats dans le sous-domaine « *understanding of parents’ perspective* » (la simulation se jouait dans un contexte pédiatrique de relation médecin-parents).

Plusieurs facteurs pouvant expliquer l’intérêt particulier des jeux de rôles sont discutés :

- l’expérimentation du rôle du patient permettant d’apprécier et de ressentir la place du

patient

– l'échange des rôles entre le médecin et le patient a permis aux étudiants d'expérimenter les deux côtés de la relation et de prendre conscience des ambiguïtés du rôle de leur partenaire dans la communication

– le débriefing structuré, reposant sur l'utilisation de questionnaires par les observateurs.

4.c. Perspectives de recherche

Les jeux de rôles apparaissent ainsi comme une méthode efficace dans l'objectif de développer les compétences communicationnelles des étudiants en médecine. Leur méthodologie relativement simple, demandant peu d'organisation et d'investissement économique, permet de les intégrer facilement au sein du cursus de formation des étudiants.

Le support théorique des jeux de rôles, ainsi que les observations réalisées lors des études quantitatives, permettent de formuler plusieurs hypothèses expliquant l'efficacité des jeux de rôles. Et bien qu'ils aient été étudiés particulièrement dans le domaine de la communication, on peut penser qu'ils peuvent servir la formation à l'empathie en général, telle que définie théoriquement. En effet, se voir offrir la possibilité de prendre la place du patient pourrait permettre de le comprendre et de partager ses ressentis selon sa propre perspective, et ce d'autant plus lors de l'échange des rôles entre étudiants, permettant d'expérimenter les points de vue du patient et du médecin interagissant avec lui dans la même situation. En parallèle, le débriefing permettrait de s'extraire de la simulation afin d'analyser et de traduire l'expérience en comportement empathique [120].

Ces différentes hypothèses méritent d'être explorées compte-tenu de l'intérêt que nous avons décrit du recours aux jeux de rôles au cours de la formation médicale.

V/ Problématique

Composante essentielle de la relation médecin-patient, l'empathie semble décroître pendant la durée des études médicales. Les études plaident en la faveur d'une efficacité de la formation à l'empathie, et notamment suggèrent un intérêt à recourir aux méthodes de simulation, même si les effets de la simulation sur l'empathie sont encore en cours d'investigation.

Mon sujet de thèse part de ce constat et des hypothèses formulées sur l'intérêt spécifique des jeux de rôles, résidant possiblement dans l'avantage de jouer le rôle du patient.

Ce travail de thèse s'inscrit dans un projet plus large s'intéressant à la formation à l'empathie des étudiants en médecine mené par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Ce projet comporte une partie quantitative, portant sur l'efficacité à plus ou moins long terme de deux types d'intervention – les jeux de rôles et les ECOS – sur l'empathie, et une partie qualitative portant sur le développement de l'empathie au cours de ces deux interventions.

Considérablement intéressée par l'aspect relationnel du métier de médecin, en particulier dans ma spécialité de médecin généraliste, et persuadée du rôle qu'a à jouer une relation empathique dans l'interaction du médecin avec le patient, j'ai été séduite par la proposition qui a été faite de participer à ce projet de recherche. Les études de médecine, l'externat, sont une période cruciale dans la formation des médecins en même temps que dans la construction de leur identité professionnelle. N'ayant cependant pas d'expérience d'enseignement, j'ai eu quelques réserves quant à mon positionnement dans cette recherche. Mon travail s'inscrira dans la partie qualitative du projet, et s'attachera à explorer le point de vue des étudiants en quatrième année de médecine quant à la construction de leur empathie au cours des jeux de rôles.

Nous conduirons ainsi dans cette étude une exploration qualitative des processus et facteurs de construction de l'empathie lors de jeux de rôle de formation à la relation médecin-malade, à partir des représentations des étudiants et des stratégies qu'ils ont mises en place.

Les critères de jugement sont :

– Critère de jugement primaire : Processus empathiques des étudiants en 4^e année de

médecine lors du jeu de rôle de formation à la relation médecin-malade

– Critère de jugement secondaire : Facteurs soutenant ou limitant l'empathie des étudiants en 4^e année de médecine sur leurs processus empathiques lors du jeu de rôle de formation à la relation médecin-malade.

Ceci afin de construire des stratégies et outils d'accompagnement pédagogique optimal à destination des enseignants.

PARTIE 2 : MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'étudiants en médecine de quatrième année inscrits à l'Université Paris Descartes et d'enseignants des jeux de rôles du module de formation à la relation thérapeutique.

I/ Équipe de recherche et de réflexion

1) Caractéristiques personnelles

Les entretiens individuels ont été menés par une interne de médecine générale (CV) en fin de sixième semestre d'internat, intéressée par la recherche et la réflexion autour de la pédagogie mais sans expérience préalable d'enseignement. Il s'agit de sa première expérience de recherche qualitative.

L'analyse a été menée en double-cotation avec un interne de médecine générale (GA) en cours de quatrième semestre d'internat également engagé dans le projet de recherche mené par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes, n'ayant pas réalisé d'entretiens.

La phase d'analyse a été supervisée par une Docteure en psychiatrie (MAP), impliquée dans le module de formation à la relation thérapeutique dispensé aux étudiants de quatrième année de l'Université Paris Descartes et également dans le projet de recherche qu'y s'y rattache.

2) Relations avec les participants

L'enquêtrice et les étudiants ne se connaissaient pas avant de commencer l'étude. Certains des formateurs interrogés sont enseignants dans la faculté d'étude de l'enquêtrice, dont trois d'entre eux lui ont dispensé des cours et ont eu des échanges professionnels au cours de son cursus.

Les participants savaient que l'enquêtrice était interne de médecine générale à l'Université Paris Descartes et réalisait ce travail dans le cadre de sa thèse d'exercice.

II/ Conception de l'étude

1) Cadre théorique

La méthodologie utilisée pour l'étude est la Grounded Theory (GT), ou « théorisation ancrée », née de l'ouvrage de Glaser et Strauss, *The discovery of grounded theory ; Strategie for qualitative research* (1967).

Le recueil des données joindra ici :

- un entretien semi-structuré avec les étudiants en médecine de quatrième année tirés au sort et qui ont accepté ;
- un entretien semi-structuré avec les enseignants volontaires des jeux de rôle ;
- qui seront confrontées aux données socio-démographiques.

L'âge, le genre, les conditions de vie de l'étudiant, le niveau de formation et la profession des parents seront questionnés ; de même, quelques données portant sur des aspects pédagogiques spécifiques seront également relevées chez tous les étudiants : la position d'observateur ou de participation au jeu de rôle, la spécialité envisagée après l'examen national classant, le fait d'avoir effectué et de faire une psychothérapie.

2) Sélection des participants

L'échantillonnage des étudiants a été réalisé par tirage au sort de cinquante étudiants, et les motifs de refus ont été notés. Les étudiants ont été contactés par mail, via les adresses communiquées par la faculté, puis une deuxième fois en présentiel à l'occasion des ECOS. L'échantillonnage des enseignants a été constitué sur la base du volontariat après prise de contact de l'ensemble des enseignants des jeux de rôles du module par mail.

Les critères d'inclusion étaient :

- étudiant en quatrième année de médecine à l'Université Paris Descartes ; année universitaire 2017-2018 ; prenant part au module (obligatoire) de formation à la relation thérapeutique ; âge > 18 ans ; langue française ; tirés au sort et consentement
- enseignants des jeux de rôles du module (obligatoire) de formation à la relation thérapeutique pour les étudiants en quatrième année de médecine à l'Université Paris

Descartes ; année universitaire 2017-2018.

Les critères d'exclusion étaient :

- refus de consentement
- langue parlée autre que le français
- étudiant en 4ème année de médecine à l'Université Paris Descartes ; année scolaire 2017-2018, qui n'a pu assister à l'ensemble des enseignements proposés lors de ce module.

Douze étudiants et huit formateurs ont été inclus dans l'étude. La figure 1 récapitule les réponses des cinquante étudiants tirés au sort. Le consentement a été recueilli une première fois lors de la prise de contact puis à nouveau en début d'entretien.

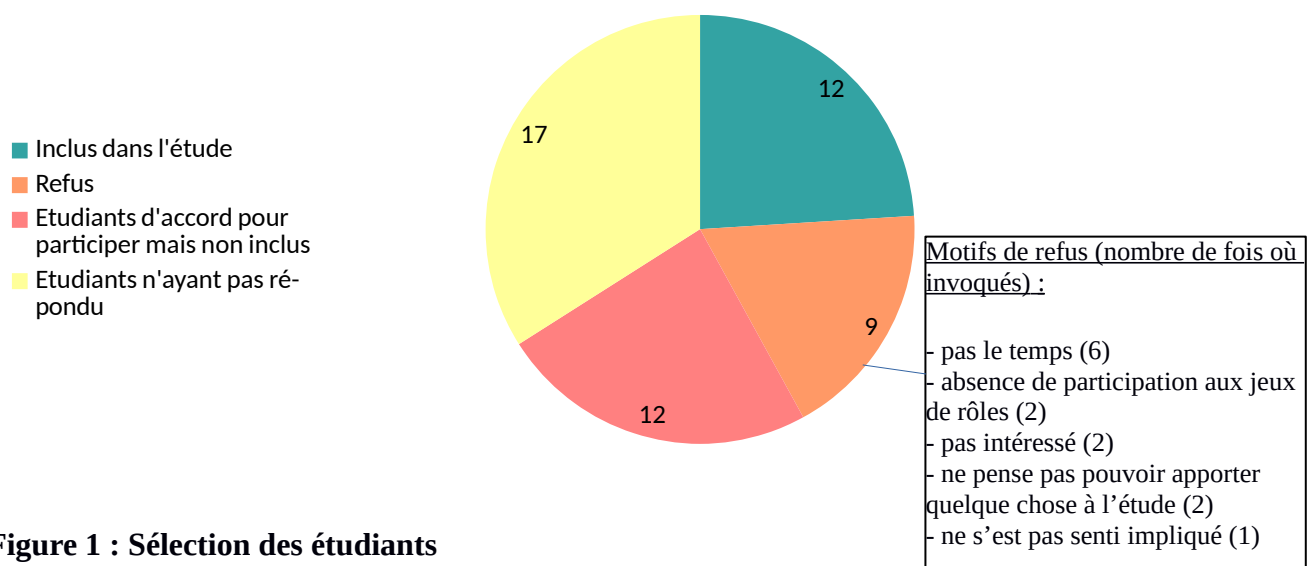


Figure 1 : Sélection des étudiants

3) Contexte

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux choisis par les participants : lieux de stage, faculté, lieu public. Personne d'autre que les participants et l'enquêtrice n'a assisté aux entretiens.

4) Recueil des données

Le guide d'entretien à visée des étudiants (Annexe 1) a été établi selon les données récentes de la littérature afin d'explorer les différentes dimensions de l'empathie clinique qui ont pu être sollicitées au cours des jeux de rôles. Il a tenté d'approfondir les représentations et ressentis des étudiants. Ce guide a été adapté ensuite afin que les enseignants puissent

répondre aux mêmes questions (Annexe 2). Les participants n'avaient pas connaissance des questions avant qu'elles leur soient posées. Le guide d'entretien a évolué dans la formulation des questions au fur et à mesure des entretiens afin de les rendre plus facilement compréhensibles et de fluidifier les échanges. Par contre, les questions sont restées les mêmes durant toute la recherche.

Chaque participant a été interviewé une fois et les entretiens ont été enregistrés sous format audio, après obtention du consentement des participants. L'enquêtrice n'a pas pris de notes pendant les entretiens. Un carnet de bord a été tenu tout le long de la recherche.

La durée de chaque entretien est inscrite dans le tableau 1. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation des données.

Tableau 1 : Durée des entretiens

Participants	Durée (minutes)
Étudiants	
E1	28'03
E2	15'05
E3	15'24
E4	16'42
E5	15'22
E6	20'13
E7	20'20
E8	22'44
E9	10'18
E10	17'25
E11	12'47
E12	26'40
Enseignants	
F1	16'20
F2	44'15
F3	12'57
F4	18'54
F5	22'11
F6	15'29
F7	15'23
F8	23'18
Durée moyenne (minutes)	19'15

III/ Analyse des données

Suivant les recommandations de la GT, l'analyse comprend :

- Un carnet de bord : Tout au long de la recherche, l'enquêtrice (CV) a tenu un carnet de bord manuel (prise de notes spontanée) et électronique (pour synthèse des données).
- Une microanalyse : Au décours du premier entretien, une séance de microanalyse a été conduite et supervisée par MAP, à partir d'extraits du premier entretien réalisé. CV et GA y ont participé ; ce qui a permis de mettre à distance les présupposés de chaque chercheur et de mieux s'immerger dans le monde des étudiants rencontrés.
- Niveaux d'analyse : L'analyse a été conduite en double aveugle d'abord par deux internes de médecine générale CV et GA. Une confrontation des analyses entre CV et GA, puis avec MAP, a permis de trianguler les données dans un second temps, afin de confronter, discuter et approfondir la pertinence des résultats.

Le support des analyses s'est fait sous world, sans logiciel spécifique à la recherche qualitative.

L'analyse a suivi les trois niveaux traditionnellement définis dans les analyses qualitatives : descriptif, thématique et interprétatifs, puis matriciel, permettant d'identifier des thèmes à partir des données.

Un premier niveau d'analyse, descriptif, réalisé en double-cotation, nous a permis d'élaborer une compréhension des participants à l'étude, en partant de leurs représentations et de leur expérience préalable aux jeux de rôles, afin d'identifier ce que ceux-ci leur ont apporté. La confrontation des analyses des deux chercheurs a permis de maintenir une certaine objectivité dans les résultats tout en les enrichissant et approfondissant.

Un deuxième niveau d'analyse, thématique et interprétatif, a permis de déterminer des catégories à partir des données de notre première analyse, initialement rangées selon les différents temps d'une séance de jeux de rôles.

Le troisième niveau d'analyse, matriciel, a permis d'élaborer des thèmes, répondant aux critères de jugement primaire et secondaire.

Pour des raisons pratiques (contraintes de temps, délai entre la réalisation des entretiens et l'obtention des résultats, prise en compte du contexte d'étude des étudiants), un retour des participants sur les résultats n'a pas été sollicité.

PARTIE 3 : RESULTATS

I/ Population

Douze entretiens avec des étudiants en médecine en quatrième année à la faculté Paris Descartes ont été réalisés, et huit entretiens avec des enseignants.

Les données socio-démographiques concernant les étudiants sont retranscrites dans le tableau 2. Les données socio-démographiques des enseignants sont regroupées dans le tableau 3.

Tableau 2 : Données socio-démographiques des étudiants

Caractéristiques	Effectif (N = effectif total ayant répondu)
Age	N = 11
21 ans	2 (17%)
22 ans	7 (58%)
23 ans	1 (8%)
27 ans	1 (8%)
Genre	N = 12
Féminin	8 (67%)
Masculin	4 (33%)
Spécialité envisagée	N = 11
Spécialité à orientation médicale	7 (58%)
Spécialité à orientation chirurgicale	1 (8%)
Médecine générale	2 (17%)
Ne sait pas	1 (8%)
Rôles joués lors des jeux de rôles	N = 12
Médecin	6 (50%)
Patient	5 (42%)
Dont étudiants ayant joué les 2 rôles	3 (25%)
Observateur uniquement	3 (25%)
Antécédent de psychothérapie	N = 11
Oui	1 (8%)
Non	10 (83%)
Profession des deux parents	N = 11
Dirigeants, cadres supérieurs	9 (41%)
Profession intellectuelle et scientifique	13 (59%)

Tableau 3 : Données socio-démographiques des enseignants

Caractéristiques	Effectif (N = 8)
Genre	
Féminin	4 (50%)
Masculin	4 (50%)
Spécialité	
Médecin généraliste	4 (50%)
Psychiatre	4 (50%)

II/ Analyses

1) Critère de jugement primaire : processus empathiques

L'analyse des données nous a permis d'identifier cinq thèmes décrivant les processus empathiques des étudiants en médecine au cours des jeux de rôles. Ces cinq thèmes sont : les affects, la réflexivité, la subjectivation, l'identification et le transfert de la théorie vers la pratique. Ils sont présentés dans la figure 2.

1.a Les affects

Les réponses apportées des étudiants et des enseignants ont permis d'apporter des éléments sur la façon dont les jeux de rôles étayent la composante affective de l'empathie.

1.a.1. Prise de conscience des affects

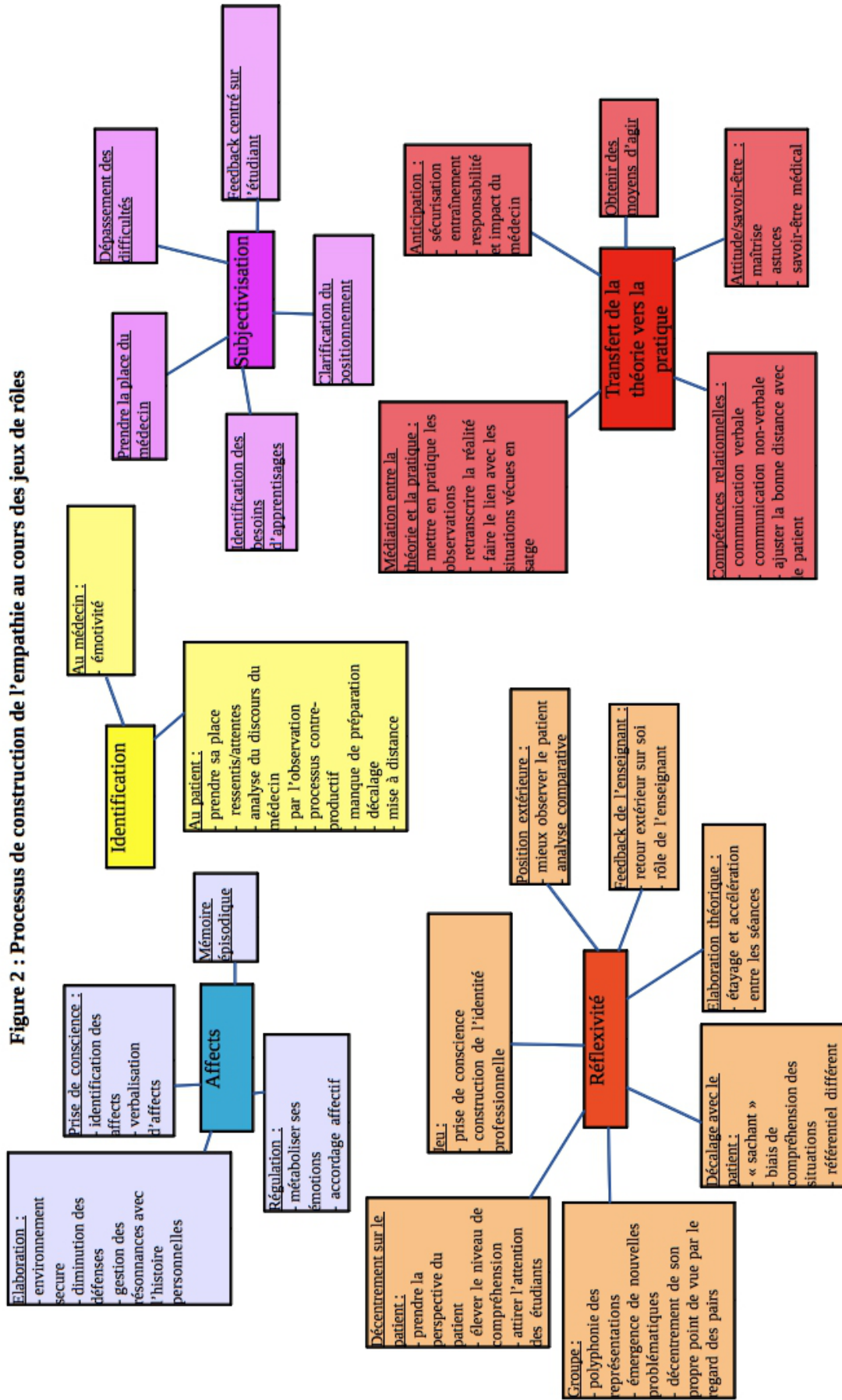
Etudiants et enseignants notaient une prise de conscience par les étudiants de leurs émotions, tout d'abord dans le sens de l'**identification des affects**, par la simulation au cours du jeu du médecin. Il s'agit d'un côté de reconnaître ses affects en tant que médecin, ce qui pourrait améliorer leur capacité à se connaître eux-mêmes :

E3¹ : *« on se rend compte de choses dont on se rendait pas forcément compte, de la difficulté de, d'être posé, de la difficulté de, de se mettre dans le rôle du personnage, de, de, mais même parfois de pas savoir bien répondre à certaines questions parce qu'on n'a pas aujourd'hui les connaissances nécessaires, on se retrouve très vite bloqué »*

F7 : *« Après il est certain que, dans un jeu de rôles, quand on joue le patient ou quand on joue le médecin, c'est aussi une autre manière, qui est tout aussi intéressante et importante, d'avoir un ressenti et d'analyser le ressenti, pendant qu'ils jouent. »*

¹ Pour l'anonymisation, les étudiants sont notés « E » puis le chiffre correspondant à leur ordre de passage de l'entretien, les enseignants sont notés « F » puis le chiffre de leur ordre de passage

Figure 2 : Processus de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles



Il s'agit également d'identifier sa propre réponse affective déclenchée par l'état émotionnel du patient :

E10 : « *Qu'est-ce que j'ai ressent... bah euh... bah du stress euh, surtout vu qu'c'était une situation un peu de, bah de, de conflit hein où, y a un patient qui demande quelque chose et le médecin qui s'y oppose alors qu'il doit annoncer une mauvaise nouvelle, donc euh ouais plus du, du stress, et euh, voilà parfois un peu désemparé face à une réaction à laquelle on s'attend pas* »

Cette étudiante synthétise ces deux aspects, en décrivant ce qu'elle a perçu chez elle et chez le patient :

E12 : « *c'que j'ai trouvé le plus difficile et en fait dans tout mon, tout notre groupe de jeux de rôles c'qu'on avait trouvé le plus difficile c'était de dire la maladie, plus que l'expliquer ça allait, l'accompagnement ça allait, l'introduction ça allait, mais dire le mot, c'était euh, c'était plus difficile. [...] ça impacte vraiment leur vie et on sait que c'est ces mots-là qui vont avoir c't'impact. Et c'est, c'est, super difficile, le mot reste bloqué là dans la gorge genre « hin » et tu finis par le sortir comme une bombe et ça, ça te choque toi, ça choque le patient en face et c'est horrible. 'Fin moi c'est c'que ça a fait la première fois c'était horrible.* »

Vient ensuite dans les réponses, la possibilité pour les étudiants d'une **verbalisation de leurs affects**, en tant que acteurs ou observateurs du jeu, au cours du débriefing et grâce à une élaboration collective, aidant à la prise de conscience :

E7 : « *on faisait un, un debrief après, euh où fallait qu'on dise ce qu'on a ressenti* »

E11 : « *de pouvoir partager avec différents étudiants euh leur ressenti, leur vécu, on a tous vécu différentes expériences avec les patients, chacun peut réagir différemment face à une même situation, donc c'est intéressant voilà de pouvoir partager euh bah le ressenti de chacun, le vécu de chacun, euh voilà, c'est intéressant d'avoir plusieurs avis, et voilà plusieurs partages d'expérience quoi.* »

F5 : « *oui ils le disaient en fait, ils disaient ah ouais mais euh c'est vrai que là j'faisais l'patient qui était un peu inquiet, mais il m'a bien rassuré, j'ai senti que machin, ou au*

contraire y en avait un il disait mais euh en fait il voulait m'rassurer mais ça m'rassurait pas du tout euh, c'était comme si il minimisait c'que j'voulais dire »

F6 : *« on débriefait beaucoup euh et que les étudiants pouvaient euh verbaliser les choses, déjà identifier, on les poussait un p'tit peu à se questionner, euh, et a pas faire les choses de manière automatique »*

F8 : *« je commençais toujours par demander euh, aux deux personnes qui ont participé au jeu de rôles, euh, c'qu'ils ont ressenti, dans leur position de médecin ou dans leur position de patient, et la verbalisation permettait justement euh, quelques fois, cette prise de conscience, et puis on demandait aux autres ce qu'ils ont perçu de l'extérieur. »*

Ainsi, l'identification et la verbalisation de leurs affects par les étudiants semble leur permettre à la fois de prendre conscience de leur subjectivité et de leur réponse affective en tant que médecin face à un patient, mais aussi à reconnaître l'état émotionnel du patient induit par sa situation ou par les paroles du médecin, étayant et enrichissant les représentations qu'ils ont du vécu du patient. L'identification des affects étaiérait donc peut-être également la composante cognitive de l'empathie.

