



HAL
open science

Évaluation à 6 mois de l'impact d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des externes

Chloé Retornaz

► **To cite this version:**

Chloé Retornaz. Évaluation à 6 mois de l'impact d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des externes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03447380

HAL Id: dumas-03447380

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03447380v1>

Submitted on 24 Nov 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° 280

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation à 6 mois de l'impact d'une formation à la relation
thérapeutique sur l'empathie des externes

Présentée et soutenue publiquement
le 19 novembre 2019

Par

Chloé RETORNAZ

Née le 19 mai 1991 à Sèvres (92)

Dirigée par Monsieur le Professeur Philippe Jaury, PE

Jury :

Madame le Professeur Cécile Badoual, PU-PH Président

Madame le Docteur Céline Buffel Du Vaure, MCU

Monsieur le Docteur Adrien Cohen, PHC

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	5
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
PREAMBULE	9
INTRODUCTION	11
I- L'EMPATHIE	14
1- Définition de l'empathie.....	14
1-1- Les débuts de l'empathie : origine du terme	14
1-2- Construit uni ou multidimensionnel ?.....	16
1-3- Empathie clinique	18
1-4- L'empathie : innée ou acquise ?.....	19
2- Termes à ne pas confondre.....	21
2-1- La sympathie : être avec dans l'émotion	21
2-2- La compassion : souffrir avec	23
2-3- La contagion émotionnelle	23
2-4- L'identification.....	23
2-5- Le contre-transfert positif.....	23
2-6- La théorie de l'esprit	24
3- Mesure de l'empathie	25
3-1- Caractéristiques nécessaires pour un test d'évaluation du niveau d'empathie.....	26
3-2- Choix de l'échelle d'évaluation de l'empathie.....	28
4- Effets bénéfiques de l'empathie en médecine	30
4-1- Pour le patient.....	30
4-2- Pour le médecin.....	33
II- ENSEIGNEMENT DE L'EMPATHIE	35
1- Causes du déclin de l'empathie	36
1-1- Des modèles pas toujours adaptés.....	37
1-2- Désillusion traumatique	38
1-3- Baisse de la qualité de vie	39
1-4- Une sorte de protection/un mécanisme de défense	40
1-5- Une médecine de pointe mais de plus en plus déshumanisante.....	41
1-6- Une formation actuelle peu adaptée pour promouvoir l'empathie	41
1-7- Des facteurs propres aux étudiants	41
2- Enseignement de l'empathie	42

2-1-	Les enseignements théoriques à l'éthique et l'empathie	43
2-2-	Les enseignements par discussion en groupes type Balint.....	43
2-3-	Des entraînements à la conscience de soi et de ses sentiments ; prise de conscience par un travail thérapeutique de soi	44
2-4-	Des critiques de consultations filmées vidéos ou enregistrées audio.....	45
2-5-	Etude de la littérature et des arts/médecine narrative.....	46
2-6-	Apprentissage par simulation	47
III-	ETUDE	52
1-	Problématique/état des connaissances.....	52
2-	Matériels et méthodes.....	53
2-1-	Objectif et type d'enquête	53
2-2-	Contexte de l'étude.....	53
2-3-	Population sélectionnée.....	54
2-4-	Les critères de jugement.....	55
2-5-	Recueil des données	56
2-6-	Calcul du nombre de sujets nécessaires	56
2-7-	Hypothèse testée.....	58
2-8-	Tests statistiques utilisés	58
3-	Résultats	59
3-1-	Descriptif de la population	59
3-2-	Evolution de la JSPE-MS sur le score total (objectif principal)	63
3-3-	Evolution de la JSPE-MS selon chaque composante (objectif secondaire).....	64
3-4-	Facteurs explicatifs (objectifs secondaires).....	66
3-5-	Satisfaction	67
4-	Discussion	68
4-1-	Principaux résultats	68
4-2-	Discussion sur la méthodologie.....	68
4-3-	Discussion sur les résultats.....	74
4-4-	Perspectives.....	77
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	92
ANNEXE 1 :	Tests d'empathie avec preuves concernant la fiabilité, la cohérence interne et la validité (52).....	92
ANNEXE 2 :	Jefferson Scale of Physician Empathy et Jefferson Scale of Physician Empathy – Medical Student (JSPE-MS)	93
ANNEXE 3 :	Scénarios / consignes des jeux de rôle	95
ANNEXE 4 :	Scénarios / consignes des ECOS.....	106

ANNEXE 5 : Email d'invitation à réaliser le questionnaire à T4	111
ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé à T4 aux étudiants	112
ANNEXE 7 : Classification spécialités orientées-patient/non orientées-patient.....	114

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord les membres de mon jury :

- Le Pr Philippe Jaury, qui, en plus de me faire l'honneur d'être mon directeur de thèse, a été mon maître de stage et m'a confortée dans mon choix de devenir médecin généraliste. Il m'a transmis son intérêt pour l'empathie et m'a gentiment proposé de rejoindre l'étude qu'il défend depuis plusieurs années,
- Le Pr Cécile Badoual, Présidente du Conseil Pédagogique, qui a accepté de présider mon jury de thèse et que je remercie grandement de l'intérêt porté à mon travail,
- Le Dr Céline Buffel Du Vaure, qui aura été d'une grande aide et d'un énorme soutien dans cette étude, que ce soit dans la mise en ligne de mon questionnaire ou l'analyse statistique. Je la remercie également d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury, malgré les nombreuses sollicitations qu'elle reçoit,
- Le Dr Adrien Cohen, mon ancien chef de clinique de gériatrie, que j'ai eu la chance de côtoyer. Nos moments passés ensemble à Broca au 4^{ème} est, puis en gériatrie aiguë, resteront gravés dans ma mémoire de jeune médecin. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je remercie également et infiniment ma famille :

- Mes parents qui m'ont accompagnée durant toutes ces années de médecine et ont su m'épauler et m'apporter soutien et réconfort quand j'en recherchais. Merci maman pour toutes les petites attentions que tu as eues et continue d'avoir, merci papa de m'avoir toujours poussé à continuer, même quand j'ai douté,
- Mon frère et ma sœur, mon bras droit et mon bras gauche : évoluer à vos côtés, bien que mouvementé parfois, a été le meilleur divertissement que je puisse avoir et la vie sans vous n'aurait pas eue le même attrait,
- A Noé et Aria, mes deux petits amours, pour la joie qu'ils me donnent,
- Mes grands-parents, présents comme absents, pour leur amour et leur admiration qui me touchent tant. A toi pépé....,
- Mon oncle, « tonton rigolo », acteur et professeur de théâtre, que je sais très intéressé par ce sujet de thèse. Merci de m'avoir écouté et d'avoir débattu avec moi,
- Yannick, mon compagnon d'aventures. Merci pour ton amour, ton admiration, ta patience, ton aide et ton soutien quotidien. Garde toujours cet humour qui t'anime ! Puissent nos petits bonheurs continuer éternellement.

Je remercie aussi mes amis, et particulièrement :

- Anna et Emilie, mes plus vieilles amies : amies en or, les années ne vous auront jamais remplacées,
- Béatrice, mon pilier de l'internat. En si peu de temps, tu es devenue l'une de mes plus proches amies. Tant de choses vécues ensemble à travers ces trois années...Je crois bien que cela nous aura soudées à jamais,
- Iphigénie et Anne, mes piliers de l'externat : merci d'avoir rendu ces années moins difficiles qu'elles ne l'étaient,
- Julia et Johanna : 10 ans d'amitié, de soirées, de voyages, de mariages, d'enfants. Merci d'avoir été présentes à mes côtés depuis tout ce temps.

Je tiens à remercier également toutes les personnes qui ont joué un rôle de près ou de loin dans ces longues années d'études médicales, notamment :

- Les chefs/médecins côtoyés lors de mes différents stages d'internat : en particulier le Dr Karen Baruk aux urgences de Jossigny, le Dr Vincent Roberdeau en stage de niveau 1 à Nangis, le Pr Jaury et Dr Adrien Cohen déjà cités, le Dr Laure Caillard en gériatrie à Broca, toute l'équipe de pédiatrie à Meaux, toute l'équipe du cabinet Georges Clémenceau en SASPAS, ainsi que les services de dermatologie et de soins palliatifs de l'hôpital d'Argenteuil,
- Les divers médecins qui ont participé à ma formation, que ce soit en tant qu'interne ou externe,
- Mon tuteur, le Dr Bruno Christin,
- Mes divers co-internes rencontrés, certains devenus des amis.

Et à toutes les personnes que j'ai oubliées : merci !

Merci à vous, vous m'avez façonnée et faite évoluer durant toutes ces années.

En espérant ne pas vous décevoir, je vous remercie du fond du cœur.

LISTE DES ABREVIATIONS

CARE : Consultation And Relational Empathy

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CPP : Comité de Protection des Personnes

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

Le DFASM1 correspond à la quatrième année des études de médecine

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Examen Classant National

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JDR : Jeux de role

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

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

LDL : Low Density Lipoprotein

MASLACH : Patronyme de la psychologue ayant créé l'échelle qui porte son nom, destinée à évaluer le risque de burnout

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

QCU : Questionnaire à Choix Unique

QdV : Qualité de Vie

PREAMBULE

Auparavant plongée dans les livres, en espérant réussir de la sorte ce tant attendu ECN, j'étais comme la plupart des étudiants, bornée à croire qu'un « bon médecin » est celui qui arrive à tout connaître et tout retenir.

Pour ma part, il aura fallu attendre le stage de niveau 1, en libéral, pour prendre conscience que mes connaissances théoriques, apprises durant l'externat et bien qu'absolument nécessaires, ne seraient pas suffisantes.

Cependant, dès la sélection en première année de médecine, je me suis fait la remarque que toutes les personnes sélectionnées n'étaient pas forcément celles que j'imaginai devenir de « bons médecins ». Mais qu'est-ce qu'un « bon médecin » ? Les compétences cliniques et les connaissances théoriques semblent principales pour les médecins alors que les qualités d'empathie, d'écoute et de respect sont prioritaires pour les patients (1).

Nous n'étions en effet pas sélectionnés sur nos capacités relationnelles mais uniquement sur nos capacités à retenir une multitude d'informations, que ce soit pour le concours de la première ou de la sixième année. Cependant, ce constat tend à changer avec la volonté des autorités médicales d'introduire dès la PACES une épreuve de sélection orale tournée vers la relation thérapeutique.

Savoir communiquer avec un patient n'est pas chose aisée et innée, et comprendre l'autre n'est pas toujours évident, comme le souligne l'écrivain Bernard Weber (2) :

« Entre

Ce que je pense,

Ce que je veux dire,

Ce que je crois dire,

Ce que je dis,

Ce que vous avez envie d'entendre,

Ce que vous croyez entendre,

Ce que vous entendez,

Ce que vous avez envie de comprendre,

Ce que vous croyez comprendre,

Ce que vous comprenez....

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... »

Il résume bien là toute la complexité de la communication et les difficultés auxquelles médecins et patients doivent faire face à chaque consultation pour arriver à un objectif commun : se comprendre mutuellement pour tendre vers le soin le plus approprié.

Une communication est de qualité lorsque chacun comprend ce que dit l'autre, avec le sentiment d'avoir été soi-même entendu et compris. L'empathie semble être une ressource importante en ce sens.

C'est dans ce contexte que j'ai naturellement voulu approfondir la notion d'empathie et la développer lors de ma thèse de médecine générale.

INTRODUCTION

Au cours des deux derniers siècles, l'enseignement de la médecine s'est principalement construit autour du modèle biomédical. Ce dernier consiste à prendre en charge les maladies comme des entités indépendantes de la personne. A chaque dysfonctionnement correspond sa prise en charge, le patient étant ainsi considéré comme une « machine dérégulée » et la maladie comme un élément exogène venant perturber son fonctionnement.

Cependant, si cette conception médicale a pu apparaître très utile lors des siècles précédents, elle semble aujourd'hui obsolète. En effet, le modèle biomédical ne prend pas en compte la globalité du patient, en séparant notamment le corps et l'esprit et en négligeant le contexte social. C'est ainsi que les réponses mécanistes et linéaires du type : plainte - lésions – soins, apportées par les médecins suivant ce modèle de formation, se révèlent souvent inefficaces et peuvent aggraver leur sentiment d'impuissance.

De là est apparu le modèle biopsychosocial avec l'approche globale « centrée patient », qui va prendre en compte en même temps les différents facteurs qui influencent la santé, qu'ils soient physiques, psychiques, sociaux et économiques. Dans cette approche, la relation médecin-patient a un rôle central et la notion d'empathie une place particulièrement importante. Elle est d'ailleurs mentionnée dans le guide HAS 2007 sur l'éducation thérapeutique comme une technique de communication nécessaire pour favoriser un climat de confiance entre le patient et le professionnel (3).

Mais alors, qu'est-ce que l'empathie ? Les définitions sont nombreuses et ont évolué au cours du temps. Le dictionnaire Larousse la définit comme « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » (4). Cette définition semble cependant bien trop succincte pour le domaine médical et ne permet pas d'accéder à tout son sens. Passant de l'art à la philosophie, à la psychologie, aux neurosciences, à la médecine, et maintenant aux techniques de management et au coaching, l'intérêt pour l'empathie grandit.

Il s'agit d'une notion particulièrement importante en médecine, où elle se place au centre de la relation médecin-malade et au cœur de l'approche thérapeutique centrée sur le patient. Plus qu'une simple technique de communication, elle est un élément thérapeutique particulièrement efficace de la communication patient-médecin (5).

Il a en effet été reconnu que l'empathie permettait une meilleure prise en charge des patients, objectivée sur des critères cliniques (6) (7) et biologiques (7) (8), et permettait un meilleur épanouissement des médecins dans leur vie professionnelle, avec une diminution des litiges (9) (10) et du burnout (11) si elle est suffisamment régulée (12).

Cependant, l'empathie ne s'acquiert pas toujours avec le temps et l'expérience, comme on aurait tendance à le penser instinctivement (13) (14). Il a ainsi été montré aux Etats-Unis (15) que l'empathie a tendance à diminuer spontanément au cours des études de médecine, particulièrement en 3^e année, année au cours de laquelle l'étudiant débute la phase pratique de sa formation dans le système éducatif américain. Cette diminution, que l'on constate également en Europe, se poursuit durant l'internat (5). Face à ce constat, plusieurs travaux ont tenté d'expliquer les causes de ce déclin. L'éducation médicale apparaît comme un processus stressant qui peut engendrer du cynisme, idée relayée à la fois dans la conférence de consensus de Toronto de 1991 (16) et une revue systématique (5) datant de 2011.