1.a.2. Elaboration d'une empathie affective

L'élaboration était permise par l'**environnement secure** des jeux de rôles relevé par les étudiants, propice à l'apaisement et à la verbalisation. Cet environnement secure semble favorisé par :

– le contexte d'apprentissage et l'absence de patient :

E1 : *« on est vraiment dans l'apprentissage, donc déjà on se dit il y a moins de pression quoi, enfin on peut, on peut faire des erreurs y a pas de souci, enfin y a pas de souci, si mais ça blessera pas la personne qui joue le patient donc déjà ça met moins la pression »*

E2 : *« il y a pas d'enjeu, que de toute façon la personne n'est pas vraiment malade donc on peut pas, on peut pas mal faire quoi »*

– le contexte de bienveillance :

E12 : « *c'est vraiment un terrain hyper cocooné et ça s'passe bien* »

Pour certains, les jeux de rôles permettaient une **diminution des défenses** de l'étudiant. Avoir pu expérimenter une première fois une situation dans un environnement artificiel reproduisant un environnement de soins, a favorisé pour cette étudiante une baisse de son anxiété :

E8 : « *ça permet d'anticiper un peu l'truc et de moins avoir peur aussi, j'pense qu'on a moins peur euh, le jour où on va devoir annoncer un truc, on s'est déjà entraîné à le faire même si c'était en s'marrant, même si c'était pas du tout réaliste, j'pense qu'on aura moins peur parce qu'on sera ok en fait j'ai déjà utilisé ces mots-là dans un autre contexte, un contexte faux, mais en soi je l'ai déjà un peu fait et ça j'pense qu'on aura moins peur* »

Une autre étudiante explique qu'en étant plus sûre d'elle après les jeux de rôles, elle se sentait plus disponible pour témoigner de son écoute aux patients rencontrés en stage :

E12 : [parlant d'une situation vécue en stage après les jeux de rôles] « *elle s'est mise à pleurer comme ça, et le fait d'avoir eu tous ces, tout c'travail où bah t'en a qui exagèrent un peu les traits, t'en as qui le font un peu moins et, au moins d'avoir eu tous ces p'tits filons, toutes ces astuces et tous ces trucs, j'ai, j'étais un peu plus en confiance, et j'ai osé lui parler et un peu plus l'apaiser et essayer de faire quelque chose, qui soit pas du tout médical au final, 'fin pas au sens scientifique du terme quoi.* »

Développant la même idée, une enseignante avance également la possibilité d'un effet protecteur pour les étudiants de l'expérimentation préalable par les jeux de rôles libérant leur capacité empathique :

F1 : « *j' imagine que, que s'ils sont plus à l'aise et qu'ils sont moins défendus face à la souffrance ils seront beaucoup plus à même d'aller vers les patients et de pouvoir mieux les conseiller, mieux les comprendre et mieux les guider parce que c'est finalement ça.* »

F1 : « *ça pourrait protéger, ça pourrait avoir un rôle protecteur sur des troubles euh, je sais pas si on peut parler jusqu'à psychiatriques mais au moins psychologiques quoi, que ça puisse être plus protecteur et que du coup eux se sentent plus à l'aise avec les patients et que du coup les patients se sentent je pense mieux soignés, c'est important d'être bien, quand on*

est médecin et au contact de la souffrance c'est important d'être bien dans sa tête sinon c'est difficile. »

Deux étudiants notaient la **résonance avec leur histoire personnelle**, qui semblait dans leur cas favoriser leur capacité de compréhension intellectuelle ou affective du patient :

E1 : *« Puis on a tous été patient une fois, enfin on a tous vu une fois le médecin forcément donc je sais pas moi je trouve que j'arrivais bien de temps en temps à m'imaginer le patient, enfin je sais pas mais j'avais l'impression en tout cas »*

E3 : *« en fait on joue notre rôle de notre vie quand on va chez le médecin, et on se sent bien, parce qu'en fait on a un interlocuteur et on sait qu'il va nous répondre »*

Une étudiante notait comment, en jouant le médecin, elle identifiait chez elle un débordement affectif en réponse au patient et apprenait à **métaboliser ses émotions** :

E3 : *« y a des moments où on, on se sent bien, enfin on se sent à notre place parce que on sent qu'on arrive à faire passer un message et on sent que le, le courant passe bien, et y a des moments où on se retrouve complètement bloqué et euh, c'est pas de la gêne mais c'est plus euh, 'fin on est, on se sent très débordé quoi, très vite euh par les émotions du patient »*

1.a.3. Régulation des affects

Etudiants et enseignants décrivaient comment le jeu, la simulation, permettent de développer des compétences à l'**accordage affectif** avec le patient. Par ce mécanisme, l'étudiant est à l'écoute et dans une compréhension des affects du patient afin d'ajuster les siens à ceux du patient à des fins thérapeutiques.

E2 : *« de se mettre à la place du patient ça permet de se dire que, enfin la moindre parole peut, parce qu'après lui il est tout seul dans sa chambre et il tourne en boucle ce qu'on vient de dire donc faut quand même au moins prendre le temps et dire les choses correctement à chaque fois même si pour nous ça nous semble complètement anodin »*

E3 : *« j'trouve que faut être, 'fin, on arrive à être hyper à l'écoute, en fait il faut juste regarder la personne qu'on a en face de nous, essayer de comprendre plus ou moins quel est*

le type de personne qu'on a en face de nous sans faire de généralités »

F3 : *« ils savent ce qu'ils devraient faire normalement, mais qu'y a une imprégnation quand même de c'que dit le patient et qu'ça va influencer sur leur euh, leur comportement et leurs actions après. »*

F4 : *« y en a peu qui ont eu une espèce d'attitude très rigide comme dans un rôle où ils prenaient pas en compte euh c'que l'autre disait, en général ça les perturbait, par exemple le, le patient disait non j'veux pas, ils répétaient pas sans cesse, ils essayaient de trouver quand même des, donc ils ont vraiment fait en fonction d'c'que l'autre disait. »*

F6 : *« j'ai vraiment vu l'évolution au fur et à mesure des groupes, j'les ai vu prendre leur temps, euh essayer vraiment de laisser le patient réagir euh, ils donnent une information, ils regardent, ils observent comment le patient accueille cette information, et puis après ils essayent de rebondir et d's'adapter, euh ils personnalisent vraiment les choses. »*

Parfois ce phénomène était aidé par la souplesse du dispositif pédagogique où l'inversion des personnages dans le jeu permet d'élargir l'horizon des représentations et la régulation des affects éprouvés par le patient par des expérimentations croisées :

F8 : *« celui qui prenait le rôle du médecin, donc euh, euh, quelques fois quand je sentais qu'il, il restait un peu axé sur ses objectifs et qu'il n'arrivait pas à percevoir la réticence du patient en face de lui, ou euh pourquoi ça lui est difficile d'aborder certaines choses au cours de l'entretien etc, l'inversion euh du jeu de rôles permettait au final à cette personne-là de prendre conscience que quand on se retrouve dans une position de, de patient, même si c'était totalement mimé et qu'il connaissait très bien le contenu du jeu de rôles, y avait quand même quelque chose qui, qui se jouait à ce niveau-là et donc qui permettait aux étudiants, euh de, de, de comprendre quand ils étaient eux-mêmes médecins, ce que l'autre en face d'eux ressent. Justement parce qu'ils ont eu donc la possibilité de prendre la place du, du patient dans un second temps. »*

1.a.4. Enrichissement de la mémoire épisodique

Une étudiante et une enseignante notaient comment la mobilisation d'affects par le jeu de

rôles aidait à solliciter et développer une **mémoire épisodique**, ce qui permettait d'élargir la gamme des situations connues et la façon dont l'empathie pouvait se mobiliser de façon adaptée :

E12 : « j'ai eu tellement un premier échec qui était tellement abominable, que j pense que j'm'en souviendrai toute ma vie et j'ref'rai plus jamais ça et du coup mes patients vont être très contents que j'sois passée par là. Ca arrivera plus jamais. »

F1 : « je crois vraiment qu'on retient mieux les choses quand on les a déjà vécues parce qu'il y a un affect qui se met en plus donc du coup c'est plus facile à retenir et puis euh, plus agréable à travailler »

Les jeux de rôles, par la simulation et lors du débriefing, ont servi aux étudiants à mieux identifier se représenter leurs affects et ceux des patients, développant du même coup leur connaissance d'eux-mêmes et leur capacité de compréhension du patient, ce qui à termes permet de se rendre plus disponible, moins envahi par ses propres affects.

1.b. La réflexivité

Les données issues des entretiens réalisés avec les étudiants et les enseignants ont permis d'entrevoir comment les jeux de rôles ont permis aux étudiants de développer leur réflexivité².

1.b.1. Une prise de conscience par l'expérience du jeu

Par le jeu, étudiants et enseignants ont identifié une **prise de conscience** du rôle du médecin et de ce qui se joue dans la relation entre le médecin et le patient, dans une volonté de tenir compte du patient, de communication empathique :

E4 : « mais surtout au vif du sujet pendant le, le, le jeu de rôles en tant que tel où on, on fait forcément des erreurs au début et du coup on réalise des choses quoi »

²□La réflexivité, décrite par Schon (voir plus haut) [126] consiste à la réflexion, dans l'action et rétrospectivement sur l'action, permettant, d'identifier un problème, d'analyser sa pratique et d'identifier ses besoins d'apprentissage afin de s'améliorer.

F3 : « *des fois, vu qu'on sait qu'c'est un jeu de rôles ils tentent des choses et puis ils voient qu'ça passe pas, ils voient, ils peuvent repérer un p'tit peu c'que, les émotions du patient* »

Certains décrivaient une **prise de conscience de la difficulté** à laquelle on peut parfois faire face :

E12 : « *moi j'ai fait un premier essai c'était une cata, parce que j'savais pas du tout comment, comment l'annoncer* »

Pour deux formateurs, l'âge et le niveau d'étude des étudiants favorisaient leur capacité d'empathie, participant à l'élaboration de leur identité professionnelle :

F2 : « *ils sont à un stade où ils sont quand même encore à s'identifier assez facilement aux, aux patients, aux, voilà à avoir un regard pas encore 100 % médical et professionnel. Et, donc du coup euh, euh en fait en étant, en jouant le médecin ils se rendent compte qu'ils sont pas complètement à l'aise avec ce rôle de médecin encore, donc euh quelque part ça participe de leur capacité d'empathie.* »

F5 : « *le fait qu'ils étaient pas trop âgés, euh, 'fin on sentait qu'y avait quand même des fois qu'ils commençaient à être un peu euh, un peu déformés par l'hôpital, mais y en avait encore pas mal qui était très avec du bon sens, et ils avaient leur ressenti de personne et pas leur ressenti d'médecin, et euh du coup ça ça les aidait vraiment à s'mettre à la place du patient, c'est qu'en fait ils imaginaient euh, ils parlaient comme des vrais gens et ils parlaient pas comme des soignants, euh ça j'pense que ça les a aidé.* »

1.b.2. Le développement du questionnement par l'observation : une position extérieure active

La possibilité de tenir une position extérieure pour observer la relation médecin-patient a permis aux étudiants de **mieux observer le patient**, de développer des questionnements sur la situation qu'ils ne peuvent ouvrir lorsqu'ils sont trop pris dans la relation avec le patient :

E2 : « *en tant qu'observateur je trouve qu'on comprend bien aussi parce que c'est une position qu'on n'a jamais en fait, [...] on voit des choses en étant à froid derrière que on n'a pas forcément le temps d'analyser quand on parle ou quand on est le patient parce que c'est*

autre chose »

F3 : *« les observateurs aussi, ils ressentent des fois la violence de c'que l'médecin dit, qu'on, qu'on voit pas lorsqu'on est dans notre posture habituelle de médecin devant un patient »*

Cette position permettait de **repérer la communication verbale et non verbale** :

E2 : *« en regardant aussi on se rend compte que même quand c'est un jeu de rôles les réactions sont quand même assez fiables et des fois y a les élèves qui jouaient les patients qui se sont renfermés en croisant les bras en, c'est assez parlant je trouve. »*

E3 : *« ça s'voit en fonction de la façon dont il joue, 'fin y a des gens qui sont hyper agressifs et ça se sent tout de suite par la façon dont ils, enfin même la façon dont ils parlent, et dont ils, bon là par exemple elle arrêtait pas de regarder son téléphone, elle était hyper euh, enfin elle bougeait dans tous les sens, ça se ressent, c'est pas difficile à, si on observe un tout petit peu la personne qu'on a en face de nous et on prête un tout petit peu attention »*

Ainsi la position d'observateur, plus objective car moins en prise avec les échanges affectifs, semble donner aux étudiants accès à l'expérience faite par le patient lors de la consultation, mais avec un peu plus de distance, d'analyse, et moins d'affects. Cela pourrait développer la composante cognitive de l'empathie.

Certains étudiants décrivent également comment la position d'observateur permettait aussi une **analyse comparative entre les autres et soi**, favorisant leur réflexivité quant à la posture qu'ils auraient adoptée, mise en perspective avec ce qu'ils pouvaient voir chez leurs pairs, et leur permettant d'anticiper certaines situations avec des patients :

E5 : *« nous du coup quand on les regarde, on pense à ouais qu'est-ce qu'on aurait fait si nous on avait joué le patient ou est-ce que nous on aurait réagit face à ça, donc ça, ça, j'pense que c'est surtout ça c'est juste euh, bah pour la personne qui le joue il le pense forcément à se mettre à la place de quelqu'un et en regardant bah c'est plus euh « wouah il le fait bien, c'est cool qu'il ait pensé, il ait fait ça comme ça » ou alors « moi j'aurais plutôt fait comme ça en jouant le patient » et tout ça. »*

E7 : « dire c'que moi j'aurais fait ça veut dire que j'le comprends d'une certaine manière, donc si j'avais été patient j'l'aurais compris comme ça et j'aurais aimé que le médecin réagisse comme ça en face, donc euh en fait on comprend tout en cherchant des solutions euh pour nous-même, pour notre pratique euh, pour faire le médecin après en fait. »

F5 : « pour les observateurs, j'pense que déjà y a plein de fois, comme du coup c'est beaucoup plus facile de l'extérieur pendant le jeu de rôle, mais ça ils l'ont pas dit, euh mais que pendant le jeu de rôle ils devaient se dire ah moi j'aurais fait comme ça, j'aurais fait comme ça, euh donc déjà de s'proj`ter et d'anticiper ce que eux ferait ça permet de progresser »

La comparaison permettait pour certains étudiants de repérer les erreurs ou ce qui leur paraissait bien dans la façon d'entrer en relation de leurs collègues :

E7 : « j'pense qu'on voit plus facilement les erreurs quand on est extérieurs que quand c'est nous qui le faisons, euh mmmh, y a, bah on peut être d'accord avec, 'fin j'étais d'accord avec comment certaines personnes prenaient la chose, beaucoup moins avec d'autres »

F8 : « leurs observations étaient très pertinentes et euh, on voit bien que si ils étaient à la place de la personne, ils auraient pu par exemple agir différemment ou ils ont identifié des dysfonctionnements dans, dans, dans la relation. »

E8 : « on voit comment s'comportent les autres externes, et au final ça peut être pas mal parce que j'pense que y en a qui font les choses mieux que nous et qu'on peut s'en inspirer aussi et du coup là ça permettait d'voir ça aussi, la réaction d'une autre personne à notre niveau, parce que sinon on voit les internes ou les chefs mais c'est vrai que c'est pas du tout le même niveau, 'fin on n'a pas le même vécu ni rien »

Par ailleurs, la possibilité d'observer quelqu'un du même niveau d'expérience n'advient pas dans les autres espaces formatifs. Par rapport à l'observation d'un médecin en exercice, l'observation d'un pair permet de situer les questionnements dans un niveau de formation et de performance à peu près équivalent :

E8 : « ça peut être inspirant, de voir des gens qui ont, 'fin, à peu près notre niveau

d'expérience même si on a tous notre bagage personnel, et de voir comment eux réagissent »

1.b.3. Feedback de l'enseignant

Dans leurs réponses les étudiants ont insisté sur l'apport du feedback de l'enseignant comme soutien de leur réflexivité. Cela permet d'abord un **retour extérieur sur soi par un professionnel reconnu** centré sur leurs capacités de savoir-faire et de savoir-être dans la relation avec le patient :

E2 : *« c'est vrai que le fait d'être encadré par un médecin, on se dit que, enfin et que ça soit pour de faux, on se dit que de toute façon on ose et que ça sera toujours temps d'en rediscuter après, et que c'est quand même intéressant d'avoir la sensation du faux patient ou du faux médecin, enfin, pour euh pouvoir debriefer après, donc ça ça peut aider »*

E3 : *« [parlant des remarques qui lui ont été faites par l'enseignant après avoir joué le médecin] le coup de, de se mettre à la place du médecin, de devoir parler à un patient et de savoir que ben vous parlez trop vite, vous allez 'fin vous parlez trop fort, vous, ça nous aide, 'fin on comprend beaucoup plus et 'fin j'trouve ça vraiment 'fin j'ai appris des, j'ai appris en jouant le médecin. »*

E8 : *« mais là c'est vrai que ça permet d'avoir un avis extérieur, sur quelqu'un qui te juge, pas négativement hein quand je dis juger, sur ce que tu es même si c'est un jeu de rôles et que voilà on n'y est pas, au final moi j'ai essayé de faire comme j'aurais fait avec un patient, et c'est vrai que d'avoir l'avis de quelqu'un, d'un médecin extérieur, qui nous encadrerait là, c'est euh, c'est vrai qu'c'est bien parce que on l'a pas en vrai en stage »*

En ce sens, étudiants et enseignants soulignaient le **rôle de l'enseignant** dans le développement des capacités réflexives de l'étudiant. L'étayage de l'enseignant permet à la fois de rassurer les étudiants, mais également de les aider à comprendre et à analyser les situations en suscitant leurs questionnements :

E4 : *« le fait d'avoir quelqu'un qui, d'avoir un professeur, 'fin la personne qui, qui nous explique, qui est là pour nous, pour nous guider etc ça ça aide énormément. »*

E7 : « ça nous permet de comprendre vraiment c'qui s'passe, 'fin d'analyser c'qui s'passe, parce que on s'rend pas forcément compte dans la situation et puis là quand on analyse du coup on peut trouver des clés pour euh, pour euh adapter aux situations. »

F4 : « on suggérait des choses, je savais jamais leur dire c'qu'il faut exactement faire, et c'qui était bien c'est que les autres réagissaient des fois quand on f'sait des, à la fin, les autres disaient moi j'aurais dit ça comme ça, moi j'trouve que là »

1.b.4. L'élaboration théorique par le débriefing

Un enseignant insistait sur l'intérêt du débriefing pour élaborer théoriquement autour de ce qui avait été vécu et/ou observé au cours du jeu, afin de fixer et de généraliser l'expérience :

F8 : « le fait qu'on puisse débriefer, et mettre quand même un peu de, de, de théorie sur euh, sur ce qui se passait, euh le fait que la théorie venait consolider ce qui se jouait, [...] Et donc euh, je pense que ça ça a, ça a contribué a peut-être mieux consolider les, l'acquisition des objectifs. »

D'autres soutiennent cette idée et décrivent comment le débriefing venait **étayer et accélérer l'élaboration théorique** des étudiants, par l'élaboration collective entre pairs, médiatisée par l'enseignant. Ce qui viendrait également étayer et élargir l'empathie, dans la façon de comprendre et analyser une situation et d'y réagir :

E1 : « le fait que les gens analysent ce qu'on fait, disent ce qui est bien, ce qui est pas bien, enfin on peut vraiment faire un retour derrière, analyser et ça effectivement c'est assez constructif, enfin, ça permet de, oui de voir ce qui est bien ce qui est pas bien, enfin imaginons si y a avait pas de jeux de rôles, peut-être que progressivement on, enfin en voyant un patient qui fait vraiment la gueule quand on lui annonce une mauvaise nouvelle on se dit ah bah c'était peut-être pas bien et on peut construire certaines expériences, on peut imaginer faire pendant 40 ans des annonces de certaines maladies et puis se rendre compte que finalement c'était pas bien »

F1 : « et puis vraiment, enfin en tout cas dans ce cas-là d'avoir pu faire un lien avec son expérience personnelle je crois que c'est vraiment c'est le, le, c'est le principe de vouloir

chercher à développer son empathie, de pouvoir être euh, faire des ponts entre ce que peuvent penser les autres, ce que je peux penser moi, ce qui a pu lui rappeler une situation euh, voilà »

F8 : *« certes l'empathie ça se joue euh de manière très spontanée dans nos relations interpersonnelles, mais quelques fois quand on prend un peu de recul, quand on voit les choses de l'extérieur, quand on voit comment euh, nos collègues interagissent entre eux et qu'on est observateur, euh ça permet de voir des choses qu'on ne voit pas quand on est nous-mêmes dans la situation. »*

Une enseignante constate également que l'élaboration théorique amorcée en séance **se poursuit et s'enrichit après-coup chez l'étudiant, par réflexivités successives :**

F4 : *« y a des situations qu'on a rencontrées, j'y ai r'pensé après, y a une étudiante ça m'a marqué elle m'a dit j'y ai r'pensé après, j'me dis déjà si y a quelque chose qui s' passe après c'est pas mal, dans leur pensée même, ça, ça veut dire qu'c'est venu interpeller quelque chose quand même »*

1.b.5. Décalage avec le patient

Dans ce processus de développement de leur réflexivité, les étudiants pointaient également une prise de conscience du décalage qu'ils sentaient à leur niveau entre eux et le patient.

Cela se jouait dans certains entretiens sur leur position, telle qu'ils se la représentent, de « **sachant** » face au patient. Dans ce cas l'investissement de la construction de l'identité de médecin comme érudit se fait au détriment du décentrement sur la position subjective du patient, et de la connaissance de son expérience. L'acquisition de connaissance médicale entraverait en ce sens l'empathie :

E1 : *« je trouve ça plus difficile quand on a, étant donné qu'en général les patients ont des connaissances en santé un peu moins bonnes que nous étudiants en médecine et supprimer en 5 minutes toutes ses connaissances et faire comme si on y connaissait rien je trouve ça vraiment plus dur »*

E7 : *« c'est pas si facile que ça de se mettre à la place du patient en fait, parce que nous on a*

plus l'autre côté maintenant, on, bon on n'a pas toutes les connaissances, mais on a certaines connaissances qui nous permettent de plus comprendre le rôle du médecin que celui du patient et c'est vrai qu'on s'rend compte que, avant on n'était capable, pas capable de se mettre à la place du médecin et on le ressentait comme patient et maintenant moi j'ai de plus en plus de mal à me mettre à la place du patient et à savoir c'qu'il comprend lui, vraiment, et c'qu'il ressent »

E9 : « *Des fois c'était bien joué, des fois c'était un peu trop euh dans le cliché mais euh, globalement ça nous montrait un peu une situation réelle, sans trop l'être parce qu'on avait, on a des connaissances que les patients n'ont pas forcément, qui font qu'ça, ça pose un peu un, un biais sur c'qu'on peut dire »*

Ce décalage s'exprimait pour une étudiante et un enseignant par un **biais de compréhension des situations** :

E7 : « *pas forcément le fait de savoir, mais, le fait de savoir comment ça se passe pour un médecin en fait »*

E7 : « *on avait tendance dans les jeux de rôles à s'orienter nous-même en tant que patient et médecin en fait, parce qu'on savait même quand on jouait le patient où ça allait aller en fait, puisqu'on connaît la situation »*

F2 : « *avec en plus une situation particulière parce que quand même on a une interprétation du coup de ce qui est autour de nous qui est différente de celle d'un patient qui n'est pas du tout du milieu médical »*

Certains étudiants entrevoyaient le **référentiel différent** dans lequel évoluent médecins et patients :

E12 : « *on a envie de dédramatiser un peu la situation parce que nous on est médecin, sauf que pour eux c'est dramatique parce qu'ils connaissent que ça, même si nous on connaît des gangrènes ou des trucs qui sont un peu plus grave que euh l'hypertension où c'est des médicaments tous les jours, bah eux pour eux c'est vachement, c'est vachement handicapant »*

E1 : « *c'est vraiment difficile de jouer sincèrement quelqu'un qui défend vraiment mordicus que voilà que des médicaments c'est toujours mauvais faut pas en prendre* »

Identifier un décalage entre le médecin et le patient, dans la représentation de leurs différentes positions, de leur compréhension des situations, leur référentiel, peut participer chez les étudiants à la fois à appréhender leur subjectivité (congruence) tout en approchant la perspective des patients (empathie cognitive) et intervenir dans leur capacité de distinction d'eux-mêmes avec le patient.

1.b.6. Le groupe

Le débriefing en groupe, par l'élaboration collective qui s'y exerçait, a été plusieurs fois cité par les étudiants et les enseignants comme soutenant la réflexivité autour de la relation médecin-patient.

Ils décrivaient comment la discussion permettait d'entrevoir la **polyphonie des représentations** qui s'exprimait, ouvrant la réflexion sur des perspectives plus larges que celles entrevues individuellement.

Certains étudiants notaient ainsi l'ouverture sur différentes analyses d'une même situation :

E7 : « *la façon d'interpréter la chose aussi, y en a certains qui l'interprétaient d'une certaine façon et d'autres d'une autre donc du coup la réaction après différait en fonction des personnes.* »

E10 : « *le fait d'avoir un regard extérieur déjà, euh voilà parce qu'on n'a pas tous tendance à apprécier la situation de la même façon* »

D'autres y voyaient la possibilité de réponses multiples à une situation, tant dans la façon de comprendre le patient (empathie cognitive) que dans la façon d'interagir avec lui (empathie comportementale) :

E9 : « *le fait qu'il y ait un débat, ça m'permettait d'avoir plusieurs points de vue, et d'me dire c'est vrai que si c'était, c'était p't'être mieux tel point de vue par rapport au mien et du coup ça m'a permis p't'être de, d'avoir différentes ouvertures par rapport à quelques situations, au lieu d'avoir ma pensée, 'fin ma seule pensée à moi quoi* »

E11 : « j'trouve ça intéressant parce que, on pense pas à tout. Face à une même situation, on pense pas à tout, euh, même que ce soit dans des atteintes euh simples du quotidien, admettons un patient qui vient en stress parce que voilà, il a un rhume qu'il a l'impression qui s complique euh alors qu'ça reste un rhume et euh, mais par exemple euh il faut penser aussi euh à voir si autour de lui ça va euh, si sa vie de tous les jours ça va, euh voilà un patient ça vient pas que pour une maladie non plus, il peut y avoir des choses à côté et on pense pas forcément à ça et c'est justement le partage d'expérience et des idées qui peuvent venir entre étudiants qui voilà, peut compléter notre formation et nous aider après par la suite »

F6 : « le groupe là-dedans, euh c'que j'trouve vraiment intéressant, c'est que, bah ils s'rendent compte qu'on peut faire de différentes manières, et que ça peut être bien quand c'est fait de différentes manières. Y a pas une seule manière de faire les choses. »

Pour deux enseignants, il s'agissait aussi pour les étudiants de faire **émerger de nouvelles problématiques** en lien avec la mobilisation de l'empathie dans la relation par la discussion du groupe autour des situations :

F3 : « est-ce qu'il faut qu'ils disent le mot cancer ou pas, euh voilà on en a parlé, chacun f'ra comme il veut, mais au moins la question a été posée et ça les a préparés pour la prochaine fois que, qu'ils seront dans la situation »

F7 : « J'ai l'impression que le fait d'en parler ensemble, d'analyser les discours, de décrypter les jeux de rôles, a permis de justement mettre en exergue toutes les problématiques, de les décortiquer, d'analyser le verbal, le non-verbal avec eux, et de ce fait euh, premièrement les a confortés dans l'idée qu'c'était nécessaire, et deuxièmement, à mon avis, les a éclairés sur une euh, une façon de, d'écouter l'patient, et de regarder le patient »

Enfin, les étudiants et formateurs décrivaient le **décentrement de leur propre point de vue par le regard des autres pairs**, permis par la discussion au cours du débriefing, bénéfique pour repérer des erreurs ou des manques, obtenir de nouvelles façons de faire :

E7 : « on en parlait après et on essayait de voir, pas qui avait raison mais, 'fin si un peu en fait, qui avait raison, qu'est-ce qui aurait le mieux marché ou pas, et euh, et on s'rend compte

que on n'est pas tous d'accord et qu'c'est pas forcément évident et que bah ça coule pas de source »

E11 : « le fait d'avoir eu un regard extérieur par ces collègues, et que dans certaines situations on est pu être amené à faire des oublis ou euh à mal s'exprimer et que euh, justement des collègues aient pu appuyer sur ces points-là et les avoir mis en évidence, que comme ça on n'est pas, dans des situations réelles on sera p't'être pas amené à faire les mêmes erreurs quoi »

E12 : « j'suis dans un groupe hyper bienveillant et ils m'ont tous dit ouais essaye ci essaye ça et puis après ça allait vachement mieux. »

F4 : « ils étaient très dans l'empathie avec leurs collègues. Euh comment t'as joué, je sais qu'c'était pas facile, c'est bien c'que t'as dit mais j'aurais dit ça, même eux finalement dans leurs critiques ils essayaient d'être dans de l'empathie, et c'est vrai que t'avais l'air d'être en difficulté mais j'aurais dit ça au lieu de faire ça »

1.b.7. Le décentrement sur le patient

Parlant du débriefing et de ce qu'ils ont pu en retirer, les étudiants, et certains enseignants leur faisant écho, racontaient comment ils avaient appris à se décentrer sur le patient, à **prendre sa perspective**.

Pour cette étudiante, cela passe d'abord par l'écoute :

E5 : « notamment il y avait celui de la demande abusive là, j'sais plus si c'était une histoire de demande d'antibiotiques ou de demande d'arrêt de travail ou quoi que ce soit, où le côté euh, moi ce que j'en ai retenu, ce avec quoi je suis rentrée de ce truc c'était euh, le côté parfois y a juste besoin de se euh, lâcher un peu de ce qui va pas, 'fin du médecin qui doit écouter en fait, et être là pour une personne qui pousse pour demander quelque chose, mais en fait qui sera vachement plus satisfait en sortant de sa consultation, avec son arrêt de travail ou sans son arrêt de travail mais si elle a été écoutée avant. »

Elle insiste aussi sur l'importance d'aller chercher au-delà de ce que le patient présente de

prime abord, soutenu par un de ses pairs :

E5 : « le côté parfois y a un peu quelque chose derrière, et euh c'est bien d'aller jusqu'au bout du problème et être assez ouvert à la communication tout en restant ferme sur euh, 'fin pas prescrire n'importe quoi ou quoique ce soit, mais euh, aller au bout de la communication avec le patient pour être sûr d'avoir compris d'où il vient parce que parfois on, 'fin, pourquoi il demande ce qu'il demande, pourquoi il a peur de ce dont il a peur, bah parce que une fois que c'est vachement plus clair, c'est plus simple pour tout le monde. »

E10 : « nous c'était une pédiatre, ça nous aidait un peu à, voilà à chercher euh, un peu ailleurs, 'fin à, à remettre un vrai motif, 'fin pas un vrai motif de consultation mais un, bon quelque part déceler c'qui s'trame derrière euh, derrière une personnalité, derrière un motif de consultation »

Pour les enseignants, il s'agissait d'**élever le niveau de compréhension du patient** et d'**attirer l'attention des étudiants sur des aspects de la relation** :

F4 : « dans ce qu'on reprenait j'essayais de leur expliquer que euh, [...] certains mécanismes, c'est-à-dire qu'il y a certains patients, plus vous êtes dans le dur plus ils vous, ils surréagissent et comment vous pouvez contourner ça parce que c'est trop dur pour eux de s'remettre en question, comment on peut travailler avec des choses comme ça »

F5 : « dès lors que eux allaient devoir donner de l'information aux patients et non pas l'inverse, euh ils allaient pas pouvoir se contenter d'abreuver le patient, euh et que du coup ils allaient devoir explorer ses représentations, euh et qu'ils, on a aussi un peu abordé les histoires de motif caché, 'fin ils, ils, j'pense qu'ils ont un peu touché du doigt comme ça, mais c'était très euh, on a un peu saupoudré hein, mais, mais du coup ça va améliorer, 'fin ils vont retenir euh, que, qu'ils peuvent pas se contenter de parler et de déverser les trucs sur le patient, qu'il faut vraiment qu'ils, qu'ils sachent de où le patient part, euh, et puis qu'ils collent aux attentes du patient. »

F7 : « Moi j'ai beaucoup euh, j'ai axé leur attention sur euh, sur l'attention au verbal et non verbal, c'est-à-dire il y a des mots qu'il faut entendre, qu'il faut écouter, il faut écouter de façon extrêmement précise ce qui est exprimé. »

Les étudiants semblent avoir également eu l'occasion d'approcher cette compréhension du patient et de sa situation au cours de la phase de jeu, et d'avoir pu tenter de comprendre comment adapter son discours, sa posture de médecin en intégrant ce qu'ils ont pu entrevoir de la perspective du patient, dans une sorte de **réflexivité centrée sur le patient** :

E1 : « *c'est un peu la difficulté de l'exercice on se pose vraiment beaucoup de questions on se dit quel mot il faut employer quel geste il faut faire, il faut pas faire-ci il faut pas faire ça et du coup à chaque fois c'est un aller-retour entre ce que doit penser le patient et ce qu'il faut faire en réponse à ça* »

E4 : « *j'ai l'impression que c'est euh, de, de faire plus attention en tout cas à ça, à mon dialogue et ce que dit le patient.* »

E5 : « *je sais que on a tendance à utiliser des mots, enfin c'est pour ça que j'pense que pour certaines choses on va dire il doit forcément y avoir une formation, parce qu'on a tendance à utiliser parfois des mots qu'on va pas du tout utiliser mais qui peuvent résonner comme très mauvais, euh, dans les façons d'expliquer les choses quoi, qui peuvent rester et faire une beaucoup plus grosse empreinte que euh...* »

E12 : « *moi ça m'a, ça m'a pas trop appris sur comment lui se ressent ou euh comment lui vit la maladie ou ce genre de chose, mais comment est-ce que moi j'fais en sorte qu'il la vive mieux* »

F4 : « *je trouve qu'ils étaient très sensibles à la réaction du patient et comment, comment on réagit dans tel cas, qu'est-ce qu'on dit qu'est-ce qu'on dit pas, et puis des fois de dire là j'sais plus quoi lui dire, j'suis coincé, cette capacité de dire je sais pas moi j'trouve que c'était très important.* »

Les jeux de rôles semblent ainsi avoir permis aux étudiants d'entrevoir ce qu'est une pratique réflexive empathique, intégrant une prise de conscience et une réflexion autour de soi dans la position du médecin, enrichie par les apports de l'enseignant et du groupe, et une réflexion autour de la perspective du patient (empathie cognitive), en cherchant à articuler la pratique autour de ses deux intervenants de la relation de soins, dans un souci de savoir-faire et savoir-être empathiques (empathie comportementale). Il semble en même temps qu'un apaisement

vis-à-vis d'eux-mêmes se joue par l'observation des autres, un décentrement par l'observation d'un autre soi. Cette réflexivité passerait également par un repérage de leur subjectivité et de celle du patient, permettant en même temps une intégration de ces deux perspectives dans la compréhension de la relation médecin-patient tout en touchant du doigt la distinction entre l'autre et soi.

1.c. L'identification

Au cours des entretiens, les étudiants et les enseignants rapportent des phénomènes d'identification au patient et au médecin, soutenant le développement de leur empathie dans ses dimensions affective et cognitive.

1.c.1. Identification³ au patient

Pour la plupart des formateurs, jouer le patient permet de **prendre sa place** et faire l'expérience des émotions qui peuvent le traverser, développant par la suite les capacités imaginatives, supports de meilleures représentations de l'expérience subjective du patient :

F1 : « *se mettre à la place d'un patient je pense que c'est hyper important euh pour pouvoir s'imaginer ce que lui peut ressentir ne serait-ce que quand il est en face d'un médecin.* »

F3 : « *déjà du côté patient, ils s'mettent dans la peau d'un patient, en tout cas ils essaient, donc euh même si c'est des jeux de rôles scénarisés etc, ils peuvent ressentir* »

F4 : « *y a tout simplement l'étudiant qui joue le rôle du patient, souvent il, il passait quand même à travers certaines émotions, soit d'la colère soit euh d'la difficulté, euh ça c'était très intéressant quand ils disaient mais c'est hyper dur* »

F5 : « *celui qui faisait le patient, du coup bah lui il, ben, il s'est quand même, il s'est mis à la place du patient, donc lui c'était même pas de l'empathie dans le sens où il a imaginé, c'est qu'il a vraiment fait l'expérience vu qu'il était quasiment en sympathie avec le patient* »

³ L'identification en psychologie est le fait de se reconnaître dans une caractéristique ou une personne extérieure à soi.

F7 : « C'est-à-dire que quand tu joues un patient, tu t'aperçois de c'que c'est qu'd'être patient, surtout les jeunes. Les jeunes dans la majorité ils ont pas été confrontés à la maladie, euh ou à des problématiques d'addiction importante des choses comme ça et donc euh, à partir du moment où on est dans un jeu de rôles, comme tout acteur on s'met dans l'rôle et on reçoit, on entend des choses que l'ont dit et on perçoit c'que peut occasionner euh une réaction d'un professionnel de santé. Donc c'est sûr que ça les fait progresser, parce que ça fait un effet miroir et ils s'disent wouahou, quand on parle comme ça, ça fait ça, puis quand on parle différemment bah c'est mieux. »

Par l'expérimentation en jouant le rôle du patient, certains étudiants décrivaient en effet avoir pu approcher les **ressentis d'un patient** dans une telle situation, pouvant se rapprocher plus d'une forme de sympathie, ou en tout cas d'expérience viscérale des émotions du patient (empathie affective) :

E1 : « Tandis que là faire un jeu de rôles et se mettre à la place du patient, effectivement dans certains cas, quand, ça peut vraiment, enfin on est le patient, on n'est plus, on n'est plus dans le processus d'empathie, enfin j'avais l'impression, où on essaie de comprendre ce qu'a le patient sans être totalement dans sa peau, là euh l'espace de 5 10 minutes on est vraiment le patient »

E2 : « on se prend quand même assez au jeu en tant que patient et on ressent des choses, enfin même si c'est pas notre histoire directement on voit bien comment un patient dans la même situation pourrait réagir parce que déjà nous en étant pas malade des fois quand on, le l'élève qui joue le médecin peut être un peu brusque ou, nous on sent déjà que ça nous dérange alors on se dit que un patient qui est malade et cetera ça doit être encore plus compliqué pour lui »

E12 : « le fait qu'on t'le dise une fois, tu te dis j'ai un p'tit aperçu de c'qu'on doit ressentir quand même parce que tu l'entends dirigé à toi, la personne te r'garde toi, et donc quand même tu t'dis « oups », de temps en temps tu t'dis « ah d'accord », et euh, et donc ça, ça t'mets au moins dans cette position où t'as quand même, pour les gens comme moi qui ont la chance pour qui c'est, pour qui c'est jamais arrivé, on a un peu cet aperçu de, de la difficulté que ça pourrait représenter pour un patient. »

Pour certains, ils entrevoyaient les **attentes** qu'un patient peut avoir vis-à-vis du médecin :

E2 : « *mais euh oui ça permet de, de mettre au clair les attentes que les patients peuvent avoir euh vis-à-vis des médecins.* »

Enquêtrice : *D'accord, parce que tu ressentais des attentes toi ?*

E2 : *Oui, je trouvais que souvent on prend pas assez le temps »*

Pour une étudiante et deux enseignantes, jouer le patient offrait la possibilité d'une **analyse du discours du médecin** à travers le regard d'un patient :

E2 : « *Et du coup en jouant le patient euh, bah on, se met quand même, enfin on comprend des choses que à l'hôpital on comprend pas forcément en prenant le temps de décortiquer vraiment toutes les paroles des médecins. »* »

F5 : « *Ils avaient cette petite valeur ajoutée de euh, de vraiment ressentir les choses, euh de vraiment faire l'expérience de qu'est-ce que c'est quand un médecin te dit ça, qu'est-ce que c'est quand un médecin a telle attitude euh non verbale euh, de s'sentir écouté de pas s'sentir écouté, euh d'avoir quelqu'un qui va ré, qui va répondre à côté »* »

D'autant plus si ce discours leur paraissait inadapté :

F4 : « *des fois ils défendaient le patient, par exemple il y avait un jeu de rôle c'était une jeune qui, qui se pointe et le médecin en gros doit lui dire c'est p'têtre des IST à risque, les jeunes ils, j'allais dire ils avaient, mais les jeunes ils aimaient pas du tout ils ont dit mais attendez pas du tout c'est hyper pra, comment euh, stigmatisant, toute jeune étudiante qui sort en boîte, elle a pas des conduites sexuelles à risque, et là ils s'identifiaient en fait »* »

On retrouve ce phénomène d'identification au patient **lorsque l'attitude du médecin choque** dans les réponses d'étudiants observateurs des jeux de rôles, chez qui les ressentis s'expriment lors d'un désaccord profond avec la situation :

E9 : « *j'arrivais à me mettre à la place des patients ouais, et des fois j'me disais euh franchement moi si on m'dit ça en tant que patient je sais pas trop comment j'le prends parce que bon des fois y avait des choses qui étaient dites par le médecin, qui étaient très dans le* »

frontal 'fin dans le, le un peu, un peu violent entre guillemets, c'qui fait que ouais des fois on, ouais les jeux de rôles ça m'a permis aussi de m'mettre, ouais en observant de m'mettre à la place du patient quand même »

C'est aussi le cas pour cette étudiante qui avoue avoir eu du mal à s'identifier au patient ; dans ce cas, c'est avec le regard du médecin que le processus identificatoire opère :

E8 : « Parce que parfois il y avait des choses qu'ont été dites, ou des façons d'présenter les choses par euh, mais euh, des gens d'mon groupe où j'me disais « mais ça c'est pas du tout possible de dire ça », 'fin c'est pas, c'est 'fin, c'est pas entendable en tant qu'patient, c'est pas la bonne façon de le dire, du coup là j'pense que c'est une partie où j'me mets à la place du patient peut-être mais euh, mais c'est plus dans le sens « il faut pas dire ça » que « on peut pas entendre ça »

La partie observation du jeu de rôle est un moment propice à l'identification au patient pour cette étudiante par le respect d'une certaine **intimité** :

E5 : « Ah oui, 'fin il y a le point où tu le fais un peu dans ta tête quoi, pas forcément besoin de le faire devant tout le monde, où moi j'pense que ça aurait été un peu anxieux, mais forcément ouais. Mais aux deux, enfin les deux, en plus ils ont un petit temps de préparation et c'est un temps où euh moi j'me disais « ok, le patient j'le jouerais plutôt comme ça, enfin moi j'le vivrais plutôt comme ça », puis après c'était pas mal de voir les deux confrontés aussi, comment il était joué et comment moi je le pensais. »

La position d'observation permet également de réagir et d'expérimenter les réactions du patient :

E7 : « 'fin en tout cas quand on les regarde ou même quand on joue le patient, euh on réagit par rapport à c'que fait celui qui est en face et qui joue le médecin, donc euh on réagit, on peut réagir d'une certaine façon à c'que nous on aurait fait si on était à leur place »

Les étudiants semblent avoir ainsi eu la possibilité au cours des jeux de rôles d'**expérimenter subjectivement l'état psychologique et les émotions du patient**, en tout cas tels qu'ils se les représentent, de ressentir à la place du patient (empathie affective).

Venant nuancer voire contredire ces observations, un certain nombre d'étudiants décrivait le jeu du patient comme un **rôle de théâtre**, qui avaient peu mobilisé d'émotions chez eux, et ce pour plusieurs raisons.

Certains étudiants ne sont pas convaincus quant au bénéfice qu'ils pourraient retirer à jouer le patient. Ils avancent même un **processus contre-productif** dans la mesure où les représentations sont trop différentes des leurs, dans leur contexte d'apprentissage en cours. Ce qui semble les éloigner encore d'une compréhension du patient :

E1 : « *là pour le coup je trouve ça plus compliqué dans le jeu de rôles parce que, bah on est étudiants en médecine et du coup, enfin moi je devais jouer un patient qui refusait de prendre le traitement pour le VIH je crois, et euh même, après je suis pas très doué en théâtre mais, même en essayant de se mettre dans la peau du patient y a toujours l'arrière-pensée parce qu'on nous serine ça toute la journée que le VIH ça se traite, que c'est important de prendre les traitements, que c'est pas une maladie, c'est une maladie grave mais voilà il faut, avec le traitement on peut avoir une vie presque normale* »

Le même étudiant explique comment le **manque de préparation** du rôle peut influencer la possibilité de ressentir à la place du patient :

E1 : « *c'est peut-être parce que je suis pas totalement euh, fin je suis pas habitué au théâtre au fait de prendre le rôle d'un personnage mais je trouve que enfin la façon dont c'est fait en tout cas on découvre un rôle, après c'est pour être spontané, deux minutes plus tard on doit se mettre dans la peau du patient c'est, de temps en temps y avait des jeux de rôles où j'avais l'impression d'être, enfin pas d'être mais de ressentir ce qu'on peut vivre dans ces cas-là, mais d'autres fois enfin j'avais l'impression que c'était plus artificiel* »

Pour ces étudiants, le rôle du patient est de l'ordre d'un jeu « non-sérieux », ce qui occasionnerait une **mise à distance** qui ne permet pas de recréer une émotion :

E4 : « *Bah là c'était plus du jeu d'acteur quoi, c'était plus euh, j'pense que c'était la partie un plus euh, pas facile mais détendue on va dire* »

E5 : « *aux jeux de rôles c'est bien de se mettre à la place de quelqu'un mais c'est je sais pas,*

mais voilà, le, le, le côté émotion créée il est pas assez fort parce qu'on n'est pas assez bon »

E11 : « Moi j'ai joué ouais à la faculté le patient, euh bah là du coup c'est plus un rôle d'acteur, là c'est euh, là il faut savoir le jouer, c'est compliqué de jouer un, un patient, de jouer un patient qui soit reçoit une annonce qui est difficile, soit qui est malade euh, c'est pas facile, et euh, et, et voilà faut, faut arriver à s'mettre dans l'personnage et, voilà c'est un jeu. [...] J'pense moi, j'ressens plus de choses quand j'suis à la place du médecin, à la place du patient je, c'est plus un jeu quoi, pour moi c'est plus le, le jeu d'acteur donc euh voilà, plus de l'amusement là on va dire »

Pour deux étudiants, le rôle du patient était vu comme au service de l'étudiant qui jouait le médecin, pour lui permettre de s'entraîner ; les opportunités de s'identifier au patient, tant par le jeu que par l'observation du patient perdaient alors leur sens, et restaient centrés sur le prisme du médecin :

E4 : « jouer le patient c'est plus euh, bah pour faire jouer le médecin qui est en face, j'trouve. »

E6 : « j'essayais en gros euh, j'essayais de mettre sur les pistes mon collègue qui jouait le médecin, pour l'aider »

Cet étudiant trouvait même que c'était inutile de jouer le patient :

E10 : « c'était tellement forcé en fait, euh, c'est pour ça en fait que j'ai pas voulu jouer le rôle du patient parce que moi j'trouvais que c'était inutile, finalement j'trouvais qu'ça avait aucun intérêt »

Enfin pour ces trois étudiantes, jouer le patient, c'est jouer un rôle en étant plus soi-même :

E6 : « moi j'arrive pas à me, 'fin, à me mettre à la place de quelqu'un d'autre que je suis pas euh, je suis pas du tout dans ce genre-là, moi j'ai pas trop aimé »

E12 : « Bah si, tu t'mets dans la peau d'un patient mais tu es pas trop dans ta peau à toi,

parce que t'as déjà vu plein de patients et donc tu t'dis celui-là je sais que lui c'est genre le patient qui est hyper adapté à cette situation et donc tu joues, c'est plus un jeu, plus que quelque chose que toi tu ressens vraiment »

E7 : « celui qui joue le patient, il doit déjà s'mettre à la place du patient donc déjà lui-même doit essayer de, d'avoir de l'empathie pour une personne qui, bon qui n'existe pas, 'fin qui existe que sur le papier, donc lui-même j'pense à dû mal à comprendre c'que ressentirait une personne qui est dans cette situation-là »

Un enseignant faisait des observations qui allaient dans le même sens, entre le **manque de ressentis ou de capacité à identifier et exprimer ces ressentis**, l'**identification prépondérante au médecin** et la **mise à distance du rôle patient** :

F2 : « C'est ce qui paraîtrait le plus évident spontanément, c'est-à-dire qu'en jouant le patient euh, c'est le moment où ils sont le plus à même de percevoir voilà qu'est-ce que c'est qu'être un patient à qui on annonce une mauvaise nouvelle, ou à qui je sais pas on refuse quelque chose là, selon la thématique des jeux de rôles, pour autant je, je suis pas sûr en fait qu'ils aient, que ça ce soit vraiment passé comme ça, parce que beaucoup on fait le retour après avoir joué le patient, parce qu'au début du debriefing on interroge d'abord notamment le ressenti du, des étudiants sur euh, bah voilà comment tu t'es senti comme médecin, comment tu t'es senti comme patient, et souvent ceux qui avaient joué le patient bah en disaient pas grand-chose quoi »

F2 : « c'est-à-dire que ils avaient euh, d'abord plusieurs fois ils ont bah moi je, je, j'étais d'accord avec le médecin, j'étais d'accord avec le médecin, avec celui qui jouait le médecin et du coup ils étaient dans une sensation vraiment de jeu »

F2 : « ils jouaient mais quelque chose comme si vraiment ils avaient joué un personnage extérieur quoi »

Il l'explique par un **décalage** entre leur représentation du patient et le rôle écrit :

F2 : « le positionnement du patient leur paraissait un peu, pour eux, ne pas correspondre pour faire simple »

1.c.2. Identification au médecin

Lors de la simulation, en jouant le médecin, les étudiants pouvaient s'identifier au rôle. Deux étudiantes décrivent comment elles ont pu percevoir leurs émotions en tant que médecin, et comment celles-ci jouent dans la relation avec le patient, développant ainsi leur **émotivité** :

E3 : « y a des moments où on, on se sent bien, enfin on se sent à notre place parce que on sent qu'on arrive à faire passer un message et on sent que le, le courant passe bien, et y a des moments où on se retrouve complètement bloqué et euh, c'est pas de la gêne mais c'est plus euh, 'fin on est, on se sent très débordé quoi, très vite euh par les émotions du patient, parce que nous on sait pas tellement quoi répondre parce que on se retrouve bloqué »

E12 : « quand t'es le médecin t'es vraiment plus, c'est plus toi, tu ressens plus vraiment j'ai quelqu'un en face et faut que j'fasse en sorte que ça s'passe bien quoi. »

Cette même idée est reprise par cet enseignant, qui plus haut expliquait la difficulté pour les étudiants de prendre la place du patient en jouant son rôle, mais qui a perçu chez eux des émotions en prenant la place du médecin :

F2 : « en jouant le médecin, je pense qu'ils l'ont quand même ressenti, en fait bizarrement. Parce que du coup, et bien ils ont senti que euh certaines choses étaient difficiles à dire, et donc en fait même s'ils étaient en tant que médecin, s'ils sentaient que c'était difficile à dire c'est qu'ils sentaient que c'était difficile à entendre pour le patient »

Une enseignante décrit également ce phénomène d'émotivité identifié et soutenu par le jeu du médecin :

F4 : « pour le médecin de la même façon il ressentait quelque chose quand le patient lui disait euh non j'veux pas, parce que y a l'empathie envers le patient, mais, alors c'est pas forcément le but du jeu, mais y a aussi euh, par quel, euh 'fin, de leur faire sentir que ça peut faire quelque chose au médecin d'annoncer quelque chose de terrible, ou de comment il va gérer ça, ou d'être face à un patient qui va refuser, est-ce qu'il va ressentir de la colère, comment il va faire »

Les observateurs aussi pouvaient s'identifier au médecin, ceci favorisant réflexivité (analyse de l'environnement perçu et comparaison avec soi) et apprentissage social par les interactions au sein du groupe, entre joueurs et observateurs, qui viennent soutenir l'analyse des comportements du médecin :

E8 : « *j'm'identifiais plus au médecin qu'au patient quand j'avais des, des gens qui savaient pas trop quoi dire moi j'me disais « oh j'aurais dit ça, j'aurais fait comme ça » »*

E9 : « *Les jeux de rôles euh, j'trouvais ça bien, mais plus côté médecin que, 'fin, en tant qu'observateur on arrive pas trop à savoir euh, 'fin j'sais pas j'arrivais pas trop à juger euh, je sais pas »*

F6 : « *moi j'voulais pas intervenir pendant le jeu de rôles et j'voulais pas que les autres étudiants interviennent, mais y avait les réactions, y avait des sourires un peu entendus quand même euh, des rires, des réactions un peu choquées, euh et j'pense que tout l'monde le percevait, même si on r'gardait plutôt les étudiants qui f'saient le jeu de rôles mais y avait une vraie dynamique de groupe, ils étaient pas seuls au monde, l'intérêt du jeu de rôles, et de l'faire en live c'est qu'justement c'est pas un truc filmé, euh y a une vraie interaction entre ceux qui font le jeu de rôles, et ceux qui y assistent ».*

Le processus d'identification semble avoir permis aux étudiants de faire l'expérience des émotions des deux côtés de la relation de soins. Côté patient, ils ont pu pour certains ressentir à la place du patient (empathie affective) ou imaginer des ressentis (empathie cognitive). Côté médecin, ils semblent avoir pu identifier et analyser des émotions en réaction au patient (congruence).