Si l'importance de l'empathie en médecine est démontrée, reste à savoir comment l'enseigner et comment la faire perdurer dans le temps. Ceci est l'objet de ma thèse. Elle fait suite aux travaux de thèse présentés en novembre 2018 par Sarah Safta (17) et Juliette Legrand (18).

La notion d'empathie est entrée récemment dans le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales : l'étudiant doit être capable « d'établir une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie » (19). Cependant, nous restons confrontés aux problèmes d'un nouvel enseignement, perfectible en raison notamment de son manque de maturité.

En effet, si l'empathie semble améliorée après une formation de 3 mois à la relation thérapeutique s'inspirant des groupes Balint (20), une diminution de l'empathie a été constatée 6 mois après cette formation chez les étudiants de DFASM1 (21).

A la suite de ce constat, la faculté de médecine Paris Descartes a alors pris l'initiative de modifier l'enseignement réalisé en DFASM1, en allongeant sa durée à 1 an et en ajoutant d'autres techniques d'enseignement, à savoir les jeux de rôles (JDR) et les examens cliniques objectifs structurés (ECOS), avec l'hypothèse que ces deux modifications pourraient permettre un maintien du niveau d'empathie dans la durée.

L'objet de ma recherche consiste ainsi à tester cette hypothèse en décrivant et en analysant la variation du niveau d'empathie 6 mois après cette formation.

Mon étude se décompose en 3 parties :

- La première consiste en un état des connaissances de l'empathie : ses multiples définitions, son évaluation et son importance en médecine,
- La seconde partie traite de l'enseignement de l'empathie, en cherchant tout d'abord à connaître les causes de son déclin chez les étudiants en médecine,
- Enfin, la troisième partie présente mon étude, qui s'inscrit dans une étude plus large, Empathie 5.

Ce travail a pour objectif plus global de réaffirmer l'intérêt d'une formation sur l'empathie et d'apporter des pistes pour la perfectionner, afin que l'enseignement médical soit le plus optimal possible pour former des médecins compétents et épanouis.

I- L'EMPATHIE

1- Définition de l'empathie

Les définitions de l'empathie ont évolué avec le temps, parallèlement à l'intérêt porté sur le sujet, aussi bien dans le domaine médical que sociétal, où l'on retrouve ce terme, de plus en plus en vogue, au sein de techniques de communication et de management notamment.

Dans le sens courant, l'empathie est la compréhension du vécu de l'autre (22).

Le dictionnaire Larousse définit l'empathie comme « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » (4).

Cette définition comporte cependant des éléments qui prêtent à discussion : y a-t-il un processus d'identification dans l'empathie ? Y a-t-il un partage des émotions ? Est-elle un trait de personnalité ?

1-1- Les débuts de l'empathie : origine du terme

Etymologiquement, le mot empathie provient de l'association de deux mots grecs : le préfixe en- qui signifie « dedans », et –pathos qui signifie « souffrance ». Cependant, il n'est grec que par sa structure linguistique et pourrait être qualifié de néologisme puisqu'il s'agit en fait d'un mot créé au début du XX^{ème} siècle par l'association de ces deux termes (23).

En effet, cette notion est d'abord apparue en allemand en 1873, dans la thèse du philosophe Robert Vischer (1847-1933), « Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik » [Le sentiment optique de la forme. Contribution à l'esthétique] (24), sous le terme de « Einfühlung » = « ressenti de l'intérieur ». Ce terme a été introduit pour désigner ce que l'on ressent face à une œuvre inanimée en nous mettant à la place de l'objet représenté ; le but étant ainsi de mieux accéder au sens de l'œuvre (25).

L'« Einfühlung » évolue ensuite en 1912 avec Théodore Lipps (1851-1914), philosophe allemand, qui transpose cette notion à la compréhension, non plus des œuvres d'art, mais des autres personnes et de leur état mental. Pour lui, « l'Einfühlung » serait le mécanisme par lequel

l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur (26). On parle alors de résonance émotionnelle.

Introduite dans la philosophie, c'est ensuite dans le domaine de la psychologie que cette notion s'imposa plus largement, traduite par le psychologue Edward Bradford Titchener (1867-1927) en 1909 par *empathy* en anglais, puis en français par *intropathie* et enfin *empathie*.

Carl Rogers (1902-1987), psychologue humaniste américain, à l'origine du concept de « l'approche centrée sur la personne », en donne la première définition, publiée en 1959, qui se rapproche le plus de son utilisation actuelle en médecine. Pour lui, l'empathie consiste à « percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même, mais sans jamais perdre de vue le "comme si" » (27). Le thérapeute peut alors « rentrer dans le cadre de référence du patient, comprendre son ressenti et ses pensées de la manière la plus précise possible et exprimer cette compréhension dans un but thérapeutique en distinguant soi d'autrui » (28).

Pour ce faire, il existe selon lui trois conditions préalables, dite « facilitatrices » (29) :

- La congruence ou authenticité : le thérapeute ne doit pas afficher une image professionnelle mais bel-et-bien rester lui-même, avec ses émotions et son vécu,
- Une compréhension empathique : le thérapeute comprend les émotions du patient, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, et communique cette compréhension. Il s'agit d'une écoute active,
- Un regard positif inconditionnel : le thérapeute ne doit pas juger les émotions du patient, mais les recevoir telles qu'elles sont exprimées, dégageant ainsi le patient de toute pression moralisante. Il introduit la notion de « neutralité bienveillante », qu'il considère comme la véritable empathie. Il part du principe que tout jugement interférerait sur une réelle écoute car nos propres pensées peuvent déformer les messages des autres. Pour lui, le processus empathique demande de « laisser de côté son propre moi, ses propres opinions, ses propres valeurs, afin de pénétrer sans préjugés dans le monde de l'autre » (28) . Ce concept de « neutralité bienveillante » du médecin reste cependant théorique et controversé. En effet, il paraît difficile d'imaginer un médecin complètement neutre, sans émotions ; et le contre-transfert, réponse inconsciente du médecin dont nous parlerons ultérieurement, est souvent inévitable.

Contrairement à Carl Rogers, le psychiatre et psychanalyste anglais Michael Balint (1896-1970) inclut les affects du soignant au sein de la relation médecin-malade (30). Il donnera plus tard son nom aux groupes consistant à réunir une dizaine de soignants pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème, questionne, et dont l'objectif est de « permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles ils disposent pour s'en occuper. » (31)

Ces groupes permettent d'acquérir des compétences dans le diagnostic et le traitement des nombreuses formes de perturbations émotionnelles qui accompagnent quotidiennement le travail avec les patients (32).

On comprend dès lors qu'il existe selon les auteurs une dichotomie entre l'émotion et la cognition. L'un des débats concernant l'empathie est donc de savoir si elle comporte une ou plusieurs dimensions, et si l'une l'emporte sur l'autre.

1-2- Construit uni ou multidimensionnel ?

L'analyse des précédents travaux cités, ainsi que les écrits qui ont suivis, relèvent deux composantes principales : cognitive et affective, sujettes à de nombreuses discussions.

Pour les défenseurs de l'approche cognitive, l'empathie est considérée comme la capacité de comprendre les patients depuis leur perspective, une forme de projection de rôle : se mettre à la place d'autrui. On considère ici l'empathie comme « le fait de reconnaître fidèlement l'état d'autrui, sans nécessairement ressentir son émotion » (33).

Cependant, en 2011, pour le docteur en psychologie Renate Reniers et son équipe, l'empathie, qui implique une « compréhension correcte des émotions d'autrui » à travers sa composante cognitive, n'est pas l'équivalent de la théorie de l'esprit définie communément comme « la capacité à attribuer des états mentaux (désirs, intentions et croyances) à autrui » mais n'inclut pas les émotions (34). Il a d'ailleurs été montré que théorie de l'esprit et empathie sont tous deux associés à des réseaux neuronaux qui se chevauchent mais sont distincts, avec une réponse empathique nécessitant le recrutement supplémentaire de réseaux impliqués dans le traitement des émotions (35). Ils définissent alors l'empathie comme « une compréhension de l'expérience d'autrui (empathie cognitive) ainsi que la capacité de ressentir viscéralement l'expérience

émotionnelle d'autrui (empathie affective) », tout en permettant « l'identification correcte de son propre état émotionnel par la réflexion et la perspicacité » (34).

Pour les défenseurs de l'approche affective, l'empathie est plutôt perçue comme un partage des émotions d'autrui. Or, si l'on se réfère à cette définition, l'empathie affective est ici confondue avec la sympathie, distinction que nous développerons ultérieurement. Partager les émotions d'autrui ne signifie pas qu'on les comprend. De plus, dans le domaine du soin, on comprend aisément que cela n'est pas applicable, le médecin ne pouvant pas partager les émotions de tous ses patients, au risque de l'apparition très rapide d'une fatigue émotionnelle et de burnout. C'est ainsi que d'autres auteurs (34) évoquent plutôt « une sensibilité et une expérience des émotions de l'autre », au lieu d'un véritable partage des émotions d'autrui.

Cette dichotomie cognitif/affectif de l'empathie n'est plus d'actualité et l'approche multidimensionnelle de l'empathie est désormais de plus en plus admise dans la littérature. D'autres composantes ont été ainsi rapportées, notamment par Janice M. Morse, professeure/présidente du conseil d'administration à la faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Utah, et professeure émérite de l'Université de l'Alberta, au Canada. Elle rajoute deux autres dimensions en 1992 (36), permettant de définir l'empathie selon 4 niveaux : en tant qu'attitude, compétence, comportement et motivation intrinsèque du soignant.

Les 4 composantes, définies par Janice M. Morse, sont ainsi largement admises :

- Affective : capacité à expérimenter subjectivement et à partager l'état psychologique ou les émotions intrinsèques d'autrui
- Cognitive : capacité d'identifier et de comprendre objectivement les émotions et les représentations du patient
- Comportementale : capacité à transmettre en retour sa compréhension des émotions et des représentations du patient.
- Ethique ou morale : motivation interne du médecin à être empathique.

On comprend, à travers ces différentes dimensions, toute la complexité de la notion d'empathie. L'empathie serait un « état complémentaire de partage et de séparation » (37), un juste milieu pour « entrer en résonance avec l'autre mais pas en fusion qui amène de la confusion » (38). L'art du médecin sera ainsi de trouver cette « juste distance » ou « juste proximité ».

1-3- Empathie clinique

Si la notion d'empathie s'est beaucoup développée dans le domaine de la psychologie, les médecins s'y sont aussi progressivement intéressés, introduisant la notion d'« empathie clinique ». Dans la littérature médicale du XXème siècle, l'empathie en médecine est purement cognitive. Le psychiatre américain Léonard Blumgart décrit l'« empathie neutre » dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine* (39), qui n'est pas sans rappeler la « neutralité bienveillante » décrite par le psychologue Carl Rogers.

Le Pr Hojat rejoint cette définition basée sur la compréhension. Pour lui, l'empathie est la « compréhension sans jugement des expériences et des sentiments intérieurs du patient comme un individu distinct combiné à la capacité de communiquer cette compréhension au patient » (40). Il la qualifie comme un « attribut principalement cognitif (plutôt qu'émotionnel) qui implique une compréhension (plutôt que le sentiment) d'expériences, de préoccupations et de points de vue du patient, combiné à une capacité à communiquer cette compréhension » (15). Ainsi, selon le Pr Hojat, le médecin doit faire preuve d'une attitude cognitive plus qu'affective pour répondre aux demandes des patients, la part affective de l'empathie étant considérée comme un frein à l'objectivité et donc l'efficacité du médecin (41). C'est dans cette perspective qu'il élabore la *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)*, échelle d'évaluation qui sera décrite ultérieurement et utilisée dans la présente étude.

Cependant, si Balint a déjà redonné à la dimension affective une place importante dans son travail sur la relation médecin-malade, elle a aussi été revalorisée par Jodi Halpern en 2003, professeur en bioéthique et sciences humaines à l'Université de Californie, pour qui l'empathie clinique ne peut pas être définie comme une forme de cognition détachée et soutient que l'expérimentation émotionnelle des médecins aide à la compréhension des émotions des patients (42).

Enfin, plus récemment, Arnaud Maury, ancien interne de Paris Descartes et actuellement médecin généraliste et chef de clinique à Rennes, a effectué une revue narrative des définitions de l'empathie dans le soin (22). Il a comparé les questionnaires d'empathie et leurs facteurs, et a proposé, à partir de cette comparaison, une nouvelle définition dite « clinique » de l'empathie. Il définit ainsi l'empathie clinique comme « la combinaison dans la relation thérapeutique de (a) la compréhension par l'observation et l'imagination, (b) la sollicitude comme valeur

éthique, implication appropriée et chaleureuse et (c) l'émotivité, la capacité à s'émouvoir régulée de façon adéquate.»

Deux notions importantes de cette définition méritent une attention particulière :

- La sollicitude (ou bienveillance), correspondant à la motivation pour le bien-être d'autrui : elle distingue l'empathie des techniques de manipulation par exemple, car la fin recherchée est le bien-être de l'autre et non de soi,
- La notion « d'imagination », qui étaye davantage la composante cognitive.

En effet, peut-on comprendre ce qu'on n'a jamais éprouvé ? C'est la question à laquelle Nicolas Danziger, neurologue à la Pitié Salpêtrière, a essayé de répondre (43) en étudiant des personnes qui ont une insensibilité congénitale à la douleur, c'est-à-dire qu'elles n'ont jamais ressenti de douleur. Il s'est demandé si ces personnes étaient capables d'avoir de l'empathie pour la douleur de l'autre alors qu'elles n'en ont jamais éprouvé. Il a ainsi observé que ces patients étaient capables d'activer la matrice de la douleur en passant, non pas par une contagion émotionnelle, mais par un processus mental plus complexe qu'il nomme « inférence émotionnelle » (44).

Le psychiatre américain Robert Friedman précise d'ailleurs que « ce qui importe pour comprendre les sentiments d'autrui ce n'est pas d'avoir vécu la même expérience que lui, mais d'être capable d'imaginer ce que ce serait de la vivre ».

Ces définitions retracent l'évolution de la notion d'empathie. Un point important n'y est cependant pas abordé : l'empathie est-elle modulable ? Peut-on la considérer comme un trait de personnalité ?

1-4- L'empathie : innée ou acquise ?

Cette interrogation revient à poser celle de l'intérêt d'un enseignement sur l'empathie.

En effet, si elle est innée et figée, nul intérêt de l'enseigner puisqu'elle ne peut s'améliorer.

Dans le cas contraire, son enseignement pourrait permettre de la comprendre, la travailler, l'appivoiser et peut-être l'accroître, devenant donc intéressant pour ses divers bénéfices à la fois pour le patient et pour le médecin, bénéfices qui seront détaillés ultérieurement.