1.d. La subjectivation

L'analyse des réponses apportées par étudiants et enseignants a permis de faire émerger un processus de subjectivation⁴ chez les étudiants par leur participation à ces jeux de rôles, en

⁴ Dans ses origines psychanalytiques, à partir de la définition énoncée par Raymond Cahn et son devenir, la notion de subjectivation peut être définie comme une appropriation subjective (par opposition au déni ou au clivage, et aux différents modes de mise hors sujet d'une partie de la réalité psychique) permettant la constitution d'un espace psychique dans lequel le sujet peut admettre en soi le pulsionnel, ou l'excitation créée par l'objet, par son absence, synonyme d'abandon ou de déréliction, ou au contraire, son excès de présence ou d'intrusion, synonyme d'envahissement ou de sidération, et ouvrant sur de possibles transformations. Pour notre étude, et

tant que médecin et en tant que sujet en cours d'apprentissage, qui pourrait favoriser la construction de leur empathie, notamment dans son volet comportemental.

Il s'agit en premier lieu, par la possibilité offerte de jouer le rôle, de **prendre véritablement la place du médecin**, comme un changement de paradigme, permettant l'appropriation subjective des situations cliniques présentées, et non plus seulement une observation passive :

E1 : « *avoir quelqu'un qui pose des questions et tout d'un coup être dans la peau du médecin et être confronté au fait de devoir répondre aux questions, devoir dire « oui c'est grave » mais sans traumatiser, enfin oui sans traumatiser le patient c'était vraiment euh, ouais c'est presque un défi c'est vraiment, tant qu'on l'a pas vécu, même en jeu de rôles, c'est difficile de se rendre compte à quel point c'est difficile »*

E10 : « *pour moi c'est un peu un prémisses, c'est une première entrée en fait dans le monde de, voilà c'est moi le médecin, c'est moi qui suis en face du patient, c'est moi qui parle. »*

E3 : « *c'est un changement énorme quand on nous demande nous en fait se mettre en face de quelqu'un, et accueillir du coup, de la façon dont moi je décrivais l'empathie, accueillir directement ses sentiments parce qu'il nous regarde dans les yeux, il nous parle à nous et pas à la personne d'à côté, et du coup on comprend beaucoup plus ce qu'il pense puisque c'est à nous de répondre, et en fait ce côté où on parle directement à la personne, on comprend beaucoup plus la situation dans laquelle chacun est, le rôle que chacun a. »*

E3 : « *mais en fait quand c'est à nous d'agir, peut-être qu'on prête plus d'importance à ce qu'on doit dire donc à ce que la personne répond, 'fin je sais pas, mais en tout cas je trouve ça plus marquant que quand on est juste à côté en train d'observer. »*

Pour cette étudiante, c'est une façon de passer de l'observation (en stage) à la pratique. Ceci ouvre un espace d'expérimentation très profitable et subjectivant, selon son propre style, développant en retour les compétences empathiques :

E3 : « *le fait que se soit pour une fois nous qui sommes acteurs, d'une certaine façon, puisque c'est nous qui jouons le médecin, euh bah on peut beaucoup plus faire de la façon dont on*

introduit dans le contexte des études de médecine, elle qualifie ainsi le processus par lequel l'étudiant crée et/ou développe un espace psychique propre en lien avec son vrai soi et dans la relation à l'autre, dans l'exercice de la fonction médicale. [134, 135]

veut faire en fait, étant donné qu'on est tout le temps en train d'observer tout le temps, là c'est la seule vraie fois sauf quand on est seul avec un patient dans une chambre et qu'on peut lui parler mais c'est la première fois qu'on voit ce qu'on est capable de faire »

Plusieurs étudiants, rejoints par des enseignants, ont décrits la façon dont les jeux de rôles leur permettaient d'identifier leurs propres **difficultés** pour se préparer à y faire face et les dépasser, qu'il s'agisse de repérer les difficultés :

– dans la communication empathique lors d'annonce de mauvaise nouvelle, en tenant compte de ses affects et de ceux du patient :

E3 : *« on redoute les, les questions que pose le patient euh sur comment il va devoir gérer, comment machin, j'trouve parfois on sait pas trop où est notre rôle, c'est-à-dire que là euh 'fin, je vais lui dire comment vivre sa vie ou comment, comment enfin accepter la nouvelle et en même temps il faut qu'il prenne son traitement, enfin ça a un côté euh, c'est, c'est intéressant, pour, pour nous j'trouve c'est intéressant »*

E12 : *« c'est pas, c'est jamais simple de, d'annoncer à quelqu'un que il va mourir ou que il va perdre la mémoire jusqu'à la, 'fin qu'il va plus jamais avoir la mémoire qu'il avait avant, ou que il a une maladie qui va demander un suivi et des traitements qui sont lourds, 'fin qui sont compliqués, ça fait jamais plaisir. »*

F2 : *« Comme j'ai dit j'pense que voilà notamment j'trouve c'était assez évident sur la première séance « annonce d'une mauvaise nouvelle » qu'ils ont senti quand même la difficulté qu'ils pouvaient avoir à dire certaines choses à dire certains mots tout simplement, d'ailleurs qu'ils utilisaient des périphrases des machins c'était assez intéressant de euh voir ça, et que eux le perçoivent aussi. »*

F5 : *« j'pense que pour l'étudiant qui jouait le médecin, ça lui a servi parce qu'il s'est rendu compte que c'était difficile, euh, et que c'était difficile à improviser, et que c'était vraiment quelque chose qui devait s'apprendre, mmmh et d'faire un peu des, d'imaginer quasiment des scénarios à l'avance, 'fin de, de s'préparer à plusieurs façons de répondre au patient, de lui, plusieurs façons d'lui témoigner de la considération, de l'intérêt, enfin, ou de lui, de lui montrer qu'il l'entend et qu'il l'écoute »*

– ou dans la gestion de situations relationnelles difficiles :

E10 : « *les patients c'étaient souvent des gens qui surjouaient donc euh, après quand on a quelqu'un de très désagréable en face de nous ça nous donne pas forcément envie de, lui montrer de l'empathie et de lui montrer son soutien.* »

Cela permettait ainsi que l'étudiant ait une meilleure connaissance de soi, une meilleure compréhension de ses propres réactions selon les situations, temporisant ainsi l'envahissement de soi par ces difficultés, et élargissant la disponibilité d'ouverture à l'autre.

Les étudiants identifiaient également l'importance du débriefing dans ce processus de subjectivation. Dans cette recherche de dépassement des difficultés, le **feedback centré sur l'étudiant**, permet d'élargir la compréhension de ce qui se passe et la connaissance de soi, soutenant l'identification de moyens de progression personnelle :

E3 : « *parce que y avait un feed-back que j'aurais pas eu, euh j'ai trouvé ça hyper intéressant, vraiment à chaque fois que j'ai joué le médecin, le patient j'ai trouvé ça moins intéressant pour être honnête, mais bon il en faut, mais euh dès que j'ai joué le médecin j'ai trouvé que en fait j'apprenais un truc, sur, la façon dont je devais faire* »

E10 : « *c'est pas ça qui va, 'fin si ça va modifier mon, mon comportement dans le sens où j'ai entendu des choses, on m'a dit qu'il y avait des conduites à adopter ou, voilà j'ai retenu certains messages, qui étaient de, voilà comment, comment appréhender certaines situations* »

E12 : « *moi c'qui m'aidait surtout c'est qu'on m'dise bah là oui tu vois qu'il va pas bien, c'que tu peux faire pour l'aider c'est ne s'rait-ce que lui parler ou juste faire des choses et moi ça m'soulageait vachement de savoir dans ma tête que j'avais, je savais les choses que j'pouvais faire, pour, pour avancer.* »

Le feedback était l'occasion de **clarifier son positionnement** en tant que médecin face au patient, entre professionnalisme et adoption d'une attitude empathique :

E3 : « *le feed-back, le fait qu'on dise ce qui allait et ce qui allait pas, c'est-à-dire que la première fois vous faites comme, 'fin moi j'ai fait comme j'aurais fait avec n'importe qui, et*

après on comprend, bah non parce qu'il faut faire ça parce que tu es dans une relation médicale donc il faut poser ça, il faut faire ça, donc le fait d'avoir un feed-back nous permet bah d'améliorer d'une fois sur l'autre »

E9 : « ça m'a aussi montré qu'j'suis p't'être trop, j's'rais p't'être trop gentille en tant qu'médecin, surtout dans le jeu de rôles où fallait dire non à j'sais plus trop quoi, une ordonnance ou, ouais moi au bout d'un moment j'lui aurais donné quoi. Parce que euh, c'était euh, 'fin voilà, c'est des situations qui nous touchent en tant qu'personne et c'est vrai que, j'sais, 'fin voilà »

F3 : « et de débriefer sur des situations. Vraiment creuser sur euh, sur la relation sur le fait de, le positionnement que doit avoir le médecin »

Une étudiante explicite finalement l'intérêt du feedback déjà relevé par d'autres comme permettant d'**identifier des besoins d'apprentissage** :

E8 : « j'pense que c'est comme ça qu'on peut s'améliorer parce que sinon en fait on s'débrouille un peu tout seul quoi »

Le processus de subjectivation participerait ainsi de la **construction de l'identité professionnelle** de l'étudiant, le plongeant dans le rôle du médecin et initiant et étoffant sa réflexion autour de cette position. Par la subjectivation, les étudiants semblent à la fois faire l'expérience et intérioriser cette position de médecin dans la relation de soins, en se retrouvant dans la situation de chercher à comprendre, sur les plans cognitifs et affectifs, le patient et d'agir face à lui, touchant ainsi ces trois composantes de l'empathie, et identifiant difficultés et possibilités de progression personnelle.

1.e. Le transfert de la théorie vers la pratique

En dernier lieu, l'analyse des entretiens réalisés a permis d'identifier un processus de transfert de la théorie vers la pratique qui s'opère chez les étudiants grâce aux jeux de rôles.

1.e.1. Médiation entre théorie et pratique par le jeu

Les étudiants décrivent comment, par l'expérimentation au cours du jeu, ils ont pu **mettre en pratique ce qu'ils avaient observé ou intériorisé**, et ainsi comprendre et se rendre compte de ce qui se passe pour un médecin face à un patient :

E2 : « finalement c'est des choses qu'on sait déjà mais que c'est en les mettant en pratique qu'on se rend compte que c'est pas évident donc là c'est bien on a pu le faire une fois mais après au fur et à mesure de l'expérience qu'on va acquérir ça va devenir de plus en plus naturel »

E4 : « d'essayer de, bah de mettre en pratique des choses qu'on a vécues et de, de, 'fin d'essayer de, bah voilà d'avoir une position de, de s'mettre euh, comment dire de, d'utiliser des choses qu'on a vues, des médecins qu'on a vu en consultation etc et de se projeter un petit peu de comment on aimerait être, comment on sera plus tard et voilà, de mettre en pratique des choses qu'on connaît, qu'on a entendu, qu'on a appris »

E10 : « c'est une mise en situation donc on a besoin de, déjà rien que le fait d'essayer, ça permet de comprendre »

Pour les enseignants, la mise en situation permet de **retranscrire la réalité** et de s'en approcher :

F2 : « parce que c'est quelque chose qui déjà les met en situation d'être euh en relation directe avec quelqu'un, même si c'est une simulation ben euh, ça ça ça les aide quand même. »

F6 : « au début ils prennent pas du tout le temps de planter le décor, et donc c'est quand même très artificiel, et ils s'endent bien compte que, ça n'a pas l'air de la vraie vie, et au fur et à mesure, bah ils essaient, donc déjà moi j'leur mettais la blouse, j'trouvais qu'c'était bien qu'il y ait le médecin qui ait la blouse et le patient qui avait pas la blouse etc, on ouvrait la porte, ils entraient dans le bureau etc, on jouait vraiment les choses, euh, et vraiment, j'trouve qu'au fur et à mesure, bah j'les ai sentis prendre leur temps, déjà, ne pas foncer. »

Plusieurs enseignants ont noté comment les étudiants ont pu **faire le lien entre les situations**

jouées et celles rencontrées en stage hospitalier, créant des résonances et réfléchissant à ce qui s'était joué dans la relation avec des patients réels :

F1 : « y a une des externes du coup qui a ramené une situation clinique à elle. Euh a dit euh je crois que c'était un patient âgé en fin de vie, euh et elle disait qu'il refusait les anti, enfin il refusait de se mettre au fauteuil je crois que c'est un truc comme ça. Euh du coup il y avait ce truc de refus aux soins, parce que le jeu de rôles d'avant c'était un truc de refus aux soins je crois, et du coup elle avait fait ce parallèle-là, elle a raconté cette histoire. [...] Mais en fait j'ai eu l'impression que euh les autres ça les a pas mal animés aussi, ils se sont pas senti du tout euh effractés ou quoi parce que j'aurais pu penser qu'ils allaient tous se braquer et pas vouloir entendre ça et que ça allait mettre des blancs mais en fait ils ont tous pas mal réagi, ils se sont tous un peu portés, ouais pourquoi pas faire-ci, pourquoi pas faire ça, et j'ai trouvé ça assez bien finalement qu'ils puissent du coup, déjà mêler et le jeu de rôles à leur expérience clinique et qu'ils puissent voir ce que le groupe peut apporter aussi à une expérience comme ça »

F4 : « à la deuxième ils m'ont dit mais si si c'qu'on a fait ça m'a fait penser après parce que j'ai rencontré j'sais plus quelle situation, donc ça j'pense que c'était quelque chose qui était assez positif, ils y voient du sens »

F6 : « Et aussi une autre chose intéressante c'est qu'on pouvait débriefer sur des situations qu'ils avaient vues en pratique en stage. Exemple, quand il y a eu le groupe annonce d'une mauvaise nouvelle ou annonce d'un diagnostic difficile, euh, j'leur ai demandé si dans leurs stages ils avaient pu assister à des annonces qui les avaient choqués ou des annonces qui au contraire leur avaient paru tout à fait adaptées ou, ils avaient tous une voire plusieurs histoires à raconter, on avait tous des histoires d'annonces de maladie graves en coup de vent ou au contraire d'un réanimateur qui avait annoncé à une famille qu'il y avait une mort encéphalique et qu'il fallait faire ci ou ça et il le f'sait très très bien dans les règles, euh donc ça il y avait aussi au-delà de l'expérience qu'on vivait en groupe là, l'expérience individuelle de chacun. »

Faire le lien entre ce qui a déjà été observé en stage et ce qui est discuté théoriquement lors des jeux de rôles, pouvoir mettre en pratique au cours des jeux de rôles des attitudes retenues de l'observation de médecins séniors et exporter en stage celles identifiées au cours des

séances pourraient participer à renforcer le souci du patient, la motivation à s'intéresser au patient.

1.e.2. Anticipation

L'entraînement est vu par les étudiants comme permettant d'anticiper des situations. Ici il s'agirait d'une **sécurisation** vis-à-vis de ces situations, qui apaise et qui libère, aussi bien qu'un premier **entraînement**, facilitant le comportement empathique (dans la compréhension de ce qui se joue et de son positionnement) pour une prochaine fois :

E1 : *« là on découvre l'hôpital, on découvre les vrais patients, on découvre des gens qui vont mourir qui ont parfois des maladies graves, et le fait d'avoir une sorte de, je sais pas non c'est pas un vaccin mais déjà un entraînement bah ça permet de, je dis pas qu'on se sent merveilleusement bien ça c'est sûr que non mais au moins on est peut-être un peu moins maladroit quoi. »*

La notion de « vaccin » pourrait impliquer un aspect protecteur et une mémoire empathique.

E7 : *« parce qu'on a vu une situation avant d'la vivre, 'fin on a essayé d'analyser une situation avant même de la vivre »*

E10 : *« j'ai surtout vu un entraînement en fait, assez utile d'ailleurs »*

E12 : *« Du coup j'me dis, puis moi j'ai eu des patients après qui avaient, où y avait eu des annonces de cancer ou ce genre de chose, où j'étais un peu plus à l'aise, où j'me suis dit bon ça va j'ai passé le cap.*

Enquêtrice : *Ouais, c'était le fait de l'avoir fait une fois dans le...*

E12 : *Ouais c'est ça. C'est un peu comme, t'sais, quand t'as fait le chemin une fois, c'est moins difficile d'y retourner, tu sais un peu où tu vas quoi. »*

Là, c'est une anticipation de la **responsabilité et de l'impact du médecin sur le patient**, en même temps qu'un dépassement du traumatisme lié à certaines situations :

E3 : *« tout ce qu'on dit quand, quand d'une certaine façon on a notre blouse et qu'on revêt le, le rôle médical, en fait tout de suite ce qu'on dit va être interprété et changé et, par l'esprit*

du patient, donc si on choisit pas bien nos mots, si on choisit pas bien la façon dont on parle, bah on se rend très vite compte que ça peut être complètement disproportionné, quand c'est un jeu de rôles c'est pas très grave, mais euh quand on sera vraiment médecin et qu'on dira des vraies choses sur des traitements ou des choses comme ça je trouve que, bah on se rend très vite compte de ce que ça représente quoi. »

E12 : « j'ai eu tellement un premier échec qui était tellement abominable, que j pense que j'm'en souviendrai toute ma vie et j'ref'rai plus jamais ça et du coup mes patients vont être très contents que j sois passée par là. Ca arrivera plus jamais. Et donc euh, et donc voilà moi ça m'a appris à un peu naviguer dans ces eaux-là. »

Pour cette étudiante, la sensation de maîtriser rassure et permet d'être plus disponible pour le patient, donc plus empathique :

E8 : « (parlant d'une situation vécue en stage, après les jeux de rôles) bah même quand j'ai tenu tête au patient qui voulait son arrêt de travail, tu vois j'étais plus rassurée par ce que je faisais parce qu'on en avait parlé ensemble et on en avait discuté et, c'est pas quelque chose de nouveau qui arrive, parce que y a beaucoup de choses nouvelles auxquelles t'es confrontées et t'es pas prêt parce que t'as jamais anticipé le truc, et j pense que ça permet de se préparer à ces situations-là et ouais de diminuer l'appréhension qu't'as, et de te dire vas-y j'l'ai déjà fait même si c'était en jeu euh, 'fin ça va l'faire, 'fin ça rassure, de toute façon on irait parce que t'as pas le choix, mais j'trouve que ça rassure ouais, tu t'sens plus à l'aise »

Pour ces enseignantes aussi, l'anticipation permet une sécurisation et l'acquisition d'un bagage personnel :

F1 : « de pouvoir se mettre à la place du médecin dans le jeu de rôle c'est hyper important aussi parce que ça permet d'avoir déjà vécu la situation et puis de pouvoir se euh, se projeter et puis de pouvoir intégrer certaines choses pour une mémoire plus autobiographique et du coup avoir euh, comme ça des processus qui se mettent en place et qui seront moins un choc au moment où ils seront internes et qu'ils seront face à des vrais patients et qu'il faudra répondre à la souffrance des patients »

F5 : « j'me dis qu'en, en anticipant et en, en prévoyant à l'avance les différents cas de figure,

ça peut les aider justement à, à être un peu moins dé, désœuvrés »

1.e.3. Obtenir des moyens d'agir

Les jeux de rôles, par le temps de débriefing et par l'apport des observateurs extérieurs, ont permis aux étudiants d'obtenir des moyens d'agir face au patient, dans le sens d'un comportement, d'une écoute adaptés à la personne :

E7 : « on faisait un, un debrief après, euh où fallait qu'on dise ce qu'on a ressenti et puis après il nous donnait des clés en fait et vous voyez, 'fin moi c'qui m'a un peu marqué c'était l'patient réticent, euh où il disait bah par exemple si le patient agit un peu comme un enfant, euh à vraiment quémander faire un peu l'enfant et ben le médecin en face s'il agit un peu comme l'adulte et euh qu'il est plus ferme, ça marche bien, et si c'est l'inverse ça peut marcher aussi et en fait il y avait un peu, et c'est vrai, 'fin j'me suis rendue compte que ça marchait »

E10 : « le fait qu'on en rediscute derrière, qu'y est une euh, une cheffe qui nous donne un faisceau de, d'attitudes euh à adopter qui auraient pu être utiles dans ce type de moment ou euh, ça pour le coup le, ouais le, le regard extérieur un peu rétrospectif, même en plein milieu du jeu quand on fait un temps mort, ça c'est assez utile pour le coup de, voilà là t'es en, là t'es en difficulté comment tu fais pour euh adapter ta, ton comportement »

E12 : « une cheffe, qui était en pédopsy [...] qui nous donnait pas mal d'astuces en nous disant là par exemple, 'fin surtout pour entamer le sujet et commencer à s'engager dans certains chemins, en nous disant là par exemple tu vois que euh il commence à plus parler ça veut dire qu'il a p't'être besoin de cet instant de silence et dans ce cas-là tu le laisses, ou elle nous aidait un peu euh, elle nous donnait, elle nous disait pas quels mots dire, mais elle nous montrait comment reconnaître certaines situations »

F4 : « là tu vois il faudrait plus que tu dises ce genre de chose que ce genre de chose, euh parce que lui il va pas le recevoir, il va pas accepter ce que tu es en train de dire »

1.e.4. Attitude et savoir-être

Parmi les compétences identifiées comme acquises, ou en tout cas mise en lumière, au cours des jeux de rôle par les étudiants, certaines étaient centrées sur le repérage de l'attitude et du savoir-être du médecin.

Il s'agirait de nouveau d'**acquérir une maîtrise** afin d'être assuré de sa position en tant que médecin, et donc plus disponible pour le patient.