Face à cette interrogation, les neurosciences ont pu apporter plusieurs éléments de réponse, en particulier à travers l'imagerie fonctionnelle et l'électrophysiologie, qui ont permis de mettre en évidence des régions cérébrales cruciales pour l'empathie, notamment le cortex préfrontal (orbitofrontal et médian) ainsi que le cortex pariétal dans l'hémisphère droit (45).

C'est ainsi qu'au début des années 2000, Jean Decety, neurobiologiste, Directeur de recherche à l'Inserm et professeur à l'université Washington à Seattle où il dirige le laboratoire Social Cognitive Neuroscience, étudie l'empathie d'un point de vue neuroscientifique et suggère que l'empathie reposerait sur deux composantes (46) :

- Une disposition innée, inconsciente et automatique à ressentir qu'autrui est « comme nous », mettant en jeu le processus réflexe de résonance motrice qui implique le cortex prémoteur,
- Une capacité consciente, acquise, à nous mettre mentalement à la place d'autrui et impliquant principalement le cortex préfrontal. Elle permet de se représenter l'émotion d'autrui tout en s'identifiant soi-même comme distinct de l'autre. C'est ce que Nicolas Danziger appelle l'« inférence émotionnelle », précédemment évoquée (44).

La part innée, apparaissant dès les premiers stades de développement de l'enfant, mettrait en jeu ce qu'on appelle les neurones miroirs. Mis en évidence d'abord chez les primates, puis chez l'homme, ce sont des neurones sensori-moteurs activés par l'imagination ou la simulation visuelle d'une action réalisée ou d'émotion vécue par autrui. Il s'agit surtout d'une imitation motrice : quelqu'un baille et cela me donne envie. C'est ce mécanisme qui est mis en évidence lorsqu'un nouveau-né entend pleurer un autre bébé et qu'il pleure à son tour.

A contrario, la part acquise de l'empathie se développerait plus tardivement au cours du développement de l'individu, nécessitant des capacités de contrôle et de manipulation des représentations mentales, ainsi que la distinction entre soi et autrui. Cette seconde composante, acquise, ne va pas se développer de la même manière en fonction de l'environnement dans lequel évolue l'enfant.

Si un développement « normal » conduit à la manifestation de l'empathie (vers 3-4 ans pour les premières manifestations de comportements véritablement prosociaux) sans nécessiter un apprentissage explicite (46), l'apprentissage, l'éducation, l'expérience et l'environnement vont moduler cette empathie à travers cette deuxième dimension, qui met en jeu le cortex préfrontal. Ni totalement innée, ni totalement acquise, l'empathie serait donc une pratique relationnelle modulable.

2- Termes à ne pas confondre

Désormais introduit dans le langage courant, le terme « empathie » est souvent employé à mauvais escient, avec de fausses idées véhiculées. Il ne faut ainsi pas confondre l'empathie avec plusieurs concepts proches et pourtant bien distincts, conduisant à des comportements différents suivants les situations.

Sympathie, compassion, empathie : quelle différence ?



Image 1 : Différences entre la sympathie, la compassion et l'empathie (47)

2-1- La sympathie : être avec dans l'émotion

Le mot « sympathie » vient du grec syn- : « avec » et -pathos : « souffrance ».

Comme le souligne Isabelle Pacherie, chargée de recherche CNRS en philosophie (48) : « La sympathie, comme son étymologie l'indique, suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet. L'empathie, en revanche, est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement de liens affectifs. »

La sympathie, par opposition à l'empathie, est donc un attribut principalement affectif ou émotionnel (15).

A noter qu'elle renvoie dans son utilisation courante à la participation à des sentiments le plus souvent positifs, et s'apparente à l'affinité morale, l'amitié, la cordialité (49).

Le Pr Hojat et son équipe résument les différences entre les notions d'empathie et de sympathie, dans l'une de leurs études (15), par un tableau que nous avons traduit en français :

CARACTERISTIQUES	EMPATHIE	SYMPATHIE
Contribution de l'apprentissage	Plus significative	Moins significative
Contribution de la cognition	Plus significative	Moins significative
Contribution des affects	Moins significative	Plus significative
Contribution des facteurs innés ou génétiques	Moins innée	Plus innée
Objectivité versus subjectivité	Plus objective	Plus subjective
Degré de précision	Plus précis	Moins précis
Réaction comportementale	Elaborée	Primitive
Efforts requis	Plus d'effort	Moins d'effort
Relation avec la performance du clinicien	Linéaire	En forme de U inversé
Temps de réaction	Non spontané	Spontané
Emotions des patients	Perçues et non partagées	Perçues et partagées
Sentiment ressenti	Le genre et la qualité des sentiments des patients	Le degré et la quantité des sentiments
Zone de traitement du cerveau	Néocortex prédominant	Système limbique prédominant
Processus de régulation psychologique	Evaluation	Eveil
Etat psychophysiologique	Conservation d'énergie	Consumation d'énergie
Motivation comportementale	Altruiste	Egoïste
Etat d'esprit	Intellectuel	Emotionnel
Effets sur le soignant	Développement personnel /satisfaction professionnelle	Epuisement, fatigue, burnout
Expression typique faite au patient	Je comprends ta souffrance	Je ressens ta douleur
Mécanismes mentaux clés	Cognition/intellectuel /compréhension	Affectivité/émotionnel /sentiment

Tableau 1 : Caractéristiques spécifiques de l'empathie et de la sympathie (15)

2-2- La compassion : souffrir avec

Le mot « compassion » vient du latin, « cum-patire » = « souffrir avec ».

Il a donc exactement le même sens étymologique que la sympathie, l'un provenant du grec, l'autre du latin, mais se situe plutôt du côté des émotions négatives, se traduisant donc par la sensibilité à la souffrance d'autrui, la miséricorde, la pitié (49).

2-3- La contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle désigne le phénomène de propagation d'une émotion d'un individu à d'autres (48). Elle se caractérise par une forme d'indifférenciation entre soi et autrui sous forme d'un oubli momentané de sa propre émotion. Elle est basée sur l'émotion, et non la compréhension, et ne revêt pas de caractère intentionnel, ce qui la distingue également de l'empathie. De plus, la personne empathique est tout à fait consciente que l'émotion ressentie lui vient de l'observation d'autrui, ce qui n'est pas le cas dans la contagion émotionnelle.

2-4- L'identification

Il s'agit d'un processus d'assimilation de caractéristiques d'autres personnes avec une perte de distinction entre soi-même et autrui. Elle survient souvent lorsque certaines caractéristiques du patient (âge, sexe, vie familiale, pathologie...) font "écho" à celles du soignant. Elle diffère de l'empathie par l'indifférenciation soi-autrui et le caractère non intentionnel.

2-5- Le contre-transfert positif

C'est la réaction émotionnelle du médecin provoquée par la rencontre avec le patient qui trouve son origine dans l'histoire du clinicien. Le médecin est donc renvoyé à sa propre histoire à travers sa rencontre avec le patient, comme un « écho », sans toutefois que le médecin se confonde avec le patient, à la différence de l'identification. Il est capable de comprendre l'autre, ce qui apparaît bénéfique pour le patient. Cependant, cette compréhension peut être biaisée par sa propre expérience et ainsi influencer son jugement s'il y a identification, et l'empêcher de

soigner de la manière la plus appropriée. Par ailleurs, il n'y pas de caractère intentionnel dans le contre transfert positif.

2-6- La théorie de l'esprit

Introduite en 1978 par les éthologues David Premack et Guy Woodruff, elle désigne la capacité permettant à un individu d'attribuer des états mentaux (intention, désir, croyance...) à soi-même ou à d'autres individus (50). Bien que la notion d'empathie et de théorie de l'esprit soient proches, la notion d'empathie comporte une dimension émotionnelle et affective en impliquant les émotions, alors que la théorie de l'esprit renvoie plutôt à des processus cognitifs représentationnels et n'implique pas du tout les émotions

TERMES	DIFFERENCES AVEC L'EMPATHIE
Sympathie	- Emotion partagée (plutôt positive) - Pas de caractère intentionnel - Pas d'élément cognitif
Compassion	- Emotion partagée (plutôt négative) - Pas de caractère intentionnel - Pas d'élément cognitif
Contagion émotionnelle	- Pas de distinction entre soi et autrui - Pas de caractère intentionnel - Pas d'élément cognitif
Identification	- Pas de distinction entre soi et autrui - Pas de caractère intentionnel - Pas d'élément cognitif
Contre-transfert positif	- Pas de caractère intentionnel
Théorie de l'esprit	- Pas d'émotions

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des différences avec l'empathie de plusieurs termes proches

3- Mesure de l'empathie

Par définition, une échelle de mesure est un ensemble d'éléments portant sur le même sujet et dont la somme représente la « quantité » du sujet traité pour un sujet donné (51).

Plus que l'empathie, la « quantité » ou degré d'empathie est une notion subjective et apparaît ainsi difficilement mesurable.

Or, peut-on mesurer ce qui est subjectif ?

Nombreux sont, en effet, ceux qui s'interrogent sur la légitimité de ce type d'évaluation. Il apparaît en effet difficile de penser que l'on peut mesurer l'empathie comme on pourrait mesurer la tension artérielle ou le taux de cholestérol par exemple.

Par ailleurs, un autre frein à sa mesure pourrait être son caractère unique à chaque relation et à chaque situation, avec une empathie pouvant varier selon l'interlocuteur et le contexte.

A première vue, de par son caractère subjectif et variable selon la situation et l'interlocuteur, sa mesure semble difficilement réalisable.

De plus, une évaluation pourrait ne pas refléter véritablement le niveau d'empathie du sujet qui se saurait évalué ou s'évaluerait lui-même, avec une possible « falsification des résultats », appelé « biais de désirabilité » et développé ultérieurement (52).

Pourtant, certains auteurs ont évoqué l'idée d'utiliser des tests d'empathie pour la sélection des étudiants à l'entrée des études de médecine. Une revue systématique des tests d'empathie existants en médecine (52) a alors été effectuée dans cet objectif, afin de déterminer s'il existait un test assez fiable et valide pour sélectionner les étudiants.

Parmi l'ensemble des tests existants, on retrouve des échelles d'auto-évaluation et des échelles d'hétéro-évaluation de l'empathie, avec ainsi trois perspectives différentes :

- Auto-évaluation (évaluation à la première personne), qui évalue le niveau d'empathie autodéclaré,
- Hétéro-évaluation :
 - Evaluation par le patient (évaluation à la deuxième personne) pour évaluer l'empathie que le patient ressent chez son soignant,

- Evaluation par un observateur (évaluation à la troisième personne) pour évaluer l'empathie dans les interactions entre le soignant et le patient par un intervenant externe à la relation.

L'utilisation d'une échelle plutôt qu'une autre dépend de la question posée. Ainsi, selon la population d'étude, l'échelle utilisée sera différente. La revue systématique mentionnée évalue uniquement des tests destinés à évaluer des médecins ou futurs médecins.

Sur 36 tests identifiés (52), 8 tests ont été sélectionnés (dont 6 autoévaluations) car disposant des qualités requises : preuves de fiabilité, de cohérence interne et de validité, qui sont les caractéristiques nécessaires des échelles de mesure (annexe 1).

Ces résultats restent toutefois à nuancer, notamment aux vues des critères d'exclusion de l'étude qui date de 2007 et n'a analysé que les documents publiés en anglais.

De plus, les qualités nécessaires évoquées d'une échelle de mesure comme l'empathie méritent de plus amples explications dans ce travail destiné à évaluer le niveau d'empathie des étudiants.

3-1- Caractéristiques nécessaires pour un test d'évaluation du niveau d'empathie

3-1-1- Fiabilité : stabilité dans le temps et inter-évaluateur (51) (52) (53)

La fiabilité est une mesure de la tendance d'un test à fournir des résultats cohérents lorsqu'il est appliqué dans des conditions différentes, mais lorsque le même résultat devrait se produire, c'est-à-dire en l'absence de facteurs extérieurs susceptibles de le modifier.

On distingue :

- La fiabilité inter-évaluateur, qui est la tendance d'un test à produire le même résultat lors de l'évaluation indépendante d'un individu par différents évaluateurs,
- La fiabilité test-retest, qui est la tendance d'un test à produire le même résultat pour le même individu dans différentes occasions.

Le type d'évaluation de la fiabilité utilisé dépendra, dans une certaine mesure, du type de test utilisé. On comprend alors que dans le cadre d'une auto-évaluation, l'évaluation de la fiabilité sera faite à partir de la fiabilité test-retest. A noter que si l'intervalle entre les tests est court, les

résultats peuvent être affectés par la mémoire des réponses précédentes. En revanche, plus l'intervalle est long et plus des facteurs extérieurs vont être susceptibles d'impacter la mesure. La fiabilité est évaluée à l'aide du coefficient de corrélation linéaire ou de Bravais-Pearson (r), compris entre -1 et 1. Plus le coefficient de corrélation de Pearson est proche de 1, plus l'instrument a une bonne fiabilité et donne des résultats constants. En pratique, on considère qu'un coefficient de 0,70 représente le seuil minimal pour considérer la fidélité acceptable (54).

3-1-2- La cohérence interne : homogénéité des éléments de l'échelle de mesure (51) (53)

Il s'agit d'évaluer dans quelle mesure les éléments constitutifs d'un test donnent des résultats cohérents. En effet, une échelle doit être composée d'items qui mesurent tous le même sujet.

On dit d'une échelle qu'elle est cohérente ou homogène lorsque tous ses éléments convergent vers la même intensité de réponse. Au contraire, si les scores de plusieurs éléments vont dans le sens contraire du score total, on peut douter de la cohérence de cette échelle.

La cohérence interne est testée grâce au coefficient alpha de Cronbach. C'est un indice statistique variant entre 0 et 1. Il traduit un degré d'homogénéité d'autant plus élevé que sa valeur est proche de 1. Dans la pratique, on considère généralement que la cohérence interne est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient alpha de Cronbach est au moins égale à 0.70.

3-1-3- La validité (52) (55)

La validité d'une échelle de mesure permet de répondre à la question : mesure-t-on ce qu'on cherche à mesurer ?

La validité a plusieurs formes et il existe donc plusieurs techniques pour la tester.

Nous citerons :

- La validité faciale ou de contenu, qui évalue si les questions permettent de capter les différents aspects du phénomène étudié. Comme vu précédemment, l'empathie est une notion complexe et une échelle optimale explorerait les multiples subtilités de sa définition,
- La validité convergente qui permet de s'assurer que les échelles qui sont supposées mesurer le même phénomène sont corrélées et se distinguent des échelles supposées mesurer des phénomènes différents (validité discriminante). L'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE) permet de tester ces deux validités.

3-2- Choix de l'échelle d'évaluation de l'empathie

Comme expliqué ci-dessus, le choix de l'échelle d'évaluation dépend notamment de la population étudiée. Dans cette étude, il s'agit d'évaluer l'empathie dans la relation médecin-patient chez des étudiants en médecine. Le choix semble donc tout naturellement se porter sur une échelle qui utilise des termes adaptés aux soins et à la médecine, comme les échelles évaluées dans la revue de la littérature évoquée précédemment (52).

C'est ainsi le cas pour la JSPE (« Jefferson Scale of Physician Empathy ») et la JSPE-MS (« Jefferson Scale of Physician Empathy Medical Student ») (annexe 2), deux variantes d'une même échelle conçue par le Pr Hojat en 2001 pour mesurer l'empathie spécifiquement dans le cadre de la pratique médicale, avec une version pour les médecins (JSPE) et une autre pour les étudiants (JSPE-MS), que nous avons donc utilisée. La différence entre ces deux versions est uniquement dans la formulation des items : à la première personne pour le médecin qui évalue son comportement, « je pense que... », et indirecte dans le cas de l'étudiant, évaluant plus sa perception du rôle de médecin. Elle a par ailleurs l'avantage d'avoir une version française récemment validée (56).

Le coefficient alpha de Cronbach est satisfaisant (allant de 0,81 à 0,89) et le coefficient de corrélation de Pearson à 0,65 jugé acceptable (52). La JSPE se compose de 20 items, dont 10 inversés, ayant pour objectif de susciter plus de concentration de la part du répondant et d'éviter l'« effet de halo » au moment du remplissage du questionnaire (57), défini comme le risque de voir une personne répondre avec la même modalité de réponse à l'ensemble des énoncés. Côtés sur une échelle de type Likert à 7 points avec un score total variant ainsi de 20 à 140, tous les items n'explorent que la dimension cognitive de l'empathie, prenant peu en compte la composante affective. Cependant, la présence de trois dimensions distinctes, dont le poids est différent, rend cette échelle assez satisfaisante en termes de validité faciale :

- « Perspective taking » : capacité de comprendre le point de vue du patient. Sur 70, elles correspondent à 10 items : 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20,
- « Compassionate care » : l'attention portée au vécu émotionnel du patient et de ses proches. Sur 56, elles correspondent à 8 items : 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19,
- « The ability to stand in the patient shoes » : capacité de se mettre à la place du patient. Sur 14, elles correspondent à 2 items : 3, 6.

Or, comme nous l'avons observé précédemment, l'empathie est la capacité de comprendre et de ressentir les sentiments des patients tout en arrivant à leur communiquer cette compréhension.

On pourrait dès lors se dire que la meilleure façon d'évaluer le niveau d'empathie du médecin serait d'interroger le patient lui-même.

Mais alors pourquoi une échelle d'auto-mesure ici ? Pour deux raisons principales :

- La première répondant à un souci organisationnel. On ne pouvait pas reproduire des ECOS à 6 mois avec une évaluation par le patient, ni même organiser des JDR avec une évaluation par un tiers, trop lourde financièrement et chronophage,

- La deuxième raison étant que la JSPE-MS est l'échelle très largement utilisée à travers le monde dans les études, notamment celles sur lesquelles nous nous sommes appuyés dans notre travail, ayant mis en évidence :

- Le déclin significatif spontané du niveau d'empathie à partir de la 3^{ème} année des études médicales, aux Etats-Unis (15),
- L'amélioration significative du niveau d'empathie après une formation de 3 mois type groupe Balint chez les étudiants de DFASM1 de Paris Descartes et Paris Diderot (20),
- Le déclin significatif du niveau d'empathie des étudiants de DFASM1 de Paris Descartes 6 mois après la formation de 3 mois type groupe Balint (21).

Utiliser la même échelle d'évaluation dans notre étude nous permet ainsi de pouvoir la comparer aux travaux antérieurs.

De plus, bien qu'elle évalue le niveau d'empathie comme un attribut principalement cognitif, la JSPE-MS, avec ses trois composantes, semble avoir une validité satisfaisante.

4- Effets bénéfiques de l'empathie en médecine

Pour répondre au concept d'« Evidence Based Medicine » ou « soins de santé fondés sur des données probantes », de nombreuses études ont tenté d'identifier les impacts de l'empathie sur la relation médecin-patient, avec des effets bénéfiques à la fois pour le patient et pour le médecin.

4-1- Pour le patient

Une publication datant de 2013 (58) a passé en revue la littérature existante, concernant l'ensemble des études publiées au cours des 15 années précédentes, sur l'efficacité de l'empathie des médecins. En analysant 7 études répondant aux critères d'inclusion et critères qualitatifs, elle a conclu à divers bénéfices pour le patient, que d'autres études ont confirmés et étayés.

On notera tout d'abord que l'empathie augmente la satisfaction des patients (59) (60) (61).

Elle leur permet en effet de confier davantage leurs symptômes et leurs préoccupations, ils se sentent alors plus écoutés. Cela permet ainsi au médecin de collecter des informations médicales et psychosociales plus détaillées, avec une anamnèse plus pertinente (58). Ce faisant, la précision du diagnostic des médecins est alors augmentée, avec une perception médicale et psychosociale plus précise (62), à une époque où les problèmes psychosociaux et psychiatriques sont fréquents et manqués dans 50 % des cas (16) . Les nombres de tests diagnostiques et d'avis spécialisés sont ainsi réduits par une optimisation du recours aux examens complémentaires et aux spécialistes (63).

De plus, les patients qui sont plus satisfaits des soins reçus adhèrent davantage aux schémas thérapeutiques proposés (58), le corolaire étant que l'empathie augmente l'observance et l'adhésion au traitement, ce qui a été confirmé par diverses études (60) (64).

L'empathie favorise également l'autonomie du patient dans sa prise en charge, son implication active en tant que partenaire de soins (62). Une relation prospective a par ailleurs été mise en évidence entre l'autonomie du patient et l'évolution de la plainte principale et du bien-être à un mois (65).

L'empathie du médecin diminue l'anxiété et la détresse des patients (66) (67). Il a par ailleurs été mis en évidence chez des patients atteints de cancers que l'empathie du médecin était corrélée à une diminution du risque de dépression et une amélioration de leur qualité de vie (68).

Mais l'amélioration de la prise en charge s'objective également sur des critères cliniques et biologiques :

- Cliniquement, par exemple, il a été montré que les patients obtenaient un meilleur contrôle de leur pression artérielle si leur médecin avait un niveau d'empathie plus élevé (6). De plus, en cas de rhume, on observe une diminution de la sévérité (de l'ordre de 17 %) et de la durée (5,89 jours versus 7,00 jours) des symptômes, dans les cas où il existe une meilleure empathie de la part du médecin (7). La communication centrée sur le patient, corrélée à la perception positive des patients de trouver un terrain d'entente avec le médecin, a été associée à une meilleure récupération de l'inconfort et de l'inquiétude des patients, ainsi qu'à une meilleure santé émotionnelle deux mois plus tard (63),
- Biologiquement aussi, un impact direct de l'empathie sur les résultats de l'HbA1c et du LDL cholestérol (8) a été mis en évidence. Un meilleur niveau d'empathie du médecin a été par ailleurs associé à une activation du système de défense immunitaire du patient via les Interleukines-8 et les polynucléaires neutrophiles (7).

Ces résultats nous permettent de comprendre l'importance de la perception de l'empathie dans une rencontre thérapeutique.

Un schéma créé par Neumann et al (64), traduit en français dans la thèse de Céline Buffel Du Vaure (69) et présenté ci-dessous, synthétise nos propos en montrant comment un médecin communiquant avec empathie peut améliorer les résultats pour les patients.

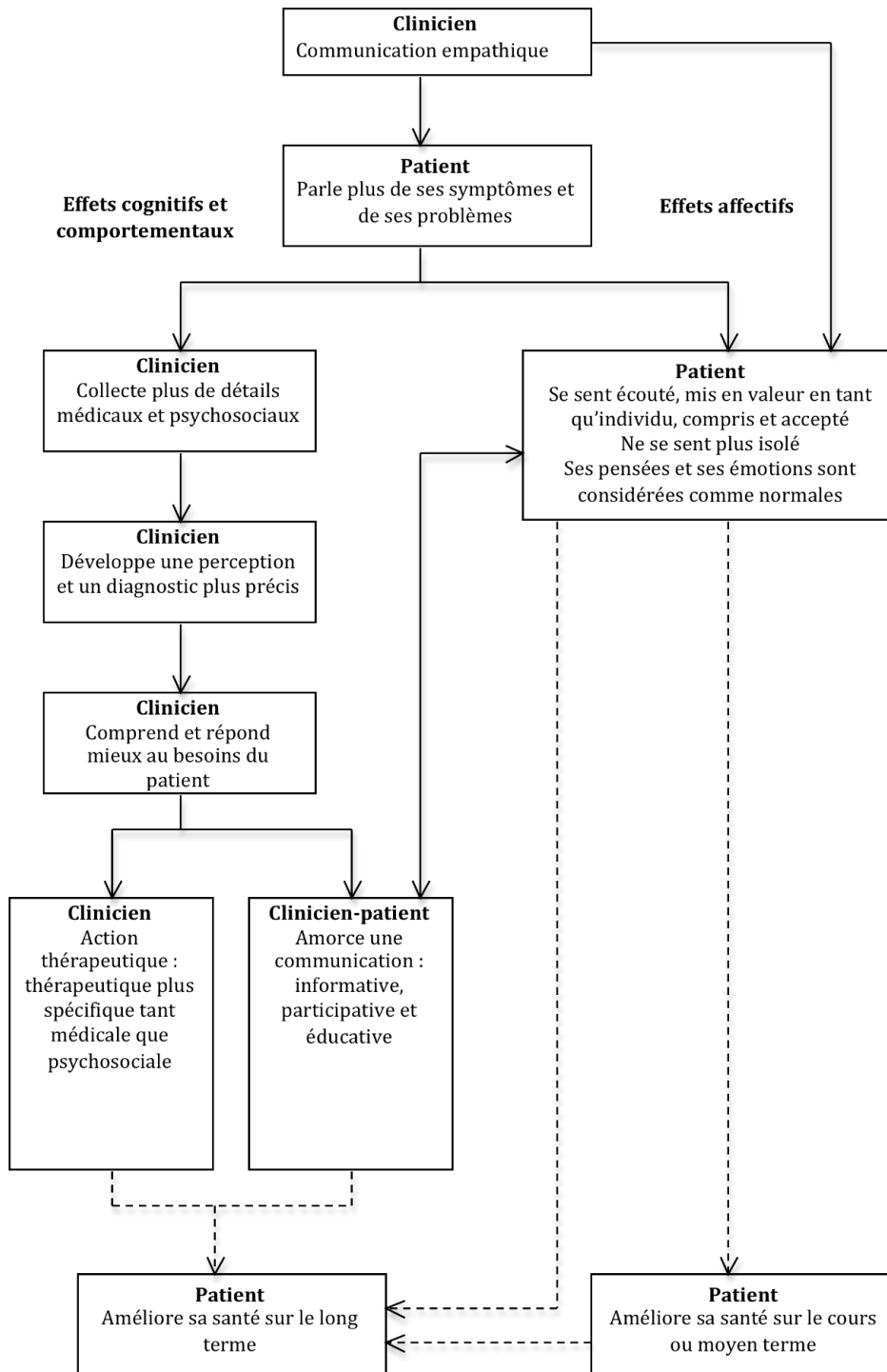


Figure 2 : Modèle d'effet de la communication empathique dans la rencontre clinique (64)

Note : → basé sur des considérations empiriques et théoriques
 ---> relation hypothétique

4-2- Pour le médecin

Le fait d'être empathique améliore la satisfaction du médecin, à travers un sentiment d'accomplissement personnel (11).

On note une amélioration des performances des médecins avec une empathie reliée à la compétence clinique des étudiants en médecine mais non associée à leur réussite académique aux examens (70). Les auteurs expliquent en partie ces résultats par le fait que les examens objectifs (souvent sous le format de QCM) n'évaluent pas les relations interpersonnelles, à la différence de l'évaluation subjective de la compétence clinique globale.

A travers une meilleure communication et meilleure satisfaction des patients, l'empathie permet aux médecins de diminuer le nombre de litiges et de mieux les gérer (9) (10). On estime en effet qu'environ 70 % des plaintes des patients sont liées aux problèmes de communication (71). Une étude canadienne portant sur près de 3500 étudiants en fin d'internat a ainsi montré un risque significativement plus élevé de plaintes dans les 10 ans au collège des médecins pour les étudiants terminant dans le dernier quartile aux épreuves de communication (72).

Par ailleurs, il a été montré que l'empathie était plutôt protectrice du burnout (avec des caractéristiques du burnout inversement corrélées à l'empathie et des facteurs protecteurs du burnout positivement corrélés à l'empathie) (11), mais son inadéquation, liée à des mécanismes et des facteurs contextuels, pourrait en favoriser l'apparition (12).

	EMPATHIE EMOTIONNELLE		EMPATHIE COGNITIVE	
	Augmentation	Diminution	Augmentation	Diminution
Hommes	- Accomplissement personnel* - Qualité de vie globale*	- Dépersonnalisation* - Augmentation du nombre d'années d'étude°	- Accomplissement personnel*	- Dépersonnalisation*
Femmes	- Accomplissement personnel* - Epuisement émotionnel°	- Dépersonnalisation* - Dépression°	- Accomplissement personnel* - Activité sociale°	- Augmentation du nombre d'années d'étude * - Dépersonnalisation°

Tableau 3 : Facteurs associés à une empathie émotionnelle et cognitive plus élevée et plus faible chez les hommes et les femmes en analyse multivariée ; * : P < 0,05 ; ° : P < 0,1 (11)

Il existe en effet une relation étroite entre empathie et burnout. Trois hypothèses principales ont ainsi émergé (12) (73) :

- Le burnout diminue l'empathie en raison d'une tendance à la dépersonnalisation (74),
- L'empathie diminue le burnout du fait qu'elle favorise la satisfaction et le sentiment d'un accomplissement personnel (11),
- L'empathie peut favoriser le burnout en raison d'une surcharge émotionnelle, en créant une fatigue compassionnelle et en rendant le médecin vulnérable à l'identification et au manque de distance.

En analysant par quels facteurs individuels et contextuels le lien entre empathie et burnout se modifie, Jeanne Picard, dans son travail de thèse qualitative (75), propose un schéma sous forme de cercle retraçant les différentes étapes de la consultation.

On y retrouve deux types de cercles : le cercle vertueux à l'extérieur et le cercle vicieux à l'intérieur. Ce schéma permet de percevoir quand (dans quelles circonstances et conditions) et comment l'empathie est bénéfique, également quand elle devient pathologique. L'enseigner pourrait contribuer à prévenir le burnout, en favorisant une utilisation adaptée de l'empathie.