E8 : « *plus c'qu'on a fait sur les demandes abusives et tout ça, ça m'a aidé parce que pour le coup c'est un truc que moi 'fin j'y étais pas habituée, justement le côté savoir être ferme et dire non genre ça c'est mort, ça pour le coup j'pense que si, ça ça m'a apporté parce que, j'pense que j'aurai été du genre à me laisser un peu euh influencer, à me dire bon aller euh, et du coup si ça pour le coup j'pense ça m'a, ça m'a bien aidé, c'est le genre de truc que j'avais pas avant j'pense que c'est ça, savoir dire euh, 'fin de s'affirmer avec la fermeté, et avoir la confiance de se dire j'ai le droit de dire non parce que c'est le médecin, 'fin j'ai un devoir de dire non »*

E12 : « *ça permettait un peu de cadrer un peu et de savoir comment y aller euh de façon assurée, assurée quand même, mais euh sans brusquer pour autant le patient quoi, en face. Ca permet de trouver les mots, surtout. »*

F2 : « *ils ont vu que euh bon ils ont vu des choses dans l'attitude, on a quand même un peu discuter des attitudes. Euh, donc ils ont un peu parlé, en fonction de qui avait joué le jeu de rôles, euh tu vois là tu, tu étais, tu étais calme, t'étais posé, t'as bien expliqué, l'attitude même un peu corporelle, on n'a pas beaucoup insisté là-dessus mais on a quand même un peu parlé »*

Pour cette étudiante, les acquisitions étaient plus difficiles à repérer et se résument en des **petites astuces pour gérer la relation** :

E7 : « *avoir la bonne attitude face au patient, oui. Bah, oui y avait des méthodes qu'il nous disait à la fin un peu plus sur euh, sur euh bah vous voyez comment a réagit à la fin la personne, c'qui est bien c'est d'faire ça, mais après c'était plus, j'avais l'impression*

qu’c’était plus officieux et des p’tites clés quoi pour arriver à gérer la situation »

Il s’agirait également de développer un **savoir-être médical**, faisant intervenir un témoignage direct par le médecin de sa compréhension du patient (empathie comportementale), verbal et non-verbal, et incluant une validation des affects du patient :

E8 : « Parce qu’après c’est des choses que j’ai, ‘fin auxquelles j’ai déjà pensé, de euh quand on t’annonce une mauvaise nouvelle, des choses comme ça, c’que tu peux ressentir et, mais j’le vois plus dans le côté comment est-ce qu’on pourrait mieux euh le présenter en tant qu’médecin plutôt que mieux l’accueillir en tant qu’patient »

F4 : « on reprenait quand même beaucoup le : tu lui as montré que t’étais très embêté par c’que t’es en train de te dire, que oui t’identifies que c’est très difficile pour lui, ça y en a quand même beaucoup dans les étudiants qui le disaient hein presque sans qu’on leur dise qu’il faut dire, d’abord tu pars de la souffrance, tu l’as reconnaît, et après tu dis quand bien même il faudrait que, et ça je trouvais que plein, plein d’étudiants l’ont fait, et que rien que de reconnaître ça on arrive à mieux travailler avec le patient »

F8 : « on s’est un peu attardés sur euh, les bonnes attitudes en général dans la relation euh entre le médecin et le patient, [...] et donc on a abordé la question de l’empathie, et euh, la verbalisation euh, donc euh, au patient du fait qu’on a compris sa souffrance, et donc, je leur ai dit que les, les patients ont besoin d’entendre, ce n’est pas juste une attitude, une mimique faciale ou une attitude gestuelle, il faut verbaliser au patient le fait qu’on a compris sa souffrance, qu’on peut imaginer combien cette situation est pénible pour lui, etc. Et donc on rev’nait sur ça à chaque fois qu’il y avait un jeu de rôles, combien de fois il y avait eu une validation de, du ressenti du patient. »

1.e.5. Compétences relationnelles

Les étudiants décrivaient également l’apport des jeux de rôles pour développer des compétences relationnelles.

Ils citaient en premier lieu l’intérêt du débriefing pour réfléchir à et obtenir des outils de **communication verbale** avec le patient.

E12 : « ça nous préparait à certaines situations, c'était surtout comment se sentait le patient, lui, et comment amener certains, certains mots, au patient. Comment, quel chemin prendre pour amener une nouvelle, pas très agréable. Comment on peut tâter le terrain et savoir euh, au lieu de lâcher comme ça pouh, euh la bombe un peu sur le patient, c'est surtout ça que ça m'a appris »

E12 : « j'ai eu quelques mots-clés, quelques phrases-clés qui permettent d'accrocher, deux-trois euh, 'fin de d'un peu plus euh, bah d'aborder la situation tout simplement »

F5 : « Oui, clairement l'écoute euh, l'écoute oui et puis des façons de, et puis des, des, dans l'expression du coup, ça leur a aussi appris, je pense euh, comment dire certaines choses, et puis quoi dire, euh alors ça leur a appris, en tout cas ils ont pris conscience que y avait un, une problématique autour de ça »

En revanche, ces outils de communication sont vus pour cet étudiant et cet enseignant comme des « mots-clés » qui semblent universalisés sans adaptation au patient et du coup difficiles à intégrer à une recherche d'empathie dans la relation :

E10 : « Dans les jeux de rôles c'était plus une espèce de débrouillage euh, voilà comment réagir dans certaines situations, comment convaincre, comment machin, mais y avait pas de vrai euh, y avait pas la recherche de, de l'empathie, de la chaleur etc on est plus euh, pour moi c'est plus du débrouillage, qui est très utile hein, mais on n'est pas dans, on n'est pas là-dedans, j'trouve. »

E10 : « c'est pas ça qui, selon moi, développe l'empathie envers le patient, c'est très bien pour euh, apprendre en fait à un peu, à mener les arguments de euh, de relation, mais pas, pour moi c'est pas un outil qui va développer particulièrement de l'empathie envers les patients »

F2 : « Mais je sais pas si, je pense qu'ils ont plus perçu ça comme une euh, comme quelque chose d'un petit peu technique de communication, c'est-à-dire euh, euh, comment euh, euh, comment euh voilà si il me dit ça il faut que je lui réponde ça, euh quelque chose qui portait parfois plus sur le fond, c'est-à-dire euh, euh, ah bah oui bah voilà faut que je connaisse bien toutes les stratégies euh, par exemple pour perdre du poids pour pouvoir les appliquer au patient »

Par l'observation du jeu, certains décelaient des éléments de **communication non-verbale** :

E2 : « *je trouve que j'ai plus appris en regardant les autres faire les jeux de rôles et euh et voir les moments de malaise un peu où personne ne sait trop quoi dire ou pouvoir regarder euh la communication non-verbale du médecin et du patient, enfin de celui qui joue le patient* »

Les jeux de rôles permettraient de se concentrer sur la forme, la relation avec le patient, en étant débarrassé des questions de connaissances biomédicales, et ainsi de travailler mieux les compétences relationnelles :

E2 : « *le fait que le, le scénario soit écrit, enfin c'est simple quoi, y a pas 15 questions à se poser, de trucs à annoncer [...], là au moins on suivait la trame et c'était simple y avait que la forme à travailler.* »

E4 : « *le fait de le mettre en pratique, de le faire activement le jeu de rôles ça, ça permet de réaliser certaines choses et de réaliser l'importance de, du dialogue, qui est à la fois verbal non verbal, euh voilà, vraiment l'empathie, de, de s'mettre euh, de, voilà d'insister vraiment sur la relation en tant que telle entre le médecin et le malade, et les conseils du prof, voilà tout ça.* »

Pour une étudiante, il s'agissait aussi d'**ajuster la bonne distance avec le patient**, ce qui peut avoir une influence positive sur sa relation en tant que professionnelle de santé avec les patients :

E8 : « *parfois j'avais peur d'être trop proche de mes pa, 'fin de trop m'impliquer dans la relation avec mes patients, et c'est p't'être plus ça que ça m'a appris, à prendre la distance nécessaire, plus dans ce sens-là que réussir à se mettre assez à leur place, plus pas trop non plus, c'était ma grande crainte en arrivant en médecine, c'était pas réussir à tenir le coup face aux gens autour de moi qui sont euh, parce que je prends beaucoup et euh, et en fait ça je l'apprends, mais c'est aussi avec mes stages mais aussi avec des modules comme ça je pense, à trouver la nette distance, savoir ce qui est normal de faire, c'est normal de demander comment va vos enfants quand on essaye de trouver des choses positives, des choses comme ça, et euh, et ça 'fin c'est vrai c'est pas s'impliquer, mais pas, mais réussir à garder quand*

même une distance pour pas s'écrouler non plus avec le patient »

Ainsi, les jeux de rôles assureraient un lien entre la théorie discutée lors des séances et les situations vécues en stage. Par l'anticipation permise par la confrontation à des situations lors de la simulation, les étudiants pourraient être mieux préparés et plus rassurés face aux patients, et ainsi plus ouverts pour les écouter et les comprendre et réagir (empathie affective, cognitive et comportementale). Les étudiants obtiendraient également des moyens concrets de savoir-faire et savoir-être face au patient, développant leur communication et posture empathiques lors de la relation médecin-patient, construisant le volet comportemental de l'empathie.

2) Critères de jugement secondaires : les facteurs soutenant ou limitant l'empathie

L'analyse des données issues des entretiens nous a permis d'identifier quatre facteurs intervenant dans la construction de l'empathie. Nous rendant compte qu'un même facteur pouvait moduler dans le sens d'un soutien ou d'une limitation de l'empathie, nous avons choisi de les traiter en tenant compte de ce continuum et en identifiant les aspects de chaque facteur favorisant ou limitant la construction de l'empathie des étudiants en médecine au cours des jeux de rôles. Les quatre facteurs sont le cadre pédagogique, l'institution, l'étudiant et le fait d'être observé au cours du jeu. Ces facteurs sont présentés dans la figure 3.

2.a. Le cadre pédagogique

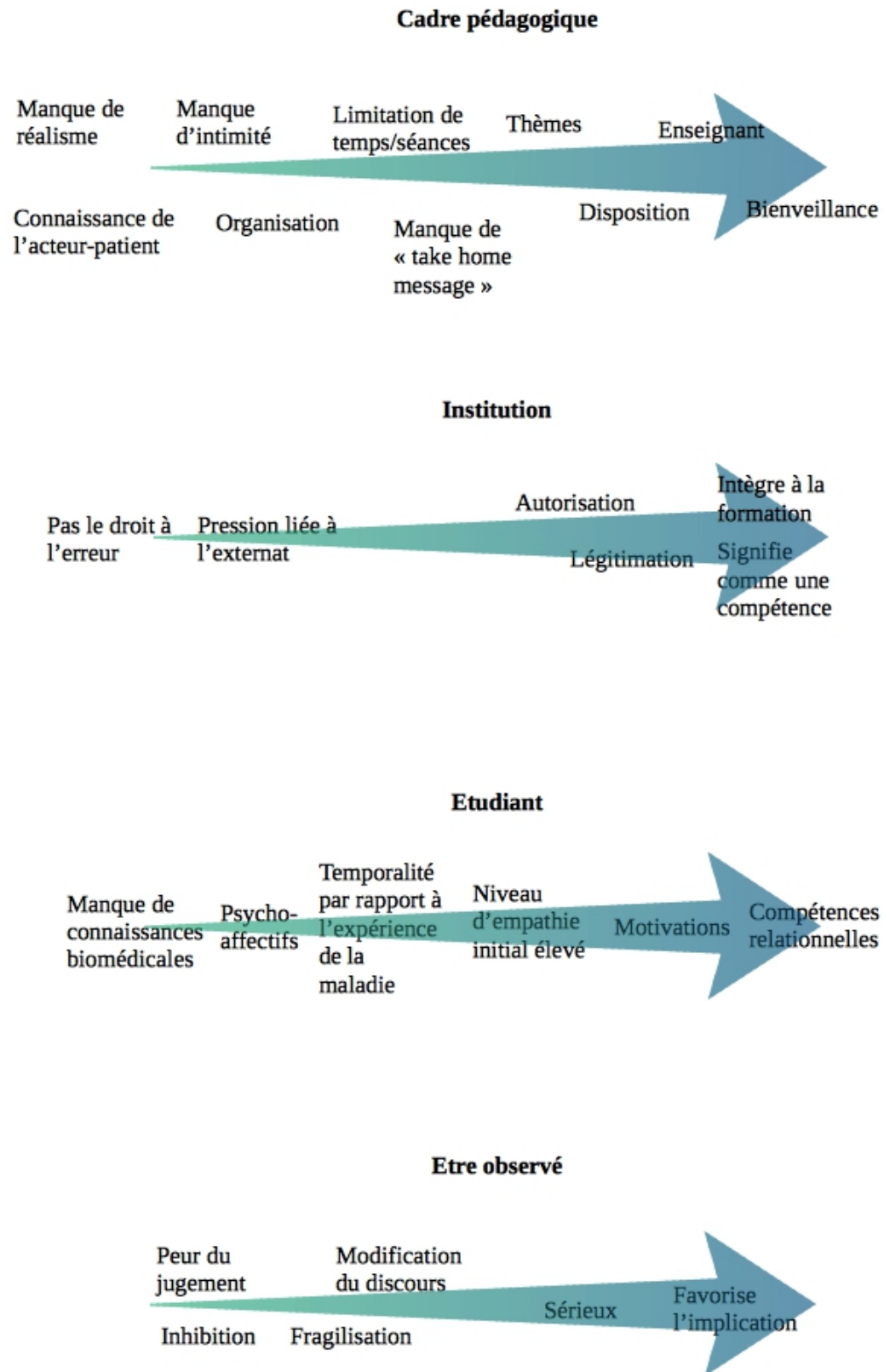
Le cadre pédagogique dans lequel se sont tenus les jeux de rôles a eu son importance pour les étudiants comme pour les enseignants.

Il agissait dans le sens d'un facteur favorisant le développement de l'empathie pour plusieurs raisons.

L'**atmosphère bienveillante** a été notée par plusieurs participants :

E11 : *« le fait de faire ces situations en étant entouré par des collègues, des amis, ça rassure donc on peut, voilà on peut plus euh, on est moins déstabilisé, donc après on peut plus*

Figure 3 : Facteurs de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles



échanger, on peut plus se livrer, et au final on peut mieux vivre la situation, parce qu'on n'est pas seul dans un box avec un inconnu, en détresse, voilà. »

E12 : « pour une première annonce le faire dans un terrain un peu euh bienveillant, où tu connais un peu, les gens ont relativement ton âge, ou même les chefs ou les internes étaient jeunes, donc on restait dans une sphère quand même hyper euh, bah protégée entre guillemets, donc c'était vachement plus, plus à l'aise »

F4 : « ils se valorisaient, 'fin, c'est une autre forme d'empathie, mais ils avaient de l'empathie les uns pour les autres quand ils jouaient les rôles »

L'enseignant a été identifié par les étudiants et les formateurs comme favorisant la construction de l'empathie au cours des jeux de rôles par son rôle d'accompagnateur, exerçant contenance et médiation lors du débriefing :

E2 : « c'est vrai que le fait d'être encadré par un médecin, on se dit que, enfin et que ça soit pour de faux, on se dit que de toute façon on ose et que ça sera toujours temps d'en rediscuter après »

E9 : « pas pendant les jeux de rôles en eux-mêmes, plus pour la discussion après. Parce que le, le médecin qui était avec nous euh posait pas mal de questions euh en mode si il s'passe ça qu'est-ce que vous faites et tout »

F2 : « bien sûr j'ai fait attention, euh, on l'avait vu en formation, de commencer par qu'est-ce qui a bien été fait, qu'est-ce qui peut être amélioré avec un rôle d'animateur c'est ça, parce que c'est sûr que spontanément ils ont tendance à commencer par dire ah bah t'aurais pu faire-ci t'aurais pu faire-ça, mais du coup une fois que tu as mis le truc en place ils jouent le, ils jouent le jeu »

F7 : « tout dépend de, du type d'animation. Moi comme je suis un p'tit peu formé à l'entretien motivationnel, à l'écoute empathique etc, euh j leur transmet des éléments qui peuvent les faire progresser et leur montrer qu'c'est efficace. Quand on fait jouer le jeu de rôles par exemple deux fois, on les laisse d'abord une première fois euh, travailler seuls et que après on débrieife, et que après on évoque peut-être ensemble, on recherche des techniques qui

peuvent faire changer les choses, et qu'après au cours d'un deuxième jeu de rôles, bah on s'aperçoit que ça passe mieux et que l'empathie est plus efficace à tous les points de vue, que ce soit pour le professionnel de santé ou pour euh, le patient, c'est sûr qu'ils vont avoir un témoignage direct de les, de l'importance et de l'efficacité dans la prise en charge du patient de l'empathie. »

L'enseignant jouait aussi le rôle de figure d'expérience, dont les paroles ont une crédibilité à laquelle les étudiants font confiance, pour appréhender différemment la situation :

E4 : « ce qui est le plus marquant a posteriori en en sortant c'est ce que, c'est le, l'enseignant qui fait jouer le truc, qui nous donne son avis finalement à la fin et qui parfois se, enfin en tout cas moi celui que j'avais il nous, comment dire parfois il nous donnait son expérience, son point de vue, comment il aurait dit ça ou pas, et ça j'trouve que c'est, 'fin il nous fait réaliser des choses parfois subtiles qu'on n'a pas forcément senties pendant le jeu des, des acteurs je veux dire. »

E12 : « Et j'trouve que au final c'qui m'a vachement, c'qui m'a le plus aidé c'était quand la cheffe nous disait les, nous aiguillait et nous disait comment un peu prendre, comment appréhender la situation. »

L'enseignant permet d'élargir son point de vue :

E10 : « le regard extérieur d'un chef qui a plus d'expérience que nous, on a tendance un peu à, à voir la situation sous d'autres angles différents que sous celui sous lequel on s'voit »

Pour un étudiant, le cadre scolaire permettait une **référence à la théorie** :

E1 : « ce qui m'a aidé c'est déjà, bah déjà c'est, on est encore dans le cadre scolaire donc on pense aux cours qu'on a eu »

Un formateur notait également que la **disposition de la salle**, différente des enseignements classiques, favorisait les échanges :

F8 : « peut-être la disposition de la salle aussi, euh c'était une disposition en demi-cercle, on échangeait, enfin tous les éléments de, de la mise en place des jeux de rôles, le fait qu'il y

avait une table, un dossier médical, une blouse blanche, ça leur permettait d'endosser le rôle beaucoup plus facilement »

F8 : « oui j'pense que c'était important et effectivement je, je tenais à ce que ce ne soit pas, qu'on ne garde pas la disposition classique de, on s'asseyait en demi-cercle, la scène se déroulait devant nous, ça permettait euh, ça permettait de meilleures interactions. »

Le **choix des thèmes des scénarios** pouvait influencer positivement comme négativement la manifestation de l'empathie par les étudiants.

Ainsi les situations autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, quand elle faisait intervenir de pathologies représentées comme étant graves par les étudiants, mobilisaient leur empathie, de même que les situations touchant à des contextes sociaux fragiles. L'empathie serait alors déterminée par la représentation que se font les étudiants de la gravité d'une situation.

F2 : « je trouve que notamment dans la première séance sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle ça s'est senti, parce que on était vraiment dans quelque chose plus de ressenti que de la technique. Et, ceux qui ont joué, bah on a bien vu que voilà, ils ont un peu euh, ils ont senti la difficulté d'annoncer une mauvaise nouvelle. »

F3 : « là où il y avait beaucoup d'empathie dans les jeux de rôles qu'on a fait là, c't'année, dans les trois, dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, alors quand y a un cancer, c'était très empathique, quand c'était pour du diabète, euh l'empathie beaucoup moins, et euh, dans les demandes abusives, c'est assez intéressant de voir que tous devant une demande d'arrêt de travail parce que y avait une situation sociale compliquée du patient, la plupart des étudiants euh, auraient donné cet arrêt de travail donc euh même si, tout en sachant que c'était pas médicalement justifié »

F4 : « Surtout certains sujets, pas tous mais l'annonce de nouvelle difficile ça clairement oui, la demande abusive euh c'était différent hein là l'empathie parce que c'était plus comment je gère mon agacement à moi en tant que médecin, c'est pas la même chose »

Au contraire, lors de la simulation autour de demandes abusives, les représentations que se font les étudiants des patients semblent avoir été influencées négativement :

E1 : « le jeu de rôles dans lequel, parce que c'est ce que j'ai dit avant mais dans lequel on est un peu dans le conflit avec le médecin parce qu'on est censé incarné quelqu'un qui comprend

pas très bien le schéma thérapeutique, là pour le coup j'ai un peu plus de mal à être dans la peau du patient »

E3 : « Parce que c'est, on est, en fait d'une certaine façon on est beaucoup plus en position de force, donc 'fin j'trouve que moi je me suis senti beaucoup plus, 'fin mieux parce que bah en fait euh, j'venais voir, en même temps j'demandais, enfin c'était demande abusive donc c'était pas non plus, on m'annonçait pas une mauvaise nouvelle et tout »

F2 : « Alors que eux euh, du coup ils le jouaient de manière un peu artificielle parce que je pense qu'ils avaient pas de modèle en tête, et du coup avec des positions forcément très arrêtées, c'est-à-dire que, euh voilà on leur disait bah voilà tu vas jouer le patient euh, la séance s'appelle demande abusive, donc on lui dit tu vas jouer un patient qui a mal au dos depuis 3 jours et qui veut un scanner, ils le jouent de manière caricaturale en fait »

Dans le même ordre d'idée, l'**intitulé des séances** influençaient la représentation des patients et orientaient la relation thérapeutique :

F2 : « la séance patients réticents, euh déjà je me demande si il faut pas changer son intitulé, tout simplement, parce que c'est, et l'amener plus vers euh voilà euh changement de comportement quoi, ou un truc comme ça, un truc qui soit mois, patients réticents j'pense que ça influence la façon dont le, le, les patients sont joués et dont la séance est perçue quoi »

F2 : « Et euh, et la dernière, demandes abusives, c'est pareil un peu parce que déjà, demandes abusives tu intitules la séance comme ça, bon bah déjà ça place que la demande est abusive, alors que bah en fait dans la vie c'est pas comme ça que ça se passe, c'est-à-dire que les patients ils arrivent pas avec une pancarte demande abusive, ils nous demandent un truc et c'est à nous de déterminer si c'est abusif ou pas, et c'est souvent ce qui fait la grande partie de la difficulté, du malaise de ce genre de situation »

F6 : « eux ils ont eu une remarque super intéressante qui était que, euh, quand ils avaient le scénario, savoir que c'était le thème euh patient réticent, ou annonce d'une mauvaise nouvelle, en fait ils préféreraient qu'ce soit complètement mélangé, euh et qu'on leur dise pas, du tout, euh le thème »

Pour une étudiante, certains scénarios étaient trop éloignés de la (sa) réalité :

E7 : *« là c'était vraiment des situations euh, par exemple une demande abusive d'ordonnance, nous on va pas prescrire avant l'internat donc en fait c'est, c'est un peu des situations qu'on rencontre plus en tant qu'interne que en tant qu'externe j'pense, et je sais pas si dans trois ans j'm'en rappellerai encore »*

Enfin, certains formateurs notaient que le fait que les scénarios soient **trop écrits** pouvaient bloquer la créativité des étudiants, et de ce fait la possibilité pour de mettre en place une relation empathique :

F1 : *« y a un scénario, je pense qu'ils ont besoin d'avoir quand même un scénario [...] mais je crois en tout cas dans les réponses des patients, peut-être ça m'a plus sauté aux yeux, mais des médecins aussi, [...] beaucoup de euh, « par exemple dire ça », « par exemple dire ça », « par exemple dire ça », qui fait que j'avais vraiment l'impression qu'ils récitaient ce qu'il y avait écrit quand même, enfin qu'ils lisaient, il y avait peu euh, finalement de créativité qui pouvait se mettre en place de leur part, c'était vraiment euh, limite ils le faisaient dans l'ordre en fait, ce qu'il fallait répondre, comme si c'était un scénario de théâtre et pas du tout une improvi, enfin un scénario déjà écrit et pas du tout quelque chose de l'ordre de l'improvisation, alors peut-être que ça aurait une portée plus forte pour eux si c'était de l'improvisation, mais je sais pas s'ils en sont vraiment capable euh, en tout cas qu'il y ait plus de place pour que eux ils puissent y mettre du leur et de leurs euh, de leurs idées à eux. »*

F6 : *« pour eux y avait trop de, trop d'consignes, presque, euh et puis euh ouais ils préféreraient qu'ce soit un peu plus naturel, ils trouvaient que ça manquait de spontanéité en fait. »*

Le cadre pédagogique pouvait d'un autre côté être un frein au développement de l'empathie.