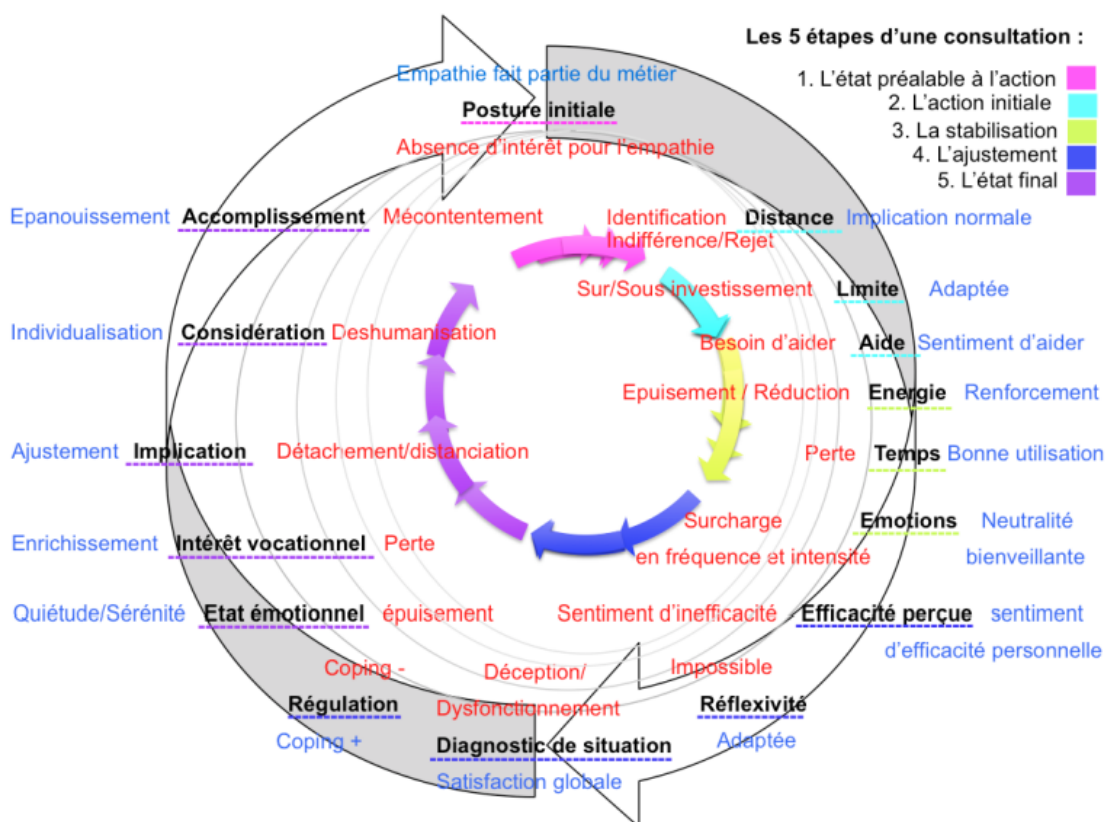


Figure 1 : Représentation visuelle récapitulative des mécanismes intervenant dans l'empathie et le burnout au cours d'une consultation (75)

II- ENSEIGNEMENT DE L'EMPATHIE

Frederic William Hafferty, professeur d'éducation médicale et directeur associé du programme de professionnalisme et d'éthique de la Mayo Clinic à Rochester, décrit trois sources d'enseignement en médecine (76) (77) :

- Le curriculum formel, qui correspond à ce que l'étudiant va apprendre de manière officielle dans le cursus médical, que ce soient les cours théoriques, les formations optionnelles ou obligatoires... La formation FRT de notre étude en fait partie,
- Le curriculum informel, qui correspond à une forme d'enseignement et d'apprentissage non écrite, interpersonnelle, ayant lieu entre la faculté (chef de clinique, professeur...) et les étudiants. Il peut s'agir d'une discussion/un topo au détour d'un couloir, au déjeuner, lors de la visite médicale...,
- Le curriculum caché, qui désigne les leçons apprises par les étudiants sans qu'elles soient enseignées de manière intentionnelle. Elle correspond ainsi à la part des apprentissages lors des expériences au sein de l'hôpital, lors des interactions avec les patients mais aussi avec leur médecin sénior, les équipes soignantes...

A ces trois sources d'enseignement en médecine décrites par Frederic William Hafferty, on peut rajouter les différentes rencontres, voyages, épreuves de vie...propres à chaque étudiant qui peuvent avoir façonné et modulé leur empathie durant les études médicales.

Il est tout d'abord important de discerner exactement quand et pourquoi l'érosion de l'empathie se produit, en raison de ses implications pour une intervention éducative opportune. Nous avons vu quand, nous allons voir à présent pourquoi.

1- Causes du déclin de l'empathie

En partant de ces trois sources d'enseignement en médecine décrites par Frederic William Hafferty, une revue systématique de la littérature (5) a tenté d'expliquer les causes possibles du déclin d'empathie mis en évidence lorsque l'étudiant commence la phase pratique de sa formation. Un schéma explicatif a ainsi été proposé après avoir analysé 18 études, 11 portant sur les externes et 7 portant sur les internes, toutes menées aux États-Unis, à l'exception d'une étude menée en Pologne et de 2 au Royaume-Uni.

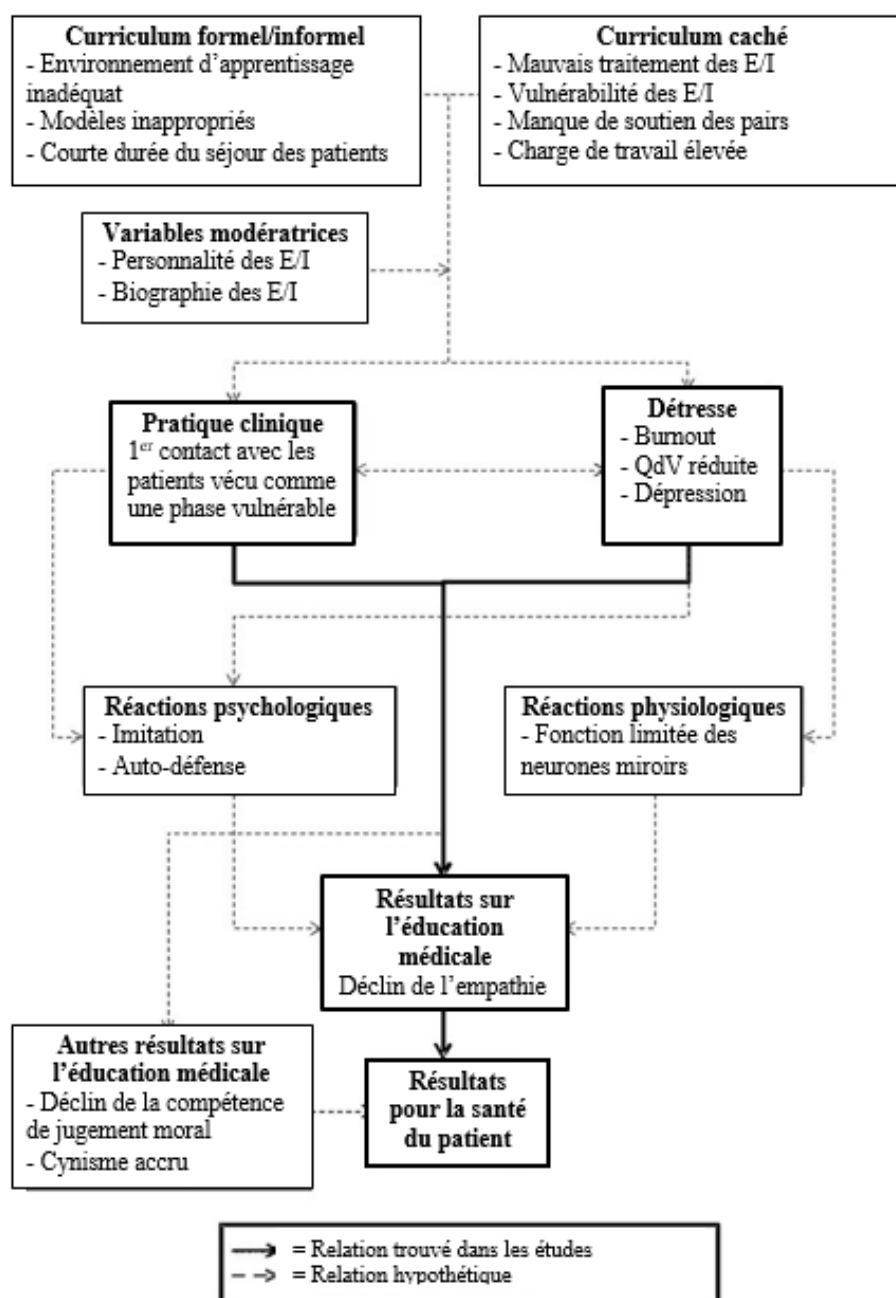


Figure 3 : Modèle des raisons contribuant à une baisse d'empathie pendant les études de médecine. E : externe, I : interne, QdV : qualité de vie (5)

D'autres travaux ont également fait des hypothèses concernant les causes de ce déclin, qui se recourent selon les études et que nous étayons ci-dessous.

1-1- Des modèles pas toujours adaptés

Les résultats d'un sondage envoyé aux étudiants en médecine de quatre facultés différentes du Canada ont révélé que plus de 40 % des externes interrogés ne perçoivent ni les qualités humanistes de leurs enseignants, que ce soit dans leurs relations avec les patients ou avec les étudiants, ni le fait qu'ils seraient de bons modèles dans leur pratique de l'enseignement (78).

Or, la propre expérience des étudiants est affectée par le comportement de leurs supérieurs (15). Si celui-ci est inadapté, il va constituer un modèle délétère pour l'étudiant, qui peut le prendre à tort pour exemple et reproduire son comportement par mimétisme, à défaut d'autres modèles suffisants nécessaires à son apprentissage.

Comme l'écrit le Dr Géraldine Rousseau pour son DIU de pédagogie médicale (79) : « la désinvolture est souvent de mise car elle permet de donner de l'assurance, de l'épaisseur à celui qui en use. Si l'on n'est pas conscient qu'il s'agit d'un rôle et non d'une nature réelle, cette mascarade de relation médecin – patient pourra être reproduite par l'étudiant, par mimétisme. » Un raccourci biaisé dans l'esprit de l'étudiant peut ainsi se créer : être désinvolte = être à l'aise = être compétent, donc être désinvolte = être compétent.

Par ailleurs, certains étudiants en médecine peuvent être confrontés à des problèmes de harcèlement, humiliation, discrimination sexiste de la part de supérieurs (5) (15), comme le rapportent certaines études (80) (81) ; autant de mauvais traitements pouvant impacter l'image du médecin.

De plus, il a été rapporté que la participation des membres du corps professoral à des événements parrainés par l'industrie, peuvent renvoyer des messages contradictoires aux étudiants concernant les valeurs professionnelles (82). En effet, les cadeaux de l'industrie à des médecins ou à des centres universitaires, souvent décrits comme des activités promotionnelles sans importance, établissent en fait une relation implicite entre le médecin et l'industrie, avec des obligations de contreparties associées et le problème des conflits d'intérêts.

1-2- Désillusion traumatique

Lorsqu'ils se lancent dans la voie de la médecine, la plupart des étudiants sont enthousiastes et ont une vision très idéaliste de la profession médicale (5) (15), entretenue par les médias ou les séries TV.

Mais très rapidement, ils se retrouvent confrontés à plusieurs réalités :

- Des contraintes de temps (15)

La durée de la consultation a été significativement associée à l'empathie clinique (13). En pratique, le manque de temps passé auprès du patient est réel, avec des médecins ou étudiants tout autant occupés à réaliser des tâches administratives. L'étudiant peut être surpris de cet aspect bureaucratique auquel il ne s'attendait pas et qui ne contribue pas toujours directement à améliorer la santé. Réfléchissant sur le milieu de formation, une étudiante a ainsi déclaré que « le côté bureaucratique de la médecine a éclipsé le côté humain et empathique », tandis qu'un autre a révélé que « trop peu de temps et d'être trop occupé détruit l'empathie » (15),

- Une réalité clinique qui diffère des apprentissages

Les étudiants sont également rapidement confrontés à la réalité clinique et s'aperçoivent que les signes cliniques décrits dans les livres ne sont pas toujours évidents, que les examens ne sont pas toujours obtenus dans les délais souhaités, que les patients ne suivent pas toujours les recommandations, débordent parfois d'exigences... Ces réalités de soins contribuent à la diminution de l'enthousiasme de certains étudiants en médecine.

A ces deux causes possibles de désillusion traumatique rapportées dans la littérature, on peut rajouter deux autres causes qui semblent au moins valables pour les étudiants français :

- Une charge de travail ne s'amenuisant pas

L'étudiant français peut être amené à penser qu'il a effectué le plus difficile une fois le concours de première année achevé, comme ont pu le lui faire entendre ses aînés pour le motiver. Avec les 2^{ème} et 3^{ème} années d'études, allégées au niveau du travail si l'externat ne débute qu'en 4^{ème} année, les étudiants continuent sur cette pensée, au risque d'être désabusés rapidement avec le début de l'externat et le rythme soutenu des partiels,

- L'entrée dans le monde du travail

Par ailleurs, l'externat est aussi la première entrée dans le monde du travail pour certains étudiants, avec la hiérarchie, les différents au sein des équipes... Indépendamment de la profession, ce premier pas peut être difficile à franchir. Admirés par leurs proches après la réussite du concours de la première année, les étudiants se retrouvent tout en bas de la hiérarchie, parfois affectés à des tâches qu'ils ne s'imaginaient pas devoir accomplir.

Autant de désillusions qui peuvent dérouter les jeunes étudiants en médecine.

1-3- Baisse de la qualité de vie

Plusieurs études ont montré une corrélation positive entre qualité de vie/bien-être et capacité empathique des étudiants (11) (83).

Or, la qualité de vie/bien être durant les études de médecine n'est pas optimale.

En dehors des facteurs de stress de la vie vécus par tous, les médecins font face à une combinaison d'agents de stress spécifiques à la profession (82) notamment :

- Une charge de travail très importante face à la préparation des examens ou à l'hôpital, avec des horaires de travail allongés entraînant un manque de sommeil (5) (15) pouvant être à l'origine d'une fatigue chronique et d'une diminution de l'empathie. Un étudiant a ainsi déclaré (15) : « je suis trop fatigué pour donner une réponse suffisante »,
- La baisse des relations sociales (5) inhérentes aux études prenantes,
- Le faible apport financier durant les études médicales, ajouté aux charges financières conséquentes (plus particulièrement aux Etats-Unis où le coût des études médicales est particulièrement élevé),
- Le poids du traitement de la souffrance et du décès, ainsi que des attentes irréalistes de certains patients qui projettent en l'étudiant/médecin tant d'espoirs que celui-ci peut se sentir dépassé,
- Les déséquilibres entre vie professionnelle/vie personnelle.

Un étudiant en médecine écrit ainsi : « Je pense que les médecins sont aujourd'hui soumis à une telle pression externe - responsabilité, assurance, etc. - que le patient devient secondaire » (15).

Le stress causé par ces facteurs peut contribuer à l'épuisement professionnel des étudiants/médecins et à un véritable burnout, avec dépersonnalisation et sentiment d'accomplissement personnel faible entraînant une diminution de l'efficacité au travail et du niveau d'empathie. Ainsi, le concept selon lequel le professionnalisme exige intrinsèquement de placer les besoins du patient avant ceux du médecin n'est valable que dans un contexte limité (82).

1-4- Une sorte de protection/un mécanisme de défense

A l'hôpital, les étudiants sont confrontés à divers traumatismes auxquels ils n'ont bien souvent pas été préparés (la pauvreté, la douleur, la mort, la tristesse des familles...). Rares sont les débriefings réalisés après un décès par exemple, permettant à l'étudiant d'exprimer son ressenti face à un évènement déjà bien connu de ses supérieurs. Et quand celui-ci est effectué, l'étudiant peut intentionnellement vouloir afficher une image détachée, par pudeur ou crainte d'être moqué, alors qu'intérieurement il aura été choqué.

Un mécanisme de défense alors presque instinctif pour ne pas sombrer sur le plan émotionnel est de prendre de la distance, au risque d'une médecine deshumanisante par une distance bien trop grande. C'est ce même mécanisme qu'on retrouvera en cas de burnout, quand le médecin préférera se protéger en mettant les patients à distance et en les dépersonnalisant (73). Cette stratégie de retrait lui permettra de rétablir un sentiment d'équilibre psychologique ou de protéger ses ressources internes (84).

De plus, très rapidement, les étudiants se rendent compte des limites de la médecine. Tous les patients ne survivront pas aux soins et ne pourront pas tous être guéris, augmentant leur sentiment de vulnérabilité déjà ressenti par l'immersion dans un nouveau monde hostile et intimidant (15), dont ils sont davantage spectateurs en première année d'externat. Les étudiants commencent à avoir des connaissances, assez pour comprendre la gravité des situations rencontrées, mais encore trop faibles pour les mettre réellement en pratique avec la peur de faire des erreurs (15) et de ne pas être à la hauteur en ratant des gestes techniques ou en n'ayant pas suffisamment de connaissances académiques. Cette anxiété est sous-tendue par la crainte des plaintes/procès, en nombre croissant.

1-5- Une médecine de pointe mais de plus en plus déshumanisante

La dépendance technologique, à la fois diagnostique et thérapeutique, pour une médecine performante à tout prix, limite la vision de l'importance des interactions humaines dans les rencontres avec les patients (15) et éloigne le médecin de son patient, en le réduisant à des normes biologiques ou à des images.

Par ailleurs, très vite, l'étudiant est confronté aux aspects économiques de la santé :

- La courte durée du séjour du patient, souvent imposée par la pression économique, peut entraîner une fragmentation de la relation patient-médecin (5),
- La diminution des fonds publics alloués à la recherche et à l'éducation, ainsi que la hausse des coûts des soins aux patients, ont également amené de nombreux centres médicaux universitaires à collaborer davantage avec l'industrie et à réduire les effectifs du personnel (82).

1-6- Une formation actuelle peu adaptée pour promouvoir l'empathie

En outre, la formation médicale moderne encourage le détachement émotionnel des médecins, la distance affective et la neutralité clinique (15). L'accent, dans la formation, est mis sur les connaissances médicales et techniques. Les échelons universitaires sont également gravés en fonction des publications. La réussite médicale se juge alors peu sur les capacités relationnelles.

1-7- Des facteurs propres aux étudiants

La pensée élitiste des étudiants en médecine a été rapportée comme une autre raison potentielle du déclin de l'empathie (5). La possibilité d'appartenir à une élite et à un groupe privilégié pourrait induire une distanciation rationnelle du patient.

En outre, divers auteurs ont mentionné certains traits de personnalité comme déterminants possibles du déclin de l'empathie. Ils pourraient influencer la manière dont les facteurs de stress décrits précédemment affectent les médecins individuellement (82).

2- Enseignement de l'empathie

Si le corps médical n'a pas la faculté d'agir sur les expériences de vie des étudiants, plusieurs stratégies d'enseignement de l'empathie sont possibles selon chacune des 3 modalités décrites par Frederic William Hafferty. Concernant les programmes informel et caché, des mesures peuvent être mises en place en regard des causes du déclin d'empathie précédemment citées. Nous développerons cependant plus particulièrement les possibilités d'enseignement formel qui ont été proposées, car elles sont davantage relatées dans la littérature et sont plus facilement accessibles. De plus, en formant les étudiants en médecine sur la relation médecin-patient selon un enseignement formel, on peut espérer qu'ils soient ensuite de bons modèles pour les générations d'étudiants à venir, en mettant en exergue ce qu'ils auront appris, ce qui pourra par la suite influencer les autres modes d'enseignement.

Plusieurs revues systématiques (85) (86) (87) ont analysé des rapports d'interventions éducatives visant à promouvoir l'empathie des étudiants en médecine.

Cependant, le fait que la plupart des études publiées montrent un effet positif de la méthode d'enseignement mise en place peut indiquer un biais de publication. De plus, il est rapporté que la plupart des études analysées souffrent de limitations méthodologiques, d'incertitudes quant à la conceptualisation et à la mesure de l'empathie, de petits échantillons non représentatifs et de la rareté de l'évaluation à long terme de la durabilité des effets.

On distingue :

- Des enseignements théoriques,
- Des enseignements par discussion en groupes type Balint,
- Des enseignements par un travail thérapeutique de soi,
- Des enseignements par critique de consultations filmées ou audio,
- Des enseignements par la littérature, les arts, le théâtre,
- Des enseignements par simulation, que ce soit l'apprentissage par l'expérience, les jeux de rôle ou les ECOS.

Ces modes de formation présentent divers intérêts, que nous allons développer.

2-1- Les enseignements théoriques à l'éthique et l'empathie

Ils permettent d'abord de définir l'empathie et d'en connaître ses enjeux. Or, nous l'avons vu, la définition n'est pas si simple et son usage souvent erroné.

Bien que l'étudiant soit passif dans ce type d'enseignement, il lui permet d'en avoir connaissance et de prendre conscience de son importance dans la relation médecin-malade, au même titre que les connaissances scientifiques. Cependant, il a été montré que le format didactique ne suffisait pas à montrer la pertinence du sujet aux étudiants et ne leur fournissait pas la possibilité d'apprendre et de mettre en pratique les techniques de communication appropriées (88).

2-2- Les enseignements par discussion en groupes type Balint

Il a été montré que le fait d'appartenir à un groupe de réflexion (groupe Balint ou être maître de stage) est associé de manière significative à une meilleure empathie clinique (13).

Ce constat est réaffirmé cette année par une revue systématique (89) qui conclue à la diversité des avantages du groupe Balint en matière d'éducation médicale, parmi lesquels l'augmentation de l'empathie, l'amélioration de la relation médecin-patient, la diminution de l'épuisement professionnel, la gestion du stress et de l'anxiété.

En effet, raconter, écouter et interagir sur les différentes expériences de chacun, peut avoir un effet bénéfique aussi bien pour le narrateur que pour ceux qui l'écoutent.

Les différentes interventions vont pouvoir faire progresser la discussion et chacun en retiendra ce qu'il compte bien de retenir pour sa pratique. Ces enseignements seront l'occasion de faire davantage prendre conscience aux étudiants l'intérêt de l'empathie dans leurs relations et d'apprendre à ne pas fonctionner uniquement sur une mécanique médicale :

- Pour le narrateur

Ces groupes permettent une prise de recul et une ouverture d'esprit. Lorsque le narrateur raconte son expérience, il a déjà souvent pris un certain recul par rapport à celle-ci car il n'est plus dans l'émotion spontanée. Son autocritique sera intéressante et les interventions des autres étudiants lui apporteront un regard extérieur avec de nouvelles idées/pistes à explorer.

Par ailleurs, ces groupes peuvent apparaître comme un exutoire pour l'étudiant, qui va raconter une situation qui aura été problématique ou l'est encore, au même titre qu'une psychothérapie. La raconter, c'est se décharger, extérioriser,

- Pour ceux qui écoutent et interagissent

Ces groupes permettront d'avoir accès plus rapidement à des futurs problèmes rencontrés, par l'expérience d'autrui. Le narrateur pourra être perçu comme un référent qui se sera déjà retrouvé dans la situation rencontrée et vers qui l'étudiant pourra se tourner. L'étudiant pourra alors adapter son interrogatoire, sa prise en charge, en se remémorant le cas présenté et la discussion qu'il avait engendrée.

D'autre part, les étudiants peuvent ressentir du réconfort dans ces groupes, en constatant que les autres étudiants sont également confrontés à des difficultés souvent semblables aux leurs.

Cependant, pour que ces groupes soient source de bien-être pour les étudiants, il importe que l'étudiant-narrateur (qui change à tour de rôle) ne se sente pas jugé, au risque que celui-ci n'ose plus raconter ces expériences. Là est tout l'intérêt de l'enseignant, qui doit veiller à ce que les interventions soient constructives et non blessantes.

A contrario, certains étudiants de nature parfois plus anxieuse peuvent se sentir stressés par ces groupes, qu'ils soient dans la position du narrateur ou des autres étudiants. Narrateurs, ils pourront se dévaloriser. Simplement à l'écoute, ils pourront se remémorer une expérience similaire et culpabiliser de ne pas avoir pensé à tel ou tel élément. A l'enseignant de les rassurer et faire que cet enseignement soit positif et non délétère pour ces étudiants.

2-3- Des entraînements à la conscience de soi et de ses sentiments ; prise de conscience par un travail thérapeutique de soi

Comme le psychanalyste qui doit avoir suivi une psychanalyse de plusieurs années pour exercer, le médecin ne devrait-il pas suivre une psychothérapie ?

En effet, il est considéré que le métier de psychanalyste suppose d'avoir déjà travaillé sur soi pour pouvoir aider les autres. Qu'en est-il concernant les médecins ?

Suivre une psychothérapie pourrait être un travail préliminaire, un support nécessaire pour s'ouvrir à l'autre. Ce travail, en permettant une introspection, pourrait permettre de dénouer certains blocages et d'explorer en profondeur le ressenti des médecins.

De la même façon que lorsqu'il s'agit de raconter une expérience dans les discussions de groupe, on aurait ici également une sorte d'exutoire pour le médecin, qui pourrait alors se confier sur ses craintes, doutes, pensées, avec un caractère plus intime pour ceux qui se seraient sentis jugés ou mal à l'aise en groupe. Plus qu'un enseignement, la psychothérapie pourrait être un véritable support pour le médecin.

Quelques travaux ont mis en évidence une association significative entre empathie et le fait de suivre ou d'avoir suivi une psychothérapie (69) (74).

2-4- Des critiques de consultations filmées vidéos ou enregistrées audio

Ces enseignements peuvent permettre d'aider les étudiants à reconnaître une « opportunité empathique », lorsque le patient exprime directement ou implicitement des émotions ou des préoccupations (90), et de leur montrer les opportunités manquées (91).

L'étudiant pourra ainsi retenir des points positifs ou négatifs de l'entretien, qui pourront lui servir lors de consultations ultérieures, avec l'avantage de voir directement l'effet d'une action ou d'une parole sur l'interlocuteur, à la différence d'un simple récit.

Les consultations filmées ont, en outre, l'avantage de pouvoir étudier le langage non verbal, que ce soit du patient ou du médecin, notamment la reconnaissance des expressions de l'affect (92), qui pourront aider pour l'identification d'une « opportunité empathique » : changements de ton de la voix, contact visuel, mouvements du corps...

Il a été montré que l'analyse de consultations filmées rendait les étudiants de plus en plus conscients de leur comportement en matière de communication avec les patients et améliorerait leur capacité à faire preuve d'empathie envers les patients (93). L'impact de cet enseignement semblait plus important chez les élèves initialement moins doués en communication.

Dans ces techniques d'enseignement, en tant qu'observateur, l'étudiant n'est pas impliqué dans la relation, ce qui lui permet un plus grand détachement et facilite l'objectivité. Cependant, on pourrait imaginer l'étudiant s'observer/s'écouter lui-même à distance à travers une de ses consultations qui serait filmée ou enregistrée. En effet, dans l'action, il est parfois difficile de se rendre compte de ses tics verbaux ou attitudes positionnelles vicieuses, etc... S'observer et s'écouter permet une autocritique intéressante, à partir du moment où elle est faite avec détachement. Une piste éventuelle à explorer pour l'enseignement pourrait être ainsi de mettre en place, dans la formation, un lieu où les patients consulteraient tout en sachant qu'ils seraient filmés.

2-5- Etude de la littérature et des arts/médecine narrative

L'empathie, qui nécessite une immersion imaginative dans l'histoire des patients, pourrait être favorisée en étudiant la littérature et les arts, qui sollicitent également les capacités d'imagination et représentent une riche source de connaissances sur les émotions humaines. En fournissant aux étudiants des expériences dans des domaines tels que le vieillissement, l'invalidité et la mort, l'étude de la littérature et des arts peut contribuer au développement de l'empathie et à la réflexion sur des problèmes éthiques et moraux.

Introduites dans les facultés de médecine américaines en 1972, différentes modalités d'enseignement ont été décrites :

- La lecture de textes

Il a été montré aux Etats-Unis que la participation à un cours de littérature (94) comprenant la lecture et la discussion de poèmes et de textes en prose concernant les patients et les médecins a permis d'accroître de manière significative le niveau d'empathie des étudiants et leur attrait pour les sciences humaines. La compréhension de la perspective du patient par les étudiants est devenue plus détaillée et complexe après cette formation.

- La médecine narrative et l'écriture réflexive

Comme l'écrit Rita Charon dans son article (95), l'acte même d'écrire au sujet de patients donne accès à des connaissances qui, non écrites, seraient restées hors de conscience et, par conséquent, inutiles. Le fait d'écrire permet de poser les idées, de les mettre à distance et de les ordonner.

La médecine narrative se définit comme « la discipline qui développe une compétence permettant de reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires des maladies et qui emprunte aux spécialistes de la littérature les techniques d'analyse structurelle d'un texte littéraire, pour décoder le récit d'un patient » (96). Son enseignement repose sur deux types d'ateliers :

- des ateliers de lecture attentive de textes littéraires,
- des ateliers d'exercices d'écriture puis de lecture des textes ainsi écrits.