Un étudiant citait le **manque de « take home message »**, par comparaison aux enseignements classiques, qui l'a gêné dans son apprentissage :

E10 : *« c'était des jeux de rôles donc en fait tout ce qui était dit c'était de l'oral, c'était pas tellement, y avait pas vraiment de trace écrite, y avait pas non plus une espèce de fiche euh dans telle situation dire ça, ça, ça, ça, c'qui aurait pu être utile hein »*

E10 : « *pour moi c'est plus une mise en condition qu'un vrai apprentissage ou, ou, ouais pour moi c'est vraiment une mise en condition, c'est vraiment un, après ça aurait pu être utile d'avoir euh, une espèce de retour écrit* »

Allant dans le même sens, cette enseignante décrit la recherche de contenu et de verticalité de l'enseignement des étudiants :

F5 : « *c'est qui a pu les bloquer aussi, c'est que euh, en gros l'objectif de l'enseignement c'était de les faire élaborer des solutions, et ils ont touché du doigt certains trucs mais y avait beaucoup de choses où eux en fait, mais parce que eux ils ont été habitués à être formés comme ça, ils avaient du mal à, à adhérer à un enseignement où la solution vient d'eux, où la réponse vient d'eux, ou même, y a pas forcément de réponse, mais juste l'élaboration vient d'eux, et en fait ils étaient vraiment, ils arrêtaient pas de d'mander des, un truc hyper vertical, genre mais vous vous faites comment euh, qu'est-ce qu'il faut faire dans c'cas-là et c'était dur de leur expliquer que y a pas une façon d'faire* »

F5 : « *on sentait que à un moment ils étaient genre ok mais juste donnez-nous quand même des réponses, on est venus, 'fin on est venus pour avoir un cours, donc on a besoin d'avoir le contenu du cours. Donc il fallait un peu jongler entre les deux, et j'pense que ça c'était, ça a été un peu bloquant pour eux, c'est qu'ils ont été déstabilisés par la façon dont ils étaient censés acquérir les connaissances dans cet enseignement.* »

Plusieurs enseignants regrettaient que **le temps soit limité**, ne leur laissant pas la possibilité de jouer l'ensemble des scénarios proposés et donc d'explorer plus avant les différentes situations, restant parfois trop superficiels :

F4 : « *moi j'faisais toujours deux sujets sur une heure, j'arrivais pas à faire trois* »

F5 : « *on a fait peu de jeux de rôles moi dans mes groupes à chaque fois, sur une session on f'sait un seul scénario parce qu'on débriefait beaucoup* »

F8 : « *quelques fois on était un peu limité dans le temps pour pouvoir vraiment approfondir, c'est-à-dire quand on leur demandait, quel était votre ressenti euh dans, dans, dans cet échange, qu'est-ce que vous avez observé de l'extérieur, on restait un peu sur du descriptif et*

très peu sur un approfondissement, une analyse, euh, de comment s'est passée l'interaction »

Deux étudiantes allaient dans le même sens, regrettant un **trop petit nombre de séances**, ne permettant pas d'aborder suffisamment de sujets :

E2 : « *c'est vrai que c'est assez court trois séances »* »

E3 : « *peut-être le fait que les sujets soient hyper limités, c'est-à-dire que annonce d'une mauvaise nouvelle bah c'est important de la faire, mais y a plein de sujets qu'on aborde pas du tout, c'est-à-dire que là en fait il y en a que trois, c'est-à-dire que on a trois grands trucs, j'pense que ça serait intéressant d'en avoir plus, vraiment »* »

Au contraire, une étudiante se plaignait du **caractère obligatoire**, qui ne l'a pas aidé à accepter l'intérêt du module :

E6 : « *Après y avait des gens, c'est ça aussi que j'voulais dire, y avait des gens qui étaient très demandeurs, et qui voulaient, 'fin qui sont allés à tous, 'fin qui voulaient faire tous les jeux de rôles et qui trouvaient ça génial mais euh, je sais, moi je voulais pas du tout faire ça et euh, j'trouvais ça, j'trouvais que pour moi ça n'avait pas d'intérêt et du coup euh, j'sais pas si le rendre obligatoire c'est la meilleure des idées pour ça »* »

Plusieurs étudiants imputaient au cadre des jeux de rôle un **manque d'intimité** qui pouvait aller d'un manque de sincérité dans le jeu à un frein pour laisser s'exprimer des émotions :

E1 : « *Du coup je trouve que le fait qu'on soit beaucoup dans la salle, après je comprends que vous pour des questions de logistique on peut pas faire des jeux de rôles à deux, mais quand même ça gêne, y a une partie d'intimité qui est un peu effacée du coup par rapport à ça, ça déjà je trouve ça pourrait un peu empêcher l'empathie »* »

E4 : « *J'trouve que c'est pas évident de faire devant des gens, c'est vraiment euh, c'est vraiment, même si encore une fois c'est des gens qu'on connaît et qu'on côtoie etc, c'est pas euh, j'trouve ça très, 'fin c'est un exercice très compliqué de, d'être euh, d'essayer vraiment de, d'être euh, aussi sincère qu'on l'aurait été seul. »* »

E5 : « *Bah, ressentir je sais pas hein, dans la théorie m'imaginer ce qui pouvait se passer* »

ouais, euh aller jusqu'à de l'émotion dans un, nan mais, dans un cadre où on est euh, comme ça dans une salle un groupe de 10 où on regarde des gens, parfois ça rigole parce que c'est pas un exercice facile et du coup euh, bah parfois y en a qui sont gênés qui rigolent et tout ça donc euh, pour que ça aille jusqu'à de l'émotion euh, se mettre à la place ouais mais pas du ressenti, j'y pense pas. »

Enfin, certains décrivaient un **manque de réalisme** lors du jeu, ne parvenant pas à se mettre dans la situation car trop gênés par le contexte de la salle de classe :

E1 : « après je dirais que les jeux de rôles permettent ça mais aussi il y a la mise en condition. Je prends un exemple en ce moment je suis en cancérologie, et euh bah en cancérologie y a une chambre, y a de temps en temps y a des accompagnants, y a des objets plus ou moins personnalisés et du coup, je sais que plusieurs fois j'ai vu le médecin quand il annonçait quelque chose de grave tenir la main du patient, enfin le patient était dans son lit, y a vraiment une disposition qu'on peut pas vraiment reproduire dans les jeux de rôles et en ce sens -là c'est pour ça que c'est formateur mais c'est pas quand même comme la vie réelle, on, enfin, on est sur le chemin de l'empathie, du processus empathique et tout ça mais euh on n'est pas dans l'empathie telle qu'on la vit dans la chambre d'un patient. »

E2 : « après c'est vrai que bon dans le cadre des salles de classe c'est pas forcément le plus réaliste »

La présence du groupe, et d'amis exacerbait le côté irréel du jeu de rôles :

E5 : « Mais euh, bah j'ai trouvé c'était déjà pas facile de se mettre euh, en fait j'y pense que j'ai vachement tendance à pas réussir à me mettre dedans quand j'suis dans une salle comme ça de TD et qu'il y a d'autres gens autour et tout ça »

E8 : « 'Fin quand on en parle tous par rapport à ECOS ça n'avait rien à voir, moi je tremblais avant d'aller chercher ma patiente pour l'annonce de VIH alors que vraiment en jeu de rôles c'était pas du tout pareil. Mais parce que il y a une dimension où on est entre potes, c'est pas... Du coup ça oui des fois on y croyait pas trop et donc on prenait plus le truc à la légère »

Pour cette étudiante, pour qui les jeux de rôles n'ont pas apporté beaucoup, le manque de réalisme par rapport à ce qu'elle connaît de l'hôpital rendait impossible toute projection dans la situation :

E6 : « Bah dans le sens où ça pouvait, 'fin pour moi c'était pas réel, ça n'avait rien de, ouais c'était pas réel, je sais que j'aurais pas du tout réagi pareil face à un vrai patient et que pour moi c'était un jeu quoi, c'était un truc comme ça, ouais, ouais, c'était pas très réaliste quoi. »

E6 : « j'me dis tant qu't'es pas face au, au, au réel tu peux pas vraiment réagir euh, comme tu réagiras face à un vrai patient quoi »

Enfin, les étudiants soulignaient l'effet freinateur de la **connaissance de l'acteur-patient** dans la mobilisation de leur empathie.

En effet, avoir face à eux un collègue voir un ami rendait difficile l'identification de celui-ci à un patient :

E4 : « voir un ami comme un patient qu'on connaît pas c'est pas forcément évident et du coup je pense que ça fausse un petit peu le, le, le jeu en lui-même »

E8 : « l'autre j'le sentais pas patient, c'est p't'être plus ça. Et du coup euh, 'fin tu sais que c'que tu dis ça a pas l'impact que ça a vraiment, 'fin, c'est pas, c'est pas pareil. »

E12 : « Parce que là j'avais en face un, pas des copains mais bon quasiment, et du coup j'avais pas trop cette notion, 'fin ils nous disaient ce qu'ils ressentaient, mais on était plus à se soutenir entre nous »

D'autant plus si le rôle à jouer s'éloignait de la réalité physique de l'acteur :

E6 : « c'était nos, pas nos potes mais nos collègues, 'fin, ça n'avait rien d'un patient, fallait jouer des gens qui avaient, qui étaient vieux et tout, c'était impossible de se rendre compte des choses. »

Le fait d'identifier l'acteur-patient comme appartenant au milieu médical bloquait également son identification à un patient :

E7 : « *Puis surtout nous, ‘fin, surtout dans les jeux de rôles où ceux qui interprètent les patients sont en plus pas des patients et peuvent faire aussi, faire le médecin et, si c’était avec des personnes qui n’ont rien à voir avec le milieu médical p’t-être que ce s’rait différent je, sais pas* »

Connaître la personne qui jouait le patient **bloquait également l’identification et la mobilisation d’affects** :

E5 : « (en comparant avec les acteurs des ECOS) *réagir par rapport à ça j’trouvais ça plus facile que réagir face à quelqu’un que j’connais, où on sait qu’on fait semblant, et, et c’est beaucoup plus compliqué de se mettre dedans quoi. ‘Fin j’trouve ça vachement plus facile de recréer une émotion, de l’empathie, de la compassion, j’en sais rien face à quelqu’un qui réagit aussi en fonction quoi, j’sais pas si c’est clair* »

E8 : « *c’était pas du tout pareil en fait parce que on est face à nos amis, et euh, même si on essaye de se mettre un peu dedans c’est quand même pas du tout la même chose, et ce que j’ai ressenti en jouant le médecin, j’étais passé sur quoi, sur une annonce de diabète, et moi j’étais en diabète donc c’est vrai que c’était un peu, facile parce que j’reproduisais ce que j’voyais au quotidien et du coup euh, bah j’m trouvais pas vraiment dedans en vrai, c’était complètement différent de c’qui s’passe en réalité parce que le fait que ce soit quelqu’un qu’on connaisse en face, j’trouve que ça fausse un peu le, le truc et c’est beaucoup moins stressant si on peut dire que quand on fait une réelle annonce face à quelqu’un* »

2.b. L’institution

L’institution, hospitalière et universitaire, est ressortie de l’analyse comme un facteur modulateur de la construction de l’empathie par les jeux de rôles.

Dans un sens favorisant, la mise en place par l’université d’un module de formation à la relation thérapeutique **légitime l’importance de l’empathie** :

E4 : « *tout le monde, du fait que le module existe, sait que euh, que y a quand même une importance à accorder à la relation médecin-malade.* »

F2 : « déjà le simple fait que ça existe, qu'ils aient des enseignements là-dessus, qu'ils aient des jeux de rôles spécifiques là-dessus, j' pense c'est déjà une bonne chose, déjà je pense ça marche parce que en plus comme ils sont un peu au début de leur cursus, alors même si ça représente dans leur emploi du temps une goutte d'eau par rapport au reste de leur emploi du temps mais, ça leur montre que c'est un, [...] c'est un truc qui existe quoi, qu'c'est un truc important, qu'c'est pas du saupoudrage quoi. »

Pour certains enseignants, l'existence de l'enseignement agit comme un message, permet **d'intégrer pleinement l'empathie à la formation médicale** des étudiants :

F2 : « ça leur montre que c'est quelque chose euh, qu'ils doivent avoir en tête, que leur formation ça va pas être uniquement se former à apprendre des choses, ça va être se former aussi à savoir se comporter, créer une relation et communiquer »

F4 : « Le fait aussi que la fac leur dise y a trois séances obligatoires ça c'est pas rien comme message. Ca veut dire que, c'est pas si t'as envie, c'est pas... ça veut dire que ça fait partie de l'enseignement, et ça c'est important comme message, en fait. J' pense que de là fondamentalement on change le point de vue euh de l'étudiant. »

L'université, en mettant en place ce module, **signifie l'empathie comme une compétence à travailler et à acquérir** :

F2 : « ça leur montre aussi quelque chose qui peut se travailler, qu'on peut s'entraîner, qu'il y a des, des, qu'on peut ré, que le fait d'y réfléchir, d'en parler »

F4 : « On va juste venir un peu développer la fibre chez ceux qui sont déjà un peu sensibles à ça »

F5 : « Parce qu'on peut pas dire qu'ils ont appris à, à communiquer, 'fin pas en trois jeux de rôles, mais euh, au moins qu'ils, au moins qu'ils sachent que y a un enjeu là-dessus, et que finalement y a peut-être des choses à apprendre et des choses à travailler de ce côté-là. »

Pour certains étudiants, avoir des cours spécifiquement sur la relation médecin-malade semble même aller jusqu'à leur donner une forme d'**autorisation** à être empathique :

E1 : « le jeu de rôles dans les études de médecine c'est un peu le seul endroit où on peut se mettre à la place du patient, même on doit se mettre à la place du patient c'est intéressant parce que le, en stage enfin c'est plutôt déconseillé, en FRT aussi on essaye pas trop même si de temps en temps on peut pas s'en empêcher et du coup euh, les jeux de rôles c'est vraiment c'est un peu comme, c'est un espace où on a le droit d'être à la place du patient, il faut se mettre à la place du patient et du coup on apprend l'envers du mot, enfin l'envers du décor derrière ce mot empathie. »

E8 : « Oui si p't'être plus, j'sais pas, prendre le temps d'écouter mais en tout cas pas avoir peur de le faire parce que du coup euh, c'est complètement autorisé voir recommandé, parce que parfois j'avais peur d'être trop proche de mes pa, 'fin de trop m'impliquer dans la relation avec mes patients, et c'est p't'être plus ça que ça m'a appris, à prendre la distance nécessaire »

F7 : « À la fin quand on demandait euh, leur ressenti ils disaient ah bah enfin on peut parler émotion. »

À l'inverse, l'institution peut être un frein à la construction de l'empathie à travers les jeux de rôles, qui s'inscrivent dans le **contexte pressurant de l'externat** :

E2 : « y a pas mal de gens bon bah c'est des TD en plus, c'est un peu casse-pieds, on n'a pas forcément envie d'être là. »

F6 : « alors on est à Paris V, à Paris V il faut être les meilleurs au moment de l'ECN, il faut connaître toutes les réponses, mais ça c'est une des choses aussi, un des, des, des vrais points noirs de la formation en médecine, c'est que les étudiants en médecine on leur apprend qu'il faut toujours tout savoir tout l'temps, euh être très bon tout l'temps partout, il faut, on peut pas dire qu'on sait pas, on peut pas dire que bah on est démuni dans certaines circonstances, euh, qu'il y a des situations dans lesquelles on n'est pas à l'aise »

À ce contexte, s'ajoute l'inhibition liée au sentiment de **ne pas avoir le droit à l'erreur** :

E1 : « c'est que la position d'étudiant en médecine elle est compliquée déjà quand on fait médecine parce que surtout ici à, enfin on a l'impression qu'il faut pas dire de bêtises alors

quand il y a un jeu de rôles avec un glycémique on se dit ah mince c'est quoi les normes de la glycémie faut pas que je dise de bêtises alors on aborde pas le sujet »

2.c. L'étudiant

Un certain nombre de facteurs liés à l'étudiant lui-même, à sa subjectivité ou son parcours, viennent moduler le développement de son empathie par les jeux de rôles.

Un formateur notait que les **compétences relationnelles initiales** des étudiants intervenaient en positif lors de leur jeu :

F8 : « Il y a certains qui le font de manière très naturelle, d'autres euh, chez qui ça venait mais on sentait que c'était très euh, après bien évidemment le jeu de rôles c'est une situation où euh, par définition c'est un jeu de rôles donc ce n'est pas une situation vraie, euh, mais voilà pour certains étudiants c'était beaucoup plus spontané que pour d'autres. Et là je pense que ça dépend beaucoup de la personnalité et des capacités d'interactions sociales, interpersonnelles de chaque étudiant. »

La **motivation à assister aux jeux de rôles** pouvait être un facteur favorisant à la participation et au bon déroulement des séances :

E8 : « ça m'plaisait beaucoup, j'avais des potes vraiment c'était pas possible 'fin ils détestaient y aller, ils étaient en mode mais ça sert à rien on n'a pas fait le Cours Florent, 'fin on fait pas du théâtre machin, mais moi j'aimais trop parce que c'est un truc que j'aime bien en fait »

F4 : « y avait toujours quand même au moins la moitié des étudiants qui étaient relativement bien motivés, ça ça aidait, y avait toujours quelques-uns qui étaient éteints, ou qui pouvaient pas montrer leur intervention de façon nette mais les étudiants ont porté eux-mêmes le groupe j'pense »

F8 : « y avait la bonne volonté des étudiants, ils étaient plutôt euh, intéressés par ce format-là. »

De même, la **motivation à travailler** semble agir en positif :

E3 : « *j’pense que c’qu’on m’a dit, parce que je trouve que c’est hyper vrai, en fait j’arrive à vraiment comprendre les remarques qui m’ont été faites, et euh, et donc je vais vraiment essayer de le mettre en application* »

F7 : « *Moi c’que j’ai vu c’est qu’les externes étaient très, très, très biomédical, très centré théorie, mais quand même très ouverts. C’est-à-dire euh, ceux qui étaient présents en tout cas, étaient prêts à s’ouvrir sur le patient, pour essayer d’le comprendre, l’analyser, etc, ils avaient pas forcément les techniques identifiées, mais ils avaient cette ouverture d’esprit et cette, ce besoin d’le, ‘fin, et ce désir, sous-jacent, qui n’avait pas été forcément mis en pratique euh, au cours des stages hospitaliers.* »

Au contraire, l’absence de motivation initiale a semblé délétère chez cette étudiante qui dit que les jeux de rôles ne lui ont rien apporté :

E6 : « *moi je voulais pas du tout faire ça et euh, j’trouvais ça, j’trouvais que pour moi ça n’avait pas d’intérêt et du coup euh, j’sais pas si le rendre obligatoire c’est la meilleure des idées pour ça* »

E6 : « *Ah nan mais si si, j’pense que oui, p’t-être que ça a joué hein, si j’avais fait plus d’efforts pour me mettre fond dans le truc peut-être que oui mais c’est vrai que...* »

La **perception par l’étudiant de son propre niveau d’empathie comme étant élevé** avant de commencer les jeux de rôles a pu avoir des effets très différents sur l’intérêt qu’ils y ont trouvé.

Chez une étudiante, cela l’a plutôt poussé à ne pas apprécier l’enseignement :

E6 : « *mais franchement j’prends du temps avec les patients et j’essaie de, de vraiment comprendre leurs besoins, et c’qui, pas forcément que euh pourquoi ils sont là, avant j’étais en chirurgie en plus, du coup ils étaient euh, traités pour telle chose machin et tout mais j’pense c’est aussi important de comprendre l’envers du... pas que euh l’acte chirurgical par exemple. Moi j’pense que, moi j’pense que j’ai pas trop d’problème vis-à-vis de ça.* »

Alors que d’autres étaient d’autant plus intéressées de pouvoir parler en cours d’un sujet qui

les intéressaient déjà :

E7 : « en fait moi j'avais fait médecine justement pour cette relation avec les patients, euh le contact avec les gens que j'aimais bien, euh j'veux être généraliste donc déjà dès le départ je savais que j'avais envie de ce contact avec les patients, et euh du coup j'ai jamais vraiment eu de problème, 'fin ça c'est toujours très bien passé »

E8 : « j'suis pas trop mal à l'aise par rapport à ça, 'fin j'trouve que ça va j'arrive à, même avant la FRT à bien savoir jauger le truc et j'm'entends, 'fin en général y a une bonne relation avec les patients et, et ça s'passe 'fin ça s'passait plutôt bien »

Des **facteurs psycho-affectifs** sont également venus influencer l'intérêt des jeux de rôles pour certains étudiants en freinant leur participation, leur laissant l'apport de l'observation et du débriefing :

E5 : « Mais euh non ouais mois je suis plutôt tendance timide tout ça donc j'étais contente d'observer je me suis pas trop mouillée. »

E9 : « j'ai juste observer aux jeux de rôles, j'suis assez timide »

F8 : « Quelques, quelques étudiants timides qui n'ont participé à aucun jeux de rôles, mais qui étaient très ravis d'être là, de, éventuellement de participer aux débriefs, mais qui ne voulaient pas prendre euh, prendre part plus. »

Une étudiante notait que la **temporalité où elle se situe par rapport à l'expérience de la maladie** était un frein à l'appropriation des situations jouées en jeux de rôles :

E8 : « moi autour de moi j'ai pas de, grosse maladie, pas de chose comme ça donc ça m'touche pas personnellement et euh, et j'pense quand on n'a pas, et puis même moi j'ai jamais, assisté à une annonce de cancer de chose ou quoi dans mes stages encore, donc c'est p't'être plus difficile à, parce que j'mets pas d'image, j'mets pas de patients dessus j'mets rien dessus et du coup c'est un peu encore vague, donc après j'pense que ça m'aidera quand j'm'y retrouverai confrontée c'est sûr, mais pour l'instant j'ai pas trop de représentation réelle vraiment de ça »

Enfin, les étudiants déploraient leur **manque de connaissances biomédicales**, qui les empêchait de prendre totalement la place du médecin :

E1 : *« le fait à la fois on n'en sait pas assez alors on se met pas totalement à la place du médecin »*

Ce manque de connaissance agissait comme un frein parce qu'il entraînait une focalisation de l'esprit sur la réponse biomédicale à apporter au patient :

E7 : *« les situations qui nous étaient données pendant les jeux de rôles médicalement parfois on y connaissait absolument rien, du coup c'était assez difficile de, d'enchaîner et de, de vraiment faire le jeu de rôles à fond en fait. »*

E12 : *« c'est p't'être parce qu'on se réfugie un peu dans le jargon médical et du coup on s'dit ouais euh on va leur expliquer la maladie c'est plus simple et puis on contourne un peu le truc »*

Pour les formateurs, cette volonté de pouvoir répondre au patient pouvait être source d'angoisse et venait entraver la communication qui pouvait être par ailleurs assez fluide :

F3 : *« si l'patient demande des trucs un peu plus concrets et un peu moins théorique, y a souvent un p'tit ralentissement dans la, dans l'rythme du jeu de rôles. C'est le problème du jeu de rôles, 'fin de c'truc qui est aussi entre la simulation et le jeu de rôles. Parce que eux ils veulent connaître, ils savent c'qu'ils doivent dire mais ils ont pas forcément les moyens de, de l'dire sur euh, sur c'qui est médical après sur le contexte, sur euh, sur la discussion avec le patient ça y a aucun problème mais voilà, ça peut freiner de pas savoir médicalement et d'avoir pas voulu dire un truc qui s'rait faux »*

F5 : *« ils avaient une grande angoisse de pouvoir apporter des solutions aux patients, ils sont très dans le euh, il faut que j'apporte du contenu mais parce que eux-mêmes en fait sont dans une espèce de recherche de contenu »*

F8 : *« les étudiants on a beau leur dire que on s'en fout des informations, il faut inventer l'information quand on ne l'avait pas, parce que ils sont à un stade où ils n'avaient pas*

l'information, ils doivent parler de choses euh qu'ils ne maîtrisent pas et ils ont un peu du mal à lâcher prise. »

Pour cette enseignante, cela venait bloquer le processus affectif et de décentrement sur le patient :

F5 : « on sentait qu'il y avait, ils étaient un peu parasités par ça, euh que au cours de la consultation ils s'disaient ah mince, c'est quoi la réponse que j'dois donner, donc en fait ils se concentraient pas sur le patient, ils se concentraient pas sur la relation, ils se concentraient sur vraiment, sur la problématique médicale. »

Une étudiante décrit un défaut d'appropriation des situations du fait du manque de connaissances biomédicales :

E7 : « quand les gens jouaient le médecin c'était aussi difficile parce que on a des connaissances mais on les a pas toutes, et dans la relation thérapeutique, moi c'que j'aime bien c'est expliquer c'qui s'passe, euh j'pars du principe que le patient il est pas bête et que, moi j'aurais bien aimé en tant que patient qu'on m'explique exactement c'qu'il s'passe pour que j'puisse comprendre, et le truc c'est que nous on n'a pas encore forcément les connaissances pour l'faire »

Un enseignant proposait des solutions pour s'affranchir de l'anxiété liée aux connaissances biomédicales :

F8 : « Oui parce qu'on était focalisé un peu sur ça, dans les débriefes, ah oui mais je me sentais pas très bien parce que je ne sais pas quoi dire euh, euh, mais [...] je pense que par exemple on peut remédier à ça sur les fiches médecin, en rajoutant quelques données clés par exemple d'épidémiologie, les principes de traitement, les principes de prévention, les règles hygiéno-diététiques qui doivent accompagner la maladie, euh pour justement tranquilliser les, les étudiants un peu anxieux de ne rien connaître sur le diabète euh, de ne pas savoir euh, quoi dire etc. »

2.d. Etre observé

Le quatrième facteur que nous avons identifié comme modulant la construction de l'empathie

des étudiants au cours des jeux de rôles est le fait d'être observé au cours du jeu.