A chaque fois, le groupe analyse et commente la forme, la structure, la temporalité, l'intrigue et l'intention du texte. La médecine narrative vise ainsi à faciliter le décryptage du sens du

discours du patient qui raconte l'histoire de sa maladie, et à rendre le médecin conscient de l'importance du sens que prend son discours quand il interagit avec un patient (96).

L'impact d'une telle formation a été mis en évidence notamment en Chine (97), où il a été montré un accroissement des capacités empathiques des professionnels de santé, mesuré par la version chinoise de l'échelle JSPE-HP, directement après l'enseignement et maintenu pendant au moins un an et demi. Ces résultats concordent avec d'autres études (98) (99).

De plus, la satisfaction vis-à-vis de ce type d'enseignement est plutôt bonne (96).

- Le théâtre

Il a été mis en évidence que le fait d'assister à une performance dramatique liée à la maladie pouvait augmenter l'empathie et développer la compréhension des étudiants (100) (101) (102). Cependant, l'impact de ce type de formation ne semble pas se maintenir dans le temps (102).

Outre la visualisation de prestation théâtrale, la pratique du théâtre lui-même pourrait permettre d'accroître le niveau d'empathie des étudiants. C'est en effet ce qu'a montré un essai contrôlé réalisé en Virginie chez les internes (103). Une explication possible serait que les rencontres cliniques ressemblent aux interactions d'acteurs. Tout comme le médecin vis-à-vis de son patient, les acteurs sur scène doivent identifier la prosodie, le langage corporel et le degré d'émotion exprimé par les autres acteurs, afin d'y répondre par une réaction soigneusement mesurée. C'est ce qui rend unique chaque représentation théâtrale. Il en va de même pour toute rencontre avec le patient. En passant par un enseignement du théâtre, on peut ainsi espérer améliorer ces compétences d'identification et les réponses apportées par le soignant.

2-6- Apprentissage par 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 soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (104).

C'est une méthode pédagogique de plus en plus utilisée pour enseigner l'empathie. Apparue aux Etats-Unis dans les années 1960 où elle est désormais un outil pédagogique à part entière, son développement en Europe et en France est plus récent (105).

Elle s'adresse à tous les professionnels de santé et permet, selon la HAS (104) :

- de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations,
- d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels...),
- d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing,
- d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés,
- de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle permet alors un apprentissage en sécurité et l'acquisition d'une confiance à travers la répétition du geste, notamment par diminution du stress. Elle est l'occasion, pour l'étudiant, de pouvoir faire des erreurs sans que celles-ci aient d'impact sur un vrai patient.

Elle est cependant limitée par son coût, à la fois logistique (matériel, locaux, gestion des salles) et humain (formation des formateurs) (106).

Elle se déroule en trois phases :

- Le briefing, qui permet aux étudiants de se familiariser avec le matériel, le scénario et les locaux. Le formateur rappelle les principes de confidentialité, les règles déontologiques et l'absence de jugement porté,
- La mise en situation, qui correspond au déroulement du scénario,
- Le débriefing, qui correspond au retour d'expérience. Il s'agit d'un temps d'analyse et de synthèse avec propositions d'actions d'amélioration.

Les techniques de simulation utilisées dans la formation des professionnels de santé englobent différentes approches que nous allons développer, notamment les JDR et les ECOS, qui font partie de la formation évaluée dans ce travail de thèse. Nous aborderons également une autre approche étudiée dans une revue systématique de 2013 menée par Batt-Rawden et al (107), qui pourrait être considérée comme une simulation et que nous appellerons : « l'apprentissage par l'expérience ».

Détaillons plus précisément ces différentes méthodes :

- L'apprentissage par l'expérience

Elle découle de l'idée que les étudiants adopteront plus facilement le point de vue du patient s'ils ont déjà été dans la position des malades.

Wilkes et al. ont ainsi dirigé une étude à l'Université de Californie, à Los Angeles, publiée en 2002 (68), au cours de laquelle neuf étudiants en médecine de fin de deuxième année, en bonne santé et n'ayant jamais été hospitalisés, ont été admis dans un hôpital universitaire avec de faux diagnostics. Ils ont été hospitalisés pendant 24 à 30 heures, sans que le personnel soignant sache qu'il s'agissait de faux-patients. Cette étude visait à déterminer si l'expérience d'une hospitalisation augmenterait l'empathie des étudiants en médecine pour les patients hospitalisés, ce que les résultats de l'étude semblent confirmer. Lorsque l'on a demandé aux étudiants comment cette expérience pourrait changer leur attitude à l'avenir, la préoccupation première d'améliorer les aspects humains de l'expérience du patient est ressortie.

Une autre étude publiée en 2000 (69) a, sur le même principe, tenté de déterminer si l'expérience des urgences augmente l'empathie des internes pour les patients aux urgences. Elle a inclut 25 internes sur deux ans, qui avaient préalablement reçu un scénario clinique puis devaient s'enregistrer aux urgences, sans que les infirmières sachent qu'il s'agissait de faux-patients. Bien que l'étude fût brève car se terminant lorsque le médecin-examineur entrait dans la salle d'examen, les résultats suggèrent que l'expérience a renforcé l'empathie des internes.

Toutefois, ces deux études n'évaluent pas le niveau d'empathie des étudiants selon des tests validés, et semblent difficiles à mettre en place pour l'enseignement. Il aurait été cependant intéressant de suivre ces étudiants afin d'analyser si la participation à ces deux exercices a réellement impacté leur prise en charge future et leur niveau d'empathie selon des tests validés. Une autre piste d'enseignement, plus facile à mettre en œuvre dans le cadre des études de médecine, serait que l'étudiant suive un patient dans son parcours de soins. Cela pourrait ainsi lui permettre de mieux comprendre les expériences émotionnelles et les frustrations qu'il peut ressentir. Une étude (52) a, dans cet objectif, montré que la plupart des étudiants en première année de médecine ayant suivi un patient lors d'une visite d'oncologie chirurgicale estimaient avoir développé de l'empathie à l'égard du patient lors de cette expérience, bien qu'aucun changement significatif n'ait été observé.

- Les jeux de rôle

Les jeux de rôle sont tout d'abord apparus sous la forme d'ateliers sur le vieillissement, consistant à simuler des problèmes perçus par les personnes âgées pour mieux faire comprendre aux étudiants en médecine les déficits sensoriels et la dépendance fonctionnelle qu'elles peuvent vivre. Les jeux de rôle se sont ensuite développés et les thèmes abordés se sont élargis. Peu coûteux et relativement faciles à mettre en pratique, ils permettent à l'étudiant de changer de rôle et de se mettre à la place du patient. Ils consistent ainsi à jouer en binôme un scénario prédéfini devant un petit groupe d'une dizaine d'étudiants, dirigé par un enseignant formé, en choisissant de jouer le médecin ou le patient. S'ensuit le débriefing par le binôme, l'enseignant et le groupe.

Diverses études rapportent leur efficacité sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en médecine (85) (108) (109). Cependant, les résultats ne sont pas unanimes. Une hypothèse possible serait leur faible reproductibilité. Sarah Safta, dans son travail de thèse (17), ne retrouve pas d'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration du niveau d'empathie des étudiants en médecine. En effet, l'augmentation de moyenne de la JSPE à 1,32 avant/après JDR n'était pas significative. Toutefois, elle met en évidence que les jeux de rôle sont davantage bénéfiques aux étudiants les moins empathiques, promouvant une formation ciblée.

- Les patients standardisés

Le terme « Patient standardisé » fait le plus souvent référence à des acteurs formés, rémunérés pour jouer le rôle du patient sur un ou plusieurs scénarii prédéfinis. Il s'agit d'un outil d'enseignement créé en 1975, coûteux, consistant à reproduire une situation de consultation la plus proche du réel possible. Les ECOS offrent ainsi un haut degré de réalisme par rapport aux JDR. Ils sont souvent utilisés dans les études comme évaluation formative finale d'un enseignement. Une revue de la littérature a montré que leur fiabilité, leur validité, leur objectivité et leur faisabilité reposaient sur le nombre de stations, la construction des stations, la méthode de notation et le nombre d'étudiants évalués (110). Ils sont par ailleurs davantage appréciés des étudiants que les JDR.

Diverses études ont montré un bénéfice de ce type d'enseignement sur l'empathie (18) (111) (108).

Les travaux de thèse de Juliette Legrand (18) et Sarah Safta (17) ont montré une différence significative du niveau d'empathie des étudiants de 4^{ème} année de médecine de Paris Descartes, uniquement après les ECOS, laissant supposer une supériorité de ceux-ci par rapport aux JDR. En revanche, d'autres études retrouvent une performance similaire des JDR et des ECOS pour l'amélioration des compétences relationnelles des étudiants (112) (113). De plus, une comparaison entre JDR et consultations simulées effectuée chez des étudiants en 5^{ème} année de médecine, dans l'étude publiée en 2012 par HM Bosse (108), retrouve même une supériorité des JDR par rapport aux ECOS. Les auteurs expliquent ces résultats par l'importance de pouvoir jouer le rôle du patient lors des JDR, renversement qui semble être un mécanisme important dans le développement de l'empathie. En effet, Bearman et Al. (86), dans leur revue de la littérature évaluant l'efficacité d'interventions de simulation sur l'empathie chez les professionnels de santé, remarquent que les études n'ayant pas mis en évidence d'amélioration significative de l'empathie concernent des interventions où les participants ont joué uniquement le rôle du médecin, et jamais celui du patient. Jouer le rôle du patient permettrait de mieux le comprendre, ce qui serait bénéfique pour améliorer l'empathie. Ce constat pourrait expliquer les résultats du travail de thèse de Sarah Safta (17) qui n'avait pas retrouvé d'amélioration significative après JDR, dans la mesure où les étudiants n'avaient pas tous eu l'occasion de simuler le patient.

Si certains auteurs ont pu rapporter un manque d'authenticité dans cette approche d'enseignement, avec des étudiants qui apprennent à se comporter de manière « empathique » à des fins d'évaluation plutôt que d'établir une véritable connexion avec de vraies personnes, la revue systématique de Bearman et al. (86) conclut à la nécessité d'intégrer la simulation dans la formation. Elle précise que la formation doit être réalisée avec des niveaux de difficulté croissants et utiliser plusieurs stratégies d'apprentissage, reproduisant des situations cliniques variées dans un environnement contrôlé, où les apprenants peuvent faire, détecter ou corriger des erreurs sans risque. En outre, Bearman et al. soulignent l'importance du débriefing et la répétition des exercices. Cette dernière est confirmée par le travail de thèse de Anne Christelle de Rubercy (114), qui a montré une amélioration du niveau d'empathie des étudiants entre le premier et le deuxième ECOS, à l'aide de la grille CARE.

Imparfaites mais chacune intéressantes, toutes ces techniques d'enseignement citées peuvent faire prendre conscience à chacun de son degré d'empathie et du cheminement à effectuer pour l'accroître.

III- ETUDE

1- Problématique/état des connaissances

Comme décrit précédemment, il a été montré aux Etats-Unis que le niveau d'empathie des étudiants en médecine diminuait spontanément à partir de la 3^e année (année où l'étudiant entre en contact avec le patient dans le système éducatif américain) (15) ; déclin qui se poursuit ensuite tout au long des études médicales (5).

Parallèlement, différentes études ont mis en évidence des lacunes des professionnels de santé dans le domaine de la communication, rapportées notamment dans la conférence de consensus de Toronto (16). Or, nous avons vu l'importance de l'empathie dans la communication médecin-patient, aussi bien pour le soigné que le soignant. Si celle-ci est en partie innée, il est possible de l'accroître par un enseignement adapté que l'on cherche à mettre en place en testant plusieurs formations.

Le département de médecine générale de l'Université Paris Descartes s'intéresse donc depuis plusieurs années maintenant à trouver une formation optimale afin de développer cette compétence. Lors d'un essai contrôlé randomisé réalisé en France, en 2015, à l'Université Paris Descartes et Paris Diderot chez les étudiants de DFASM1 (année au cours de laquelle les étudiants français de ces facultés débutent leur externat), il a été montré que les étudiants ayant participé à une formation type groupes Balint sur une période de 3 mois présentaient un score JSPE-MS significativement plus élevé au suivi que le groupe témoin (20). Ceci fait écho à d'autres études récentes suggérant elles-aussi que la Formation à la Relation Thérapeutique, s'inspirant des groupes Balint, pourrait améliorer les capacités empathiques des étudiants en DFASM1 (99) (115). Cependant, 6 mois après cette formation, le niveau d'empathie des étudiants, évalué à distance par la même échelle JSPE-MS seulement pour les étudiants de Paris Descartes, diminuait (21). Cette formation n'était donc pas suffisante pour pallier au déclin d'empathie mis en évidence aux Etats-Unis. L'Université de médecine Paris Descartes a alors modifié cette formation en changeant sa durée (allongée sur l'année scolaire), son contenu (ajout d'une formation par simulation avec les JDR et les ECOS), en l'étendant à tous les étudiants de DFASM1 en 2017/2018 mais uniquement sur l'université Paris Descartes.

L'objectif de cet enseignement obligatoire 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.

Le contenu du module était donc varié, afin de potentialiser la formation :

- 2 cours magistraux en début de formation, dispensés en amphithéâtre, sur la relation thérapeutique (1h30) et l'empathie (1h),
- 8 séances de supervision par groupes type Balint (12h), autrement appelées « séances de groupes FRT », étalées sur l'année scolaire à intervalles de 3 semaines et effectuées au sein de la faculté Paris Descartes,
- 3 jeux de rôles (4h30), de janvier à mai 2018, réalisés au sein de la faculté Paris Descartes. Chacun abordait un sujet différent : annonce d'une mauvaise nouvelle, gestion d'un patient réticent, demandes dites abusives (annexe 3),
- 2 ECOS avec patients-acteurs professionnels formés (3h), effectués en juin 2018 à l'Hôtel Dieu, en lien avec le laboratoire Ilumens. L'un portait sur l'annonce diagnostique de VIH, l'autre sur le refus de prescription d'antibiotiques (annexe 4).

2- Matériels et méthodes

2-1- Objectif et type d'enquête

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer si l'allongement de la durée de la formation à la relation thérapeutique et l'ajout d'un apprentissage par simulation permettent un maintien du niveau d'empathie des étudiants durant les 6 mois qui suivent cette formation, à la place d'une diminution du niveau d'empathie attendue.

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale, sans groupe contrôle.