Dans un sens favorisant le développement de l'empathie, certains étudiants expliquaient comment le fait d'être observé **favorisait l'engagement et l'implication dans l'enseignement**, les étudiants se sentaient plus concentrés sur la façon dont ils menaient la relation avec le patient :

E1 : « *le fait d'avoir plein de personnes autour de soi qui regardent, on sait qu'ils prennent des notes et après ils disent, analysent ce qui était bien et pas bien enfin c'est vachement intéressant mais du coup on, moi je faisais plus attention à tout ce qui était non verbal tout ça* »

E12 : « *Alors que là il suffisait que tu fasses un pas de travers, ou même un tout p'tit truc, une p'tite intonation différente, et tout le monde te disait ouais là on l'a tous entendu euh, 'fin t'aurais pu l'aborder autrement ou c'genre de chose. Et du coup on était obligé d'être un peu plus concentré sur euh, et bah du coup de s'intéresser vachement plus, on s'focalisait vachement plus sur ça, parce qu'on savait que derrière c'était c'qui était attendu quoi, ne s'rait-ce que juste pour ça en fait.* »

Pour une étudiante, ça apportait du **sérieux** à l'atmosphère :

E3 : « *les autres dérangent pas tellement, le fait qu'on soit en groupe, au contraire, et c'est pas euh, au début j'pensais et la première fois que j'ai joué c'était un peu à contre-coeur et j'pensais vraiment que ça allait me déranger qu'il y ait des gens et que on prend pas les choses au sérieux et tout, et j'trouve que justement 'fin j'ai été agréablement surprise par le fait que tout le monde le prend au sérieux* »

Pour d'autres étudiants, le fait d'être observé agissait comme un frein à la mobilisation de l'empathie. En premier lieu par la dimension de **fragilisation** que l'exposition au groupe suscitait, supposant de se dévoiler :

E4 : « *J'trouve que c'est pas évident de faire devant des gens, c'est vraiment euh, c'est vraiment, même si encore une fois c'est des gens qu'on connaît et qu'on côtoie etc, c'est pas euh, j'trouve ça très, 'fin c'est un exercice très compliqué de, d'être euh, d'essayer vraiment*

de, d'être euh, aussi sincère qu'on l'aurait été seul. »

E6 : « *'fin moi ça me gênait que les gens en plus ils me disent euh, t'sais on était avec des feuilles, et fallait, y avait des critères, et fallait noter euh, on était répartis et chacun devait noter tel euh*

Enquêtrice : *Les observateurs notaient des choses*

E6 : *Ouais voilà c'est ça. Et euh, et bah moi ça, ça m'dérangeait là-dessus. Du coup à chaque fois je les regardais, à un moment donné est-ce qu'ils ont vu que j'faisais ça, moi ça m'gênait un peu. Parce que je sais que dans la vraie vie ton patient il va pas te dire tiens t'as mal réagi à ce moment-là, et voilà. »*

E10 : « *(en parlant du stress ressenti en jouant le médecin) Pour moi personnellement il venait plus des gens autour, voilà on est observé par quelqu'un euh, c'est un, c'est, quand on est juste en seul à seul avec un patient c'est stressant aussi mais, ça l'est un peu moins parce que, euh, mmh moi j'trouve que ça l'est un peu moins. »*

E10 : « *voilà comme si dans une situation un peu de stress, on, parfois on a un peu tendance à se brusquer, puis on est observé par des gens, à moins prendre son temps et euh, mais ouais c'est une mise en condition qui est assez efficace finalement mais euh, mais p't'être plus intense, que ce s'rait euh, juste en seul à seul avec un patient dans un box de consult, en plus on n'est pas jugé par quelqu'un d'autre. »*

F1 : « *il y a quand même une exposition au groupe qui est pas forcément très simple »*

Les étudiants décrivent également une **inhibition** liée à l'observation extérieure au cours du jeu de rôle, qui ne permettent alors plus de pleinement développer son empathie :

E2 : « *Oui les facteurs limitants je pense que c'est le côté avec le public qui est pas forcément, enfin on n'est pas forcément très à l'aise »*

E5 : « *J'sais pas va inhiber, 'fin, c'est pas des groupes où on est très à l'aise hein, bah, on s'connait un peu mais vite fait, [...] mais jouer j'trouve que moi c'est, mais après euh j'ai un, demeurant un peu timide hein mais ça demande tout de suite un peu plus et euh, et 'fin, c'est pas facile de rester à l'aise ou de se mettre vraiment dans le truc euh avec vingt personnes à côté quoi. »*

Parfois c'est la **peur du jugement** par les observateurs qui freinent le jeu :

E2 : « ça peut aussi euh freiner un peu les initiatives qu'on pourrait prendre parce qu'on se dit euh, ils vont penser que je fais mal et, alors que bon quand on est en tête à tête avec le patient on ose peut-être plus. »

E6 : « le fait genre qu'on t'observe tous tes faits et gestes et qu'on te dise ah bah ça c'était pas bien, ça c'était bien, ça c'était machin, moi ça me, 'fin t'sais c'est tellement pas euh comment c'est dans la vraie vie, que moi j'arrivais pas à... à être parfaite là-dessus quoi. »

E11 : « on se sent freiné dans c'qu'on peut dire aussi, certaines choses, on peut se dire bah là j'avais p't'être dire une connerie donc j'avais pas la dire, ou euh on réfléchit p't'être un peu plus à c'qu'on dit ou, voilà, pour pas euh, pour qu'le regard, on sente un regard étrange de ses collègues ou de peur de dire une connerie quoi »

F3 : « C'qui rendait l'exercice difficile des fois c'était des... c'est la volonté d'pas vouloir s'exposer au r'gard des autres étudiants, donc on sent que, déjà pour trouver un volontaire médecin c'est plus difficile que pour trouver un volontaire patient. Euh bah parce que, on se sent jugés dans notre profession »

Enfin, certains étudiants notaient une **modification dans leur discours de médecin** du fait de la présence d'observateurs.

E6 : « Même si j'ai essayé de bien faire pendant les jeux de rôles euh, je sais que jamais j'aurais réagi comme ça dans la vraie vie quoi. »

E12 : « vu que c'est cocooné ça, c'est vachement, on est un peu plus euh, bah y a toujours la partie où quand t'es tout seul avec ton patient t'es un peu plus libre de c'que tu dis, de c'que tu fais et c'est, 'fin moi j'suis toujours un peu plus libre quand, quand t'es dans ton bureau tout seul avec ton patient, ou dans la chambre ou n'importe où. Et tu peux vraiment t'adapter à, à ce qui s'passe. »

Cet étudiant explique comment cette modification s'opère afin de s'adapter non plus au patient qu'il a en face de lui mais à l'ensemble de l'auditoire :

E10 : « on a moins l'impression de se faire juger par le patient qu'on a en face qui, on l'sait, est acteur, mais plus par les gens autour, alors que, quand on est en consultation dans un box de consultation, euh moi j'prêtais beaucoup plus attention finalement au patient qui était en face de moi, et à c'que j'allais dire et comment ça allait être reçu, en essayant de m'adapter au patient que j'avais en face de moi, alors que dans les jeux de rôles j'avais l'impression que j'essayais plus d'avoir une espèce de discours qui plaisait en fait euh, un espèce de discours universel qui, qui devait euh être accepté euh, par mon audience entre guillemets qui était le, 'fin mes co-externes plus la, la médecin qui s'occupait de nous »

PARTIE 4 : DISCUSSION

I/ Résultats principaux

Notre étude a permis d'identifier cinq processus grâce auxquels l'empathie des étudiants en médecine pourrait se construire par les jeux de rôles.

Dans le cadre du projet mené par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes, dans lequel s'intègre notre travail, une étude quantitative a été réalisée sur la même population d'étudiants en quatrième année de médecine, ayant participé aux jeux de rôles cette année-là, ayant évalué l'efficacité des jeux de rôles quant à l'amélioration de l'empathie, mesurée par la JSPE. Cette étude n'a pas retrouvé d'amélioration significative de l'empathie avant-après les jeux de rôles [128].

1) Les affects

Un premier processus de mobilisation des affects semble se produire au cours des jeux de rôles, permettant tout d'abord aux étudiants d'identifier, de comprendre et de verbaliser leurs émotions développées en réaction à une situation et celles du patient, mais aussi leur apprenant à réguler leurs affects dans le sens d'un accordage affectif avec le patient et la situation vécue. La compréhension semble aller dans le sens de la construction d'une empathie sur les plans affectifs et cognitifs ainsi que d'une perception de soi. L'élaboration des affects paraît être soutenue par un environnement secure qui autorise une diminution des défenses des étudiants et une métabolisation de leurs émotions.

2) La réflexivité

Un deuxième processus qui apparaît comme soutenant l'empathie des étudiants est l'acquisition et le développement de leur réflexivité.

Il s'agirait dans un premier temps d'une prise de conscience par le jeu de la position du médecin, favorisant la réflexion autour de la pratique empathique. Dans la définition de la pratique réflexive de Schon [126], que nous avons explicité en introduction, cela se rapprocherait du concept de « *reflexing-in-action* », par lequel le praticien donne sens à un

problème en le plaçant dans son champ de référence, en faisant appel à son répertoire d'expériences, pour trouver une solution et anticiper les conséquences.

Cette réflexion autour de la pratique semble se mobiliser également dans la position d'observateur, position extérieure, requérant moins d'implication personnelle émotionnelle, qui pourrait encourager la compréhension affective et cognitive de la relation, côté patient et côté médecin et le repérage d'attitudes. Par le feedback de l'enseignant, par l'élaboration théorique lors du débriefing, par la discussion de groupe et entre pairs, l'analyse des situations permettant compréhension et appropriation subjective paraît se poursuivre ainsi que le repérage et une amorce d'acquisition de comportements possibles, soutenant ainsi le développement de l'empathie dans trois de ses composantes : affective, cognitive et comportementale. Schon [126] inclut dans sa définition de la pratique réflexive le concept de « *reflecting-on-action* », qui, par une analyse rétrospective, amène le praticien à élargir sa base d'expériences et son répertoire.

L'expérimentation et le repérage par les étudiants d'un décalage entre leur position et celle du patient semble renforcer leur prise de position en tant que médecin tout en favorisant leur compréhension de celle du patient, mais peut aussi renforcer leur distance d'avec le patient. Enfin, un décentrement sur le patient semble s'opérer grâce au débriefing, ce qui favoriserait à nouveau la prise de perspective du patient.

3) L'identification

Par un troisième processus d'identification, d'une part au patient, lors du jeu et de l'observation, les étudiants semblent accéder à une compréhension plus viscérale des émotions qu'il pourrait ressentir dans une telle situation, favorisant leur empathie affective, mais également cognitive. Ces constatations sont à moduler par la difficulté de ressentir à la place du patient lors du jeu décrite par nombre d'étudiants, les faisant rester dans un rôle de théâtre, et parfois entrant dans un processus plutôt contre-productif, une mise à distance du patient par les étudiants.

L'identification en psychologie est le fait de se reconnaître dans une caractéristique ou une personne extérieure à soi.

L'expérimentation subjective des émotions, de l'état psychologique de l'autre fait partie de la composante affective de l'empathie pour Morse [55]. Pour d'autres auteurs, Hojat notamment [45], l'empathie consiste à comprendre le patient, et le partage des émotions, qui semble se

jouer par l'identification au patient, relève plutôt de la sympathie. Lauren Wispé, allant dans le même sens, place la distinction entre empathie et sympathie dans l'objectif visé : l'empathie cherche la connaissance du patient, la sympathie vise à le soulager de ses émotions [46]. La donnée importante est de maintenir la distinction entre l'autre et soi pour ne pas perdre en objectivité. Beres et Arlow [129] affirment que l'identification intervient dans l'empathie mais à deux conditions : que la séparation d'avec l'autre soi préservée et que l'identification soit passagère, suivie d'un sentiment de séparation qui permet de faire le point sur ce que l'on a ressenti avec le patient et à son sujet.

L'identification d'autre part au médecin pourrait leur permettre de mieux se positionner en tant que professionnel de santé.

4) La subjectivation

Un quatrième processus de subjectivation, en prenant la place du médecin, en repérant les difficultés, grâce au feedback centré sur l'étudiant pourrait favoriser chez les étudiants le développement de leur conscience d'être le « sujet médecin », qui écoute, qui analyse, qui agit et qui, par là, cherche à véritablement comprendre et ressentir la situation qui se joue pour le patient, afin de réagir en intégrant cette compréhension, de témoigner véritablement au patient cette compréhension.

La subjectivation dans le contexte clinique décrite par Foucault [130] conduit à la production d'un sujet combinant un regard extérieur particulier pour voir un être humain comme un patient, et un regard intérieur qui le fait devenir un objet pour lui-même, objet qui peut s'auto-transformer par l'entraînement. S'intéressant à la subjectivation clinique par l'enseignement médical actuel, des auteurs [130] insistent sur l'importance de ce processus, par lequel les étudiants sont des sujets actifs, qui font des choix et peuvent utiliser des techniques pour se forger eux-mêmes de l'intérieur afin de devenir de nouveaux professionnels.

5) Le transfert de la théorie vers la pratique

Enfin, par un processus de transfert de la théorie vers la pratique, les étudiants auraient l'occasion d'anticiper des situations, permettant de s'entraîner à décrypter ce qui s'y passe et comment réagir (de nouveau, trois volets de l'empathie semblent pouvoir être développer : affectif, cognitif et comportemental), tout en étant plus sécurisés face à ces situations. Les

jeux de rôles pourraient leur apporter des moyens d’agir, en termes de savoir-être et de compétences relationnelles.

Enfin, les jeux de rôles semblent avoir pu favoriser une médiation entre la théorie et la pratique, un lien entre les situations travaillées au cours des séances et celles vécues en stage dans le sens d’une mise en pratique de ce qui avait été déjà observé et d’un export dans les stages suivants, en faveur peut-être du développement d’une motivation à se préoccuper du patient.

Kneebone, dans ses critères d’évaluation de l’apprentissage par la simulation [121] explicite l’importance selon lui de la concordance entre la simulation et l’expérience réelle. C’est aussi une des recommandations de Nestel et Tierney [123].

II/ Analyse de la littérature

1) Construction de l'empathie par les jeux de rôles : les composantes travaillées

Nous avons vu en introduction que la définition de l'empathie, et de l'empathie clinique qui nous intéresse plus particulièrement, comprenait différentes dimensions, qui diffèrent selon les auteurs : cognitive, affective, comportementale et motivationnelle.

Au cours de notre travail, il nous a semblé que ces différentes composantes ont pu être appréhendées par les étudiants lors des jeux de rôles. Il nous a semblé au départ que chaque processus que nous avons identifié venait soutenir l'une ou l'autre composante de l'empathie, puis nous avons pensé qu'en fait plusieurs composantes de l'empathie pouvaient être abordées par un même processus de construction.

Ainsi, nous avons expliqué plus haut que la part cognitive de l'empathie était développée par les cinq processus. Cela paraît passer par la possibilité pour les étudiants lors des jeux de rôles de la « *prise de perspective* » du patient, qu'il nous semble avoir retrouvé lors du décentrement sur le patient par le débriefing, telle que la définissent de nombreux auteurs, notamment Décéty [41], Hojat [45], Morse [55] qui ajoute aussi la notion d'identification que nous avons également discutée. Cela pourrait répondre à la sous-échelle « *perspective taking* » de l'IRI, de la JSPE [63] et de la QCAE [58]. Il nous semble que le jeu, l'observation et le débriefing comprenant le feedback, en permettant possiblement l'identification des affects du patient, pourraient répondre à cette dimension cognitive de l'empathie décrite par Réniers, « *the ability to construct a working model of the emotional states of others* » [58].

La composante affective de l'empathie est pour Décéty le partage affectif, « *la capacité de partager l'état émotionnel d'autrui* » [41]. Il nous semble que c'est ce que nous avons identifié comme l'accordage affectif, faisant partie du processus de mobilisation des affects. Le processus d'identification au patient, que certains étudiants ont pu expérimenter, répondrait à notre sens aux définitions de cette dimension de l'empathie donnée par Morse (« *la capacité à expérimenter subjectivement et à prendre part à l'état psychologique de l'autre, à ses émotions ou à ses sensations intérieures.* » [55]) et par Réniers (« *the ability to be sensitive to and vicariously experience the feelings of others* » [58]). Il nous apparaît également que cela répond à la sous-échelle « *standing in the patient's shoes* » de la JSPE d'Hojat [63] et que cela pourrait correspondre aux facteurs « *emotion contagion* » et

« *proximal responsivity* » de la QCAE [58].

La composante comportementale est définie assez communément par Hojat [45], Morse [55], Mercer et Reynolds [57], Coulehan [56] comme la capacité à communiquer sa compréhension au patient. Cela ressemblerait à ce que nous avons décrit dans le processus de réflexivité, induit par le feedback de l'enseignant et l'élaboration théorique lors du débriefing et par la discussion de groupe, mais également dans le processus de subjectivation qui permet de prendre la place du médecin et de clarifier son positionnement et dans le processus de transfert de la théorie vers la pratique.

Il nous semble que de façon générale, le travail autour de l'empathie initié par les jeux de rôles peut favoriser la motivation des étudiants à se soucier du patient, tel que Décéty définit la composante motivationnelle de l'empathie [41], et que cela est d'autant plus vrai par la médiation entre théorie et pratique réalisée au cours des jeux de rôles qui semble amener les étudiants à faire des liens entre les situations vues lors des jeux de rôles et celles vécues ensuite en stage.

Il nous a semblé par ailleurs que les étudiants avaient la possibilité pendant les jeux de rôles de s'identifier en tant que médecin, par l'identification de leurs affects, par l'identification du décalage entre leur position et celle du patient, par l'identification au médecin lors du jeu et de l'observation, par la subjectivation en prenant la place du médecin. Cela pourrait correspondre à « *la congruence* » décrite par Rogers comme l'une des trois attitudes facilitatrices de la relation thérapeutique telle qu'il la conçoit dans son approche centrée sur la personne [51]. Cela pourrait également venir renforcer la notion de différenciation entre soi et autrui, indispensable à la relation empathique selon Décéty [42], Hojat [45] ou encore Réniers [58].

2) Jouer le patient

Nous avons dit en introduction que l'une des hypothèses proposée dans la littérature récente pour expliquer l'efficacité mesurée des jeux de rôles dans l'enseignement de l'empathie était la possibilité d'expérimenter le rôle du patient, permettant d'apprécier et de ressentir la place du patient [120], [127]. En comparant l'efficacité des méthodes de jeux de rôles et de consultations avec des patients simulés sur les compétences communicationnelles, Bosse et al. [127] retrouvent de meilleurs résultats avec les jeux de rôles, notamment dans le domaine « *understanding of parent's perspective* ».

Dans notre étude, lorsque nous avons interrogé les étudiants sur leurs ressentis en jouant ou en

observant le patient, les résultats étaient mitigés.

Certains décrivaient avoir pu faire l'expérience des ressentis du patient, de ses attentes, dans la position d'acteur ou d'observateur. Pour plusieurs, cela a été le cas uniquement lorsque les paroles ou l'attitude de l'étudiant jouant le médecin les avaient choqués et qu'ils étaient en désaccord avec lui.

La majorité des étudiants décrivait en revanche le rôle du patient comme un rôle de théâtre, soit par une trop grande différence entre leurs représentations et celles des rôles de patients proposés, soit à cause d'une préparation insuffisante, soit par un manque de sérieux entraînant une mise à distance du rôle du patient. Certains ne se sentaient plus eux-mêmes en jouant le patient.

Un formateur l'explique par un manque de ressentis ou peut-être de capacité à identifier et exprimer ces ressentis qu'il a pu observer lors du débriefing. Il a noté une identification prépondérante au médecin de la part des étudiants, ce que plusieurs étudiants exprimaient aussi au cours des entretiens. Il décrit une mise à distance du rôle du patient qu'il explique par le décalage, déjà noté par les étudiants, entre leurs représentations et le rôle proposé.

Parmi les facteurs que nous avons identifiés comme pouvant freiner l'empathie, figurent le choix des thèmes et l'intitulé des scénarios, qui peuvent influencer les représentations des patients qu'ont les étudiants. De même, les étudiants citaient le manque de réalisme du cadre des jeux de rôles.

Des études plus approfondies sont nécessaires pour explorer plus avant ce qui se joue lorsque les étudiants tiennent le rôle du patient.

3) Le Feedback comme support de l'apprentissage de l'empathie

Une autre hypothèse de l'intérêt des jeux de rôles pour l'enseignement de l'empathie est l'apport du débriefing comme support de traduction de leur expérience lors des jeux de rôles en compétences générales [120], d'autant plus s'il est structuré par l'utilisation de questionnaires par les observateurs [127]. Le feedback est efficace dans les jeux de rôles parce qu'il répond à une partie pratique [131].

Dans notre étude, le débriefing a été identifié comme favorisant potentiellement le développement de l'empathie. En effet, il semble participer au développement de la réflexivité des étudiants en permettant l'élaboration théorique à partir des situations travaillées, en offrant un retour extérieur sur soi par un professionnel reconnu, en favorisant

un décentrement sur le patient. La discussion de groupe permettrait d'entrevoir la pluralité des situations et réactions possibles et de faire émerger de nouveaux questionnements.

Le feedback de l'enseignant semblait également favoriser la subjectivation de l'étudiant, contribuant à une meilleure compréhension de lui-même et des situations.

Au cours des séances de jeux de rôles, les observateurs recevaient des grilles de Calghary pour une observation dirigée des acteurs. Cependant, lors des entretiens, les étudiants n'ont pas mentionné spontanément l'utilisation de cette grille, sauf une étudiante qui avait été dérangée au moment de jouer, s'étant sentie jugée.

Des études complémentaires centrées sur le feedback et ses différentes composantes pourraient permettre d'approfondir la compréhension de l'intérêt de cette partie des jeux de rôles.

4) L'inversion des rôles au cours du jeu

La troisième hypothèse discutée dans la littérature quant à l'efficacité des jeux de rôles pour l'enseignement de l'empathie est la possibilité d'inverser les rôles du patient et du médecin par les acteurs, leur permettant d'expérimenter les deux côtés de la relation et les ressentis de chacun des protagonistes [120], [127].

Dans notre étude, seuls deux formateurs ont déclaré avoir utilisé ce procédé pédagogique, qui permettait d'après eux à un étudiant limité, au moment de jouer le médecin, dans sa compréhension du patient, d'accéder à cette compréhension dans un deuxième temps.

5) Enseignement de techniques de communication ou de l'empathie

Dans la littérature, que ce soit dans les revues systématiques ou dans l'essai randomisé de Bosse et al [127], les jeux de rôles ont été étudiés pour le développement des compétences communicationnelles.

Dans notre étude, nous cherchions à explorer les processus par lesquels les jeux de rôles favorisaient la construction de l'empathie. Les étudiants ont effectivement majoritairement cité les techniques de communication comme élément travaillé au cours des jeux de rôles, mais l'analyse des entretiens semble indiquer que les jeux de rôles permettraient de développer également plusieurs dimensions de l'empathie, au-delà de la communication, en intégrant un accès à une compréhension du patient et des émotions du médecin.

Concernant l'apprentissage de compétences communicationnelles, certains étudiants et enseignants s'interrogeaient sur le lien entre ces compétences et l'empathie. En effet, ils avaient l'impression qu'il s'agissait de techniques de communication génériques, applicables pour une situation donnée quel que soit le patient en face, comme une aide à amorcer un discours. Cet usage opératoire des techniques, sans être adossé et intriqué avec la relation elle-même, risquerait d'être contre-productif. En développant un faux-self chez l'étudiant par un polissage social comportemental, cette approche entraverait le développement d'une relation authentique entre médecin et patient, support privilégié du développement de l'empathie. L'acquisition de techniques comportementales de l'empathie peut donc être facilitateur du développement de l'empathie uniquement s'il est centré d'abord et avant tout sur une approche compréhensive et relationnelle du patient.

6) Théorie pédagogique et construction empathique

Kneebone a défini des critères d'évaluation de l'apprentissage par la simulation [86], que nous avons détaillés en introduction. Le premier critère inclut un environnement d'apprentissage « *safe* ». Nous avons en effet pu discuter avec les étudiants du cadre pédagogique comme d'un facteur modulant le développement de l'empathie au cours des jeux de rôles, dans un sens favorisant lorsque l'atmosphère est ressentie comme bienveillante et qu'il existe des références à la théorie, et dans un sens freinateur par le manque de réalisme ou si les observateurs fragilisent, modifient le discours du médecin ou font craindre un jugement des acteurs.

Dans des études citées plus haut, l'accent était mis sur le jeu du patient et le débriefing comme temps importants des jeux de rôles. Kolb et Fry [124] décrivaient eux quatre « environnements d'apprentissage » dans leur théorie : « *Affectively-oriented (feeling)*, *symbolically-oriented (thinking)*, *perceptually-oriented (watching)*, *behaviourally-oriented (doing)* », chaque environnement soutenant l'accomplissement de deux tâches : « *grasping* » (expérience concrète et conceptualisation abstraite) et « *transforming* » (réflexivité et action). Il semble à travers les entretiens que nous avons réalisés que le jeu, l'observation, l'expérience des ressentis et la réflexion lors du débriefing ont permis aux étudiants aussi bien de s'entraîner une première fois à certaines situations que d'amorcer une élaboration théorique et une réflexivité sur leur pratique.

III/ Forces et limites de notre étude

1) Forces

La méthodologie de notre étude répond aux critères COREQ de qualité d'une étude qualitative. La triangulation des données a été assurée par la réalisation d'entretiens avec des étudiants et des enseignants. Le premier niveau d'analyse a été réalisé en double-cotation et les suivants ont été supervisés par une chercheuse extérieure et formée à l'analyse qualitative, favorisant l'objectivité de l'analyse.

Le tirage au sort des étudiants a permis d'éviter de n'interviewer que des étudiants volontaires, réduisant ainsi un biais de sélection, même si l'ensemble des étudiants tirés au sort n'a pas souhaité ensuite participer à l'étude.

2) Limites

2.1 Population

L'étude des données socio-démographiques des étudiants montre une très bonne parité parmi les interrogés, ainsi qu'une diversité des spécialités d'exercice envisagée, facteur influençant l'empathie [45], [92]. En revanche, l'ensemble des étudiants avait des parents exerçant des professions de dirigeants, cadres supérieurs ou profession intellectuelle, ce qui laisse présager un niveau socio-économique élevé. Hors l'on sait que le niveau socio-économique influence l'empathie des médecins [77] mais aussi de la population générale [132], dans le sens d'une augmentation de l'empathie lorsque le niveau socio-économique est bas.

Les enseignants sont répartis entre deux spécialités d'exercice, la psychiatrie et la médecine générale, ce qui a pu influencer leur représentation de l'empathie et leur perception de son développement chez les étudiants.

De plus, le recrutement est unicentrique, dans une seule université, laissant sous-entendre l'influence du cadre institutionnel sur le processus étudié, ainsi que le recrutement spécifique au bassin de population de cette université, incluant les spécificités culturelles, sociologiques et économiques des participants. En conséquence, si la saturation des données a été atteinte lors des analyses, elle ne peut prétendre à une complète exhaustivité dans la diversification du recrutement. Une étude multicentrique sur différentes institutions, notamment de la région ile-

de-France mais aussi élargie au territoire national permettrait d'atteindre mieux le seuil de saturation des données.

2.2. Méthodologie

Dans la mesure où ce sont les étudiants eux-mêmes qui ont été interrogés, il peut exister un biais de désirabilité lié à l'envie de montrer leur empathie ou leur intérêt vis-à-vis de l'institution. Le nombre important de freins cités par les étudiants permet de penser que ce biais est limité.

Par contrainte de temps, l'analyse des entretiens n'a pu qu'être partiellement débutée en même temps que la réalisation des entretiens, ce qui a limité la possibilité d'adaptation du questionnaire.

PARTIE 5 : CONCLUSION

Notre étude visait à identifier les processus et les facteurs de construction de l'empathie au cours des jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique chez les étudiants en quatrième année de médecine.

Malgré des limites, nous avons pu identifier cinq processus qui pourraient participer à la construction de l'empathie :

- les affects mobilisés
- la réflexivité
- l'identification
- la subjectivation
- le transfert de la théorie vers la pratique.

Nous avons également pu mettre en évidence quatre facteurs qui viendraient moduler, en positif et en négatif, la construction de l'empathie au cours des jeux de rôles :

- le cadre pédagogique
- l'institution
- l'étudiant
- le fait d'être observé.

Ces résultats pourraient avoir une implication pour la formation des étudiants, en pointant les processus sur lesquels insister lors des séances de jeux de rôles, ainsi que les points de vigilance afin que les facteurs modulateurs soient majoritairement positifs.

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives de recherche :

- une recherche autour de ce qui se joue pour l'étudiant qui joue le patient, afin de préciser la possibilité ou la difficulté à l'identification, aux ressentis, à la prise de perspective
- une recherche centrée sur le débriefing et son apport dans la construction de l'empathie
- une étude centrée sur les ressentis des patients rencontrant les étudiants ayant participé aux jeux de rôles afin d'obtenir une hétéro-évaluation des étudiants.

Annexe 1 : Guide d'entretien étudiants

Introduction :

Bonjour,

Tout d'abord je te remercie encore d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Comme je te l'ai dit, je m'intéresse à la façon dont l'empathie est mobilisée et construite à travers ces jeux de rôle sur la relation médecin-malade.

Je souhaite construire un outil d'évaluation de l'empathie, pour élargir les compétences enseignées aux étudiants en médecine.

Bien sûr, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ; c'est ton point de vue qui m'intéresse.

Si la question n'est pas claire, n'hésite pas à me le dire, je reformulerai ou préciserai.

Et si tu souhaites faire une pause, on s'arrête et on reprend ensuite sans problème.

Je vais commencer par une question volontairement large ; et de je t'encouragerai à développer chaque point que tu aborderas, pour bien comprendre ce que tu veux dire.

Pour ma part, l'enjeu est de parler le moins possible, pour te laisser la parole, et juste intervenir pour t'aider à développer ta pensée.

1) Comment définis-tu l'empathie ?

2) Quelle était ton expérience de la relation médecin-patient avant de participer aux jeux de rôle ?

3) Qu'est-ce que tu as ressenti en jouant le médecin ?

Et le patient ?

4) Comment les jeux de rôle t'ont-ils aidé à comprendre ce que le patient pense ?

Relance : Comment les jeux de rôle t'ont-ils aidé à comprendre ce que le patient ressent ?

5) Comment les jeux de rôle t'ont-ils aidé à témoigner au patient intérêt et soutien ?

6) Qu'est-ce qui selon toi t'a aidé à manifester ton empathie au cours des jeux de rôles ?

Qu'est-ce qui au contraire a rendu difficile la manifestation de l'empathie au cours des jeux de rôles ?

7) En quoi penses-tu qu'avoir participé à ces jeux de rôle va influencer ta pratique future ?

Annexe 2 : Guide d'entretien enseignants

Introduction :

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie encore d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Comme je vous l'ai dit, je m'intéresse à la façon dont l'empathie est mobilisée et construite à travers ces jeux de rôle sur la relation médecin-malade.

Je souhaite construire un outil d'évaluation de l'empathie, pour élargir les compétences enseignées aux étudiants en médecine.

Si la question n'est pas claire, n'hésitez pas à me le dire, je reformulerai ou préciserai.

1) Comment définissez-vous l'empathie ?

2) Comment avez-vous l'impression que les jeux de rôles ont aidé les étudiants à comprendre ce que le patient pense ?

Et à comprendre ce que le patient ressent ?

3) Comment pensez-vous que les jeux de rôles ont aidé les étudiants à témoigner au patient intérêt et soutien ?

4) Qu'est-ce qui selon vous a aidé cet exercice ?

Qu'est-ce qui selon vous a rendu difficile l'exercice ?

5) Comment pensez-vous que la participation des étudiants aux jeux de rôles va influencer leur pratique future ?

Bibliographie

- [1] Topol EJ, The patient will see you now : the future of medicine is in your hands, Tantor Media, 2015
- [2] Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé: Erpi; 2016
- [3] Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. American Journal of Public Health. 1981;71(2):127-31
- [4] Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;292(6535):1573-6
- [5] Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Archives of internal medicine. 1994;154(12):1365-70
- [6] Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? Jama. 1999;281(3):283-7
- [7] Ormel J, Koeter MW, Van den Brink W, Van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. Archives of General Psychiatry. 1991;48(8):700-6
- [8] Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 1992;10(3):163-9
- [9] Beaulieu M, Leclere H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. Canadian Family Physician. 1993;39:1369
- [10] Novel A-S. Baptiste Beaulieu : « J'ai parfois l'impression que ma vie passe sans moi », Le Monde,27.03.2015
- [11] DiMatteo MR, Haskard-Zolnierok KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. Health Psychology Review. 2012;6(1):74-91
- [12] DiMatteo MR. The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. Clinical obstetrics and gynecology. 1994;37(1):149-61
- [13] Desmond J, Copeland LR. Communicating with today's patient: Essentials to save time, decrease risk, and increase patient compliance: Jossey-Bass; 2000
- [14] Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on

- medication taking for cardiovascular disorders. *Compliance in healthcare and research*. Armonk, NY: Futura Publishing. 2001:3-21
- [15] Martin LR, DiMatteo MR. *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*: Oxford University Press; 2013
- [16] Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705
- [17] Richard C, Lussier M-T. *The Art of Medical Information Exchange*. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*. 2013:54
- [18] Richard C, Lussier M-T. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: dialogue ratio, preponderance of initiative, and dialogical roles. *Patient education and counseling*. 2007;65(3):329-41
- [19] Richard C, Lussier M-T. Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters. *Patient education and counseling*. 2006;64(1):207-16
- [20] Lussier M-T, Richard C, Glaser E, Roberge D. The impact of a primary care e-communication intervention on the participation of chronic disease patients who had not reached guideline suggested treatment goals. *Patient education and counseling*. 2016;99(4):530-41
- [21] Richard C, Thivierge R, Rodrigues I. Observational study of consultations between adult asthmatic patients and general practitioners. 2006
- [22] 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*. 1997;277(7):553-9
- [23] Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of internal medicine*. 1996;125(9):730-7
- [24] Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*. 2007;298(9):993-1001
- [25] Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*. 1991;32(2):175-82
- [26] Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten D. The influence of

physician practice behaviors on patient satisfaction. FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY. 1993;25:17

[27] Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction: A study of doctor-patient interviews. Evaluation & the health professions. 1990;13(2):168-85

[28] Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher E. The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. Psychological medicine. 1993;23(1):185-93

[29] Lussier M-T, Rosenberg E, Beaudoin C, Richard C, Gagnon R. Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care. Patient Education and Counseling. 1998;34:S25-S6

[30] Beaudoin C, Lussier M-T, Gagnon R, Brouillet M-I, Lalande R. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: an exploratory study of content and déterminants. Patient education and counseling. 2001;45(4):275-84

[31] Goudreau J. Améliorer les pratiques préventives des médecins: une recherche action. Rapport de recherche de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval; 2002

[32] Frank JRS, L.S.; Sherbino, J., L'ébauche du Cadre des compétences CanMEDS 2015 pour les médecins; changements proposés, série III. Ottawa (Canada): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015

[33] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (2002)

[34] Boulanger C., Lançon C, L'empathie : réflexion sur un concept, Annales Médico Psychologiques, 2006 ; 164 : 497-505

[35] Mons M., Empathie et odontologie, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ; Université Toulouse III-Paul Sabatier : 2015 ; 2015-TOU3-3053

[36] Elie M., De l'Einfühlung à l'empathie, L'empathie, la sympathie, le « sentir » ; phénoménologie, éthique et esthétique, Temporel, 2012

[37] Lipps T. Zur einfühlung. W. Engelmann; 1912

[38] Elie M., Aux origines de l'empathie, Ovadia eds, 2009

[39] Hogan R., Development of an empathy scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969 ; 33(3) : 307-316

[40] Mehrabian A., Epstein N., A measure of emotional empathy, Journal of Personality, 1972 ;

40(4) : 525-543

[41] Décety J., Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie, EMC - Psychiatrie, 2016 ; 13(1) : 1-8

[42] Décety J., L'empathie, une spécificité humaine ?, Le Monde, 2003

[43] Stepien KA., Baernstein A., Educating for empathy, J Gen Intern Med, 2006 ; 21(5) : 524-530

[44] Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H., Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda, Patient Education and Counseling, 2009;74(3):339-46

[45] Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M., Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty, American Journal of Psychiatry, 2002 ; 159 : 1563-1569

[46] Wispe L., The Distinction Between Sympathy and Empathy: To Call Forth a Concept, A Word Is Needed, Journal of Personality and Social Psychology, 1986 ; 50 (2) : 314-321

[47] Compassion, Définition, Larousse

[48] Consoli SM., Relation médecin-malade, Encycl Med Chir (Elsévier Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 2008 ; 1(0010):1-8

[49] Favre D. et al, Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapports aux émotions, Enfance, 2005 ; 4(57) :363-382

[50] Qu'est-ce que l'Approche Centrée sur la Personne?, ACP-France, <https://www.acpfrance.fr>

[51] Olano M., Carl Rogers et le courant humaniste, Sciences humaines, 2018 ; 3(301):24

[52] Galam E., Carl Rogers : une approche centrée sur la personne, Médecine, 2014;1157:408-412

[53] Carl Rogers, Le développement de la personne, Dunod, 1968

[54] Maury A., Buffel du Vaure C., Jaury P., Mise au point sur l'empathie clinique dans les études médicales, Médecine, 2018;14(6):264-267

[55] Morse J., Anderson G., Bortoff JL., O'Brien B., Solberg SM., Hunter Mclven K., Exploring empathy : a conceptual fit for nursing practice ?, Journal of nursing scholarship, 1992 ; 24(4) : 273-280

- [56] Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH., « Let me see if I have it right... » : words that help build empathy, *Ann Intern Med*, 2001;135(3):221-227
- [57] Mercer SW, Reynolds WJ, Empathy and quality of care, *British Journal of General Practice*, 2002 ; 52 : S9-S13
- [58] Reniers R, Corcoran R, Drake R, Shryane N, Völlm B, The QCAE : a Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy, *J. Pers. Assess*, 2011 ; 93(1) : 84-95
- [59] Hemmerdinger J, Stoddart S, Lilford R, A systematic review of tests of empathy in medicine, *BMC Medical Education*, 2007 ; 7(24)
- [60] Myzkowski N, Brunet-Gouet E, Roux P, Robieux L, Malezieux A, Boujut E, Zenasni F, Is the Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy measuring two or five dimensions ? Evidence in a french sample, *Psychiatry Research*, 2017 ; 255:292-296
- [61] Davis M, Measuring Individual Differences in Empathy : Evidence for a Multidimensional Approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983 ; 44(1) : 113-126
- [62] Gilet AL, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G, Assessing Dispositionnal Empathy in Adults : A French Validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI), *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2013 ; 45(1) : 42-48
- [63] Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca T, Magee M, Physician Empathy in Medical Education and Practice : Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy, *Seminars in Integrative Medicine*, 2003 ; 1(1) : 25-41
- [64] Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS, Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy and the Interpersonal Reactivity Index (IRI), *Medical Teacher*, 2005;27(7):625-628
- [65] Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus RP, Hojat M, Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study, *Med Sci Monit*, 2007;13(7):CR291-294
- [66] Costa P, Carvalho-Filho MA, Schweller M, Thiemann P, Salgueira A, Benson J, Costa MJ, Quince T, Measuring Medical Students' Empathy: Exploring the Underlying Constructs of and Associations Between Two Widely Used Self-Report Instruments in Five Countries, *Acad Med*, 2017;92(6):860-867

- [67] Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCW, The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure, *Family Practice*, 2004;21(6) :699-705
- [68] Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCW, Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice, *Family Practice*, 2005;22:328-334
- [69] 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, *Medical Education Online*, 2015 ;20(1)
- [70] Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H, Définir et évaluer les compétences des professionnels de santé, une enquête auprès de 148 organisations, *Presse Med*, 2005;34:1703-1709
- [71] Frappé P, Attali C, Matillon Y, Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale, *Exercer*, 2010;21(91):41-46
- [72] Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, À popos du CanMEDS, <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>
- [73] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, JORF n°0095 du 23 avril 2013, Texte n°30
- [74] WONCA Europe, La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, 2002
- [75] Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C, Définitions et description des compétences en médecine générale, *Exercer*, 2013;24(108):148-155
- [76] Jaury P, Données théoriques sur la relation médecin-malade, Département de Médecine Générale, Faculté Paris Descartes, 2005
- [77] Buffel du Vaure C, Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique, Thèse pour le Doctorat en Médecine – Spécialité Médecine Générale, Université Paris Descartes, 2012
- [78] Vanotti M, L'empathie dans la relation médecin-patient, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002;2(29):213-237
- [79] Kayser M, Devenir « médecin de famille », Entretien avec Louis Velluet, *Pratiques*,

2007;36

[80] Naccache H, La psychothérapie du médecin généraliste, *La Revue du Praticien-Médecine générale*, 2002;16(587)

[81] Balint M, *Le médecin, le malade et sa maladie*, Paris, Payot, 1996, 419p

[82] Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S, Efficacité thérapeutique de l'« effet médecin » en soins primaires, *Presse Med*, 2006;35(6):967-73

[83] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J, Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001; 357: 757-62

[84] Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J, Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement, *BMJ*, 1991;303:1385-87

[85] Stewart M, Effective physician-patient communication and health-outcomes : a review, *Can ed Assoc J*, 1995;152(9):1423-33

[86] Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV, The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance, *Evaluation & The Health profession*, 2004;27(3):237-251

[87] 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, *Psychology and Health*, 2001;26(1):101-117

[88] Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A, effectiveness of empathy in general practice : a systematic review, *British Journal of General Practice*, 2013 ; 63(606):e76-e84

[89] Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonenlla JS, Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education, *Acad Med*, 2009;84(9):1192-1197

[90] Dae Hun Suh, Jong Soo Hong, Dong Hun Lee, Joseph S. Gonnella & Mohammadreza Hojat, The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians, *Medical Teacher*, 2012;34(6):e464-e468

[91] Lillo MD, 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*, 2009;84(9):1198-1202

[92] Carmel S, Glick SM, Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern, *Soc Sci Med*, 1996;43(8) : 1253-1261

[93] Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan, Burnout and empathy in primary care : three

hypotheses, *British Journal of General Practice*, 2012;62(600):346-347

[94] Helen Wilkinson, Richard Whittington, Lorraine Perry, Catrin Eames, Examining the Relationship between Burnout and Empathy in Healthcare Professionals: A Systematic Review (2010), <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

[95] Audrey Joubert. Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01132135>

[96] Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J, Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents, *J gen Intern Med*, 2005;20:559-564

[97] Brazeau C, Schroeder R, Rovi S, Boyd L, Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate, *Acad Med*, 2010;85(10):S33-S36

[98] Eikeland HL, Ørnes K, Finset A, Pedersen R, The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students, *BMC Medical Education*, 2014;14(65)

[99] Tavakol S, Dennick R, Tavakol M, Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study, *Medical Education*, 2012;46:306-316

[100] Tavakol S, Dennick R, Tavakol M, Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest, *Education for Primary Care*, 2011;22:297-303

[101] Chen D, Kirshenbaum D, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine R, Characterizing changes in student empathy throughout medical school, *Medical Teacher*, 2014;34:305-311

[102] Hojat M, Mangione S, Nasca T, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Mage M, An empirical study of decline in empathy in medical school, *Medical Education*, 2004 ; 38:934-941

[103] Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, JS Gonnella, The Devil is in the Third Year : A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, *Acad Med*, 2009 ; 84(9):1182-1191

[104] Costa P, Magalhães E, João Costa M, A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time, *Adv in Health Sci Educ*, 2012

[105] Smith K, Norman G, Decety J, The complexity of empathy during medical school training: Evidence for positive changes, *Med Educ*, 2017;51(11):1146-1159

[106] Hojat M, Change in empathy in medical school, *Medical Education*, 2018;52:456-457

[107] 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, 2010 ; 85(4):588-593

[108] Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C, Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents, Acad Med, 2011;86(8):996-1009

[109] Stratta E, Riding D, Baker P, Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline, International Journal of Medical Education, 2016 ;7:286-292

[110] Batt-Rawden S, Chisolm M, Anton B, Flickinger T, Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review, Acad Med, 2013;88(8):1171–1177

[111] Kelm Z, Womer J, Walter J, Feudtner C, Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, BMC Medical Education, 2014 ;14:219

[112] Smith S, Hanson J, Tewksbury L, Christy C, Talib N, Harris M, Beck G, Wolf F, Teaching Patient Communication Skill to Medical Students, A Review of Controlled Trials, Evaluation & The Health Professions, 2007 ;30(1):3-21

[113] Charon R, Wyer P, Narrative evidence based medicine, The Lancet, 2008 ; 371:296-297

[114] Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bungef L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, Vincens ME, Galam E, Jaury P, Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study, Journal of Psychosomatic Research, 2017 ; 103 :102–107

[115] 111th Congress. United State House of Representatives; 02-2009

[116] Jaffrelot M, Weiss A, Derrien P, Vidailhet P. Préparer et animer une séance de simulation. In: Pelaccia T, editor. Former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé 2016. p. 249-70.

[117] Jouquan J, Vierset V, Jaffrelot M, Romanus C, Parent F. Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur. Penser la formation des professionnels de la santé. 2013:245-83.

[118] Collins AB, Brown JYN. SE (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. Knowing, learning, and instruction. 453-94.

[119] Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Academic Emergency Medicine. 2008;15(11):1010-6

[120] Bearman M, Palermo C, Allen L, NutrDiet B, Williams B, Learning Empathy Through Simulation : A Systematic Literature Review, Simulation in Healthcare, 2015;10(5):308-319

- [121] Kneebone R, Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: A theory-based approach. *Academic Medicine*, 2005 ;80(6):549-553
- [122] Van Ments M, *The Effective Use of Role Play: A Handbook for Teachers and Trainers*, New York: Nichols Publishing; 1989
- [123] Nestel D, Tierney T, Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits, *BMC Medical Education*, 2007 ;7:3
- [124] Kolb DA, Fry R, Toward an applied theory of experiential learning, *Theories of Group Process*, Edited by: Cooper C. John Wiley: London; 1975.
- [125] Knowles MS, Holton EF, Swanson RA, *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*, 6th edition. Elsevier: USA; 2005.
- [126] Schon DA, *The Reflective Practitioner* Jossey-Bass, San Francisco; 1983.
- [127] Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, Huwendiek S, Nikendei C, The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial, *Patient Education and Counseling*, 2012 ;87 :300–306
- [128] Safta S, Evaluation de l'efficacité des jeux de rôles sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1à Paris Descartes, Thèse pour le Doctorat en Médecine – Spécialité Médecine Générale, Université Paris Descartes, 2018
- [129] Beres D, Arlow JA, fantasme et identification dans l'empathie, *Revue Française de psychanalyse*, 2004 ; 3 (68) : 771-790
- [130] Holmes SM, Jenks AC, Stonington S, *Clinical Subjectivation: Anthropologies of Contemporary Biomedical Training*, *Cult Med Psychiatry*, 2011 ; 35:105-112
- [131] Berkhof M, van Rijssen J, Schellart A, Anema J, van der Beek A, Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews, *Patient Education and Counseling*, 2011 ; 84 : 152–162
- [132] Kraus M.W., Cote S., Keltner D. Social Class, Contextualism, and Empathic Accuracy. *Psychological Science*, 2010; 21 (11): 1716
- [133] Nguyen Trong MV, Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM1 de médecine. Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances, Thèse pour le Doctorat en Médecine – Spécialité Médecine Générale, Université Paris Diderot, 2016
- [134] Cahn R, Subjectalité et subjectivation, *Adolescence*, 2004 ; 4 (50):755-766

[135] Bertrand M, Qu'est-ce que la subjectivation ?, Le Carnet psy, 2005 ; 1 (96):24-27

Titre en français

Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique

Résumé (français) :

Introduction : L'empathie clinique revêt communément plusieurs composantes, son bénéfice sur la relation médecin-patient a été démontré et son enseignement a fait ses preuves sur le développement des compétences empathiques des étudiants, notamment par les jeux de rôles. Notre étude vise à explorer les processus et facteurs de l'empathie chez les étudiants en quatrième année de médecine au cours des jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique.

Méthode : Une étude mono-centrique qualitative par entretiens individuels semi-dirigés selon la méthodologie de la grounded theory a été menée auprès d'étudiants et d'enseignants. Les étudiants devaient être en quatrième année de médecine à l'Université Paris Descartes durant l'année 2017-2018, être majeurs, avoir participé au module, parler français et donner leur consentement. Les enseignants devaient avoir enseigné au cours du module et être volontaires. L'analyse a été menée en double cotation, avec triangulation des données, selon trois niveaux descriptifs, thématiques et interprétatifs et matriciel.

Résultats : Douze étudiants et huit enseignants ont été inclus dans l'étude. Cinq processus de construction des différentes composantes de l'empathie ont été identifiés : les affects, la réflexivité, l'identification, la subjectivation, le transfert de la théorie vers la pratique. Quatre facteurs modulant l'empathie, chacun dans un sens favorisant et freinateur, ont émergé : le cadre pédagogique, l'institution, l'étudiant, être observé.

Conclusion : Les composantes de l'empathie semblent être développées par cinq processus au cours des jeux de rôles. Ceci pourrait permettre de construire des stratégies et outils d'accompagnement pédagogique optimal à destination des enseignants.

Mots clés (français) :

empathie, jeux de rôles, étudiants en médecine, relation médecin-patient

Titre en anglais :

Process and factors of four-year medical students empathy during peer play-roles for doctor-patient relationship education

Abstract (english) :

Introduction : Clinical empathy has many dimensions, its positive effect on doctor-patient relationship has been proved and its education is effective to develop students empathy, especially with peer play-roles. Our study aim to explor process and factors of empathy for four year medical students during peer play-roles.

Method : A qualitative mono-centered study has been setted up with students and teachers. Students were in four year of medical school at the University of Paris Descartes during year 2017-2018, were up to 18, had participate to the module of training, spoke french and were consentents. Teachers should have teach during the module of training and be volunteers. The analysis has been conducted in double rating, with data triangulation, by three levels descriptive, thematic and interpretative, and matricial.

Results : Twelve students and eight teachers responded to the study. Five process contributing to construct the different dimensions of empathy has been identified : affects, reflexivity, identification, subjectivation, transfert from theory to practice. Four factors modulating empathy, negatively and positively, has emerged : the pedagogic framework, the institution, the student, being watched.

Conclusion : Empathy dimensions seem to be developped by five process durin peer play-roles. This might allow to built strategies and pedagogic accompanying tools for teachers.

Keywords (english) :

empathy, students medical, role playing, physician-patient relations

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