2-2- Contexte de l'étude

Cette étude se situe dans la continuité des travaux présentés en novembre 2018 par Sarah Safta (17) et Juliette Legrand (18). Elle s'inscrit au sein d'une étude de plus grande ampleur, EMPATHIE 5, réalisée avec la collaboration du DMG de Paris Descartes et le département de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris, et qui fait suite à 4 précédents groupes d'études sur le thème de l'empathie et du burnout. Tous ont en partie pour objectif de répondre à la question : « Comment, plus spécifiquement en médecine, mesurer, enseigner et faire perdurer l'empathie dans le temps ? »

Concernant l'étude EMPATHIE 5, elle évalue le module de formation à la relation thérapeutique, optionnel depuis 2000 à l'Université Paris Descartes et rendu obligatoire durant l'année 2017/2018. Ce module est destiné aux étudiants de 4^{ème} année de médecine (DFASM1) de l'Université Paris Descartes, année à partir de laquelle les étudiants commencent leurs stages à l'hôpital (contrairement à d'autres facultés de médecine où les stages hospitaliers débutent dès la 3^{ème} année, comme aux Etats-Unis).

2-3- Population sélectionnée

2-3-1- Population

L'échantillon clinique est constitué des étudiants de DFASM1 de l'année scolaire 2017/2018 de l'université Paris Descartes.

Les critères d'inclusion sont :

- Etudiants en DFASM1 durant l'année 2017/2018 à la faculté de médecine Paris Descartes ayant suivi le module de FRT (qui était obligatoire),
- Langue française,
- Age > 18 ans,
- Non opposition à l'interprétation des données

Les critères de non inclusion sont :

- Sujets ayant redoublé la DFASM1 (et devant donc repasser le module de FRT avec des séances supplémentaires à 6 mois par rapport à l'étude analysée),
- Sujets n'ayant pas validé le module de FRT et devant le repasser l'année suivante (et par conséquent ayant eu des séances supplémentaires ou en dehors du temps imparti par rapport à l'étude initiale).

2-3-2- Mode de recrutement

Les étudiants répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par emails via les adresses transmises par la scolarité. Le lien du questionnaire, créé sur LimeSurvey, leur était clairement indiqué. L'email d'invitation à réaliser le questionnaire (annexe 2) leur a été envoyé le 15/12/18. Puis, trois emails de rappels ont été envoyés à ceux qui n'avaient toujours pas répondu les 19/12/18, 26/12/18 et 05/01/19.

Les étudiants, en se connectant au lien envoyé, arrivaient sur le site, où ils pouvaient remplir le questionnaire (annexe 3), qui durait environ quinze minutes et qu'il était possible de compléter en plusieurs fois.

2-4- Les critères de jugement

2-4-1- Critère de jugement principal

Différence de moyennes obtenues à la JSPE-MS entre les trois temps d'évaluation (début de formation, fin de formation et 6 mois après).

2-4-2- Objectifs secondaires

- Détailler l'évolution du niveau d'empathie des étudiants selon les trois composantes de la JSPE-MS : « Perspective taking », « Compassionate Care » et « Ability to Stand in Patient's Shoes »,
- Etudier en analyse multivariée l'influence de certains facteurs sociodémographiques sur l'évolution du niveau d'empathie entre la fin de la formation et l'évaluation à 6 mois.

2-5- Recueil des données

Différents temps de recueil ont été réalisés :

- Avant la formation FRT (T1)
- A la fin des ECOS = fin de la formation FRT (T3)
- 6 mois après la fin de la formation FRT (T4)

(le T2 correspondait au recueil des données effectué avant les ECOS, qui n'a pas sa place dans l'évaluation de la présente étude)

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et le Comité de Protection des Personnes (CPP) ont donné leur accord au début de l'étude.

Pour T1 et T3, le recueil des données a été effectué sur papier (suivi d'une saisie manuelle supplémentaire) ou via la plateforme moodle (données directement extraites).

Pour T4, le questionnaire a été mis à la disposition des étudiants sur LimeSurvey, site sécurisé dont l'accès est protégé par un mot de passe et dont le lien leur a été envoyé par email. Les données ont ensuite pu être directement extraites, évitant une saisie manuelle pourvoyeuse d'erreurs.

Les questionnaires étaient tout d'abord nominatifs pour le remplissage et la saisie des données, permettant un appariement aux 3 temps, puis anonymisés lors de l'analyse des résultats, en attribuant un identifiant à chaque étudiant.

2-6- Calcul du nombre de sujets nécessaires

Avec toute la difficulté de mesurer une notion subjective comme le degré d'empathie, on ne peut pas réellement déterminer l'impact clinique d'une différence de score mesurée par l'échelle JPSE-MS, bien que cette échelle ait été validée comme représentative. Nous n'avons d'ailleurs pas retrouvé d'écrits sur cet impact dans la littérature.

C'est ainsi que certains auteurs (116) remettent en question la signification clinique de la diminution d'empathie constatée dans les études au cours du cursus médical et de l'inquiétude qu'elle suscite.

Le choix de la différence de moyenne attendue et l'écart-type à la JSPE-MS a alors été effectué en fonction des résultats significatifs retrouvés dans la littérature et reportés dans le tableau ci-dessous :

Etudes	Différence de moyenne de la JSPE/JSPE-MS avec résultat significatif ($p < 0,05$)	Ecart type à la JSPE/JSPE-MS correspondante
(15) USA « The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school »	6	11/11,8
(18) France “Evaluation de l’efficacité des ECOS sur l’amélioration du niveau d’empathie d’étudiants en DFASM1 de Paris Descartes, mesuré par l’échelle JSPE-MS”	5,3	11,7/11,8
(20) France « Promoting empathy among medical students : A two-site randomized controlled study »	4,2	10,6/12,7
(117) France « Étude contrôlée, randomisée, évaluant l’impact d’une Formation à la Relation Thérapeutique sur l’empathie des étudiants en DFASM1 lors d’un ECOS (examen clinique objectif structuré) »	2,1	13,2/11,4
(41) France « Influence du stage chez le médecin généraliste sur l’empathie des externes »	5,1	10,3/11,5
(118) USA “A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy”	5,5	Non renseigné
(119) USA « An empirical study of decline in empathy in medical school »	2,5	9,9/13,9
(120) USA « Comparing a self - administered measure of empathy with observed behaviour among medical students »	2,5	Non renseigné
(121) Portugal « Empathy in senior year and first year medical students : a cross-sectional study »	7,9	9,1/10,6
Moyennes des résultats significatifs	4,6	11,4

Tableau 4 : Différences de moyennes à la JSPE significatives et écart types correspondants retrouvés dans la littérature

Ainsi :
 - La différence de moyenne a été déterminée à 5,
 - L'écart-type moyen a été déterminé à 11.

La puissance et le risque α ont été choisis respectivement à 90 % et 5 %.

Pour déterminer la taille minimale des échantillons pour pouvoir faire un test de comparaison de deux moyennes appariées (Test de Student), avec α (5 %) et β (10 %) fixés, nous nous sommes aidés du logiciel BiostaTGV, qui a calculé un nombre de sujets minimal nécessaire à 102 dans chaque groupe.

Or, s'agissant du même groupe évalué à différents temps : $N(T1) = N(T3) = N(T4) = 102$.

Le nombre de sujets minimal nécessaire était donc de 102. En obtenant 110 réponses appariées aux trois temps, le nombre de sujets minimal est ainsi respecté.

2-7- Hypothèse testée

L'allongement de la durée de la formation à la relation thérapeutique avec l'ajout de jeux de rôles et d'ECOS pourrait permettre un maintien du niveau d'empathie des étudiants sur 6 mois.

2-8- Tests statistiques utilisés

Les variables continues ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type.

Les variables catégorielles ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

Pour comparer les scores totaux à la JSPE-MS aux différents temps T1, T3 et T4, des Tests de Student pour données appariées ont été utilisés. Il en a été de même pour décrire l'évolution du niveau d'empathie pour chaque sous-échelle de la JSPE-MS.

Pour déterminer la cohérence interne du score global obtenu à l'échelle JSPE-MS, le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour chaque temps.

En ce qui concerne l'analyse exploratoire à la recherche de facteurs explicatifs, des analyses bivariées ont été utilisées pour chaque variable recueillie. Toutes les données recueillies étant des variables qualitatives, la différence de moyenne à la JSPE-MS entre T3 et T4 dans les différentes modalités a été testée en analyse bivariée par Test Student.

Seules les variables associées à la différence de moyenne à la JPSE-MS entre T3 et T4 dans l'analyse bivariée avec un $p \leq 0,2$ (corrélations significatives à 20 %), en plus du sexe (largement admis dans la littérature comme facteur explicatif), ont été retenues pour l'analyse multivariée.

L'analyse multivariée par régression linéaire a ensuite été effectuée. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées grâce à l'aide du logiciel RStudio.

3- Résultats

3-1- Descriptif de la population

Trois listes d'étudiants étaient à notre disposition :

- 1- Les étudiants inscrits en DFASM1 durant l'année 2017-2018, y compris les personnes partant en Erasmus : total de 428 personnes (dont 6 Erasmus/césure),
- 2- La liste des étudiants n'ayant pas validé le module de FRT en DFASM1 (dont certains parmi ceux-là ont redoublé) : total de 80 personnes,
- 3- La liste des étudiants de DFASM1 durant l'année 2018-2019

Nous avons donc pris la liste 1, à laquelle nous avons retiré 6 personnes n'ayant pas assisté au module de FRT (Erasmus, césure...), soit 422 personnes qui ont passé le module de FRT.

A celles-là, ont été retirées les personnes de la liste 2, c'est-à-dire celles n'ayant pas validé le module de FRT et devant donc le repasser, soit 80 personnes. Une fois retirées, il reste 342 personnes, mais, parmi celles-ci, certaines ont peut-être redoublé tout en ayant validé le module de FRT. C'est le cas pour 2 personnes, qui ont donc été exclues, en recherchant les personnes communes à la liste 1 et 3. On obtient donc un total restant de 340 personnes à qui le questionnaire a été envoyé.

Sur les 340 questionnaires envoyés, 250 réponses ont été obtenues à T4, dont 25 incomplètes. Sur les 250 réponses, 2 questionnaires ont été remplis 2 fois par les mêmes personnes, une fois de manière complète et l'autre fois de manière incomplète.

Parmi les 248 étudiants ayant répondu à T4, 110 avaient déjà répondu à la fois à T1 (avant la formation FRT) et T3 (à la fin des ECOS = fin de la formation FRT).

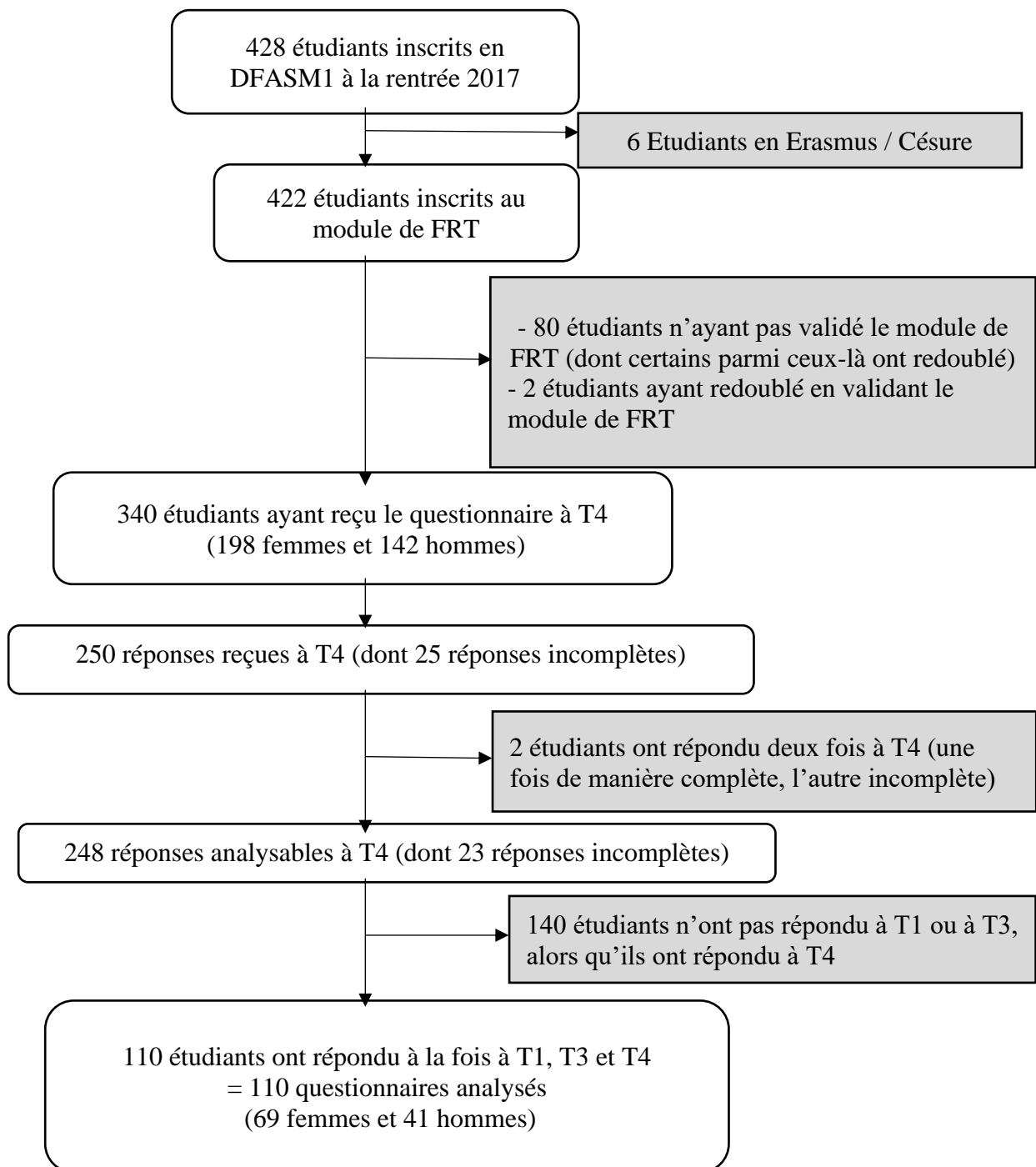


Figure 4 : Diagramme de flux

Parmi les 110 étudiants ayant répondu à la fois à T1, T3 et T4, il y avait 69 femmes (63 %), et 41 hommes (37 %).

12 % d'entre eux ont suivi une formation supplémentaire par médecine narrative entre la fin de la formation et l'évaluation à 6 mois (T4), pouvant potentiellement majorer leur score d'empathie à T4.

Entre la fin de la formation et l'évaluation 6 mois après, 27 étudiants (25 %) n'avaient eu aucun stage « orientés patients », 45 étudiants (40 %) avaient eu seulement un stage « orienté patient » et 38 étudiants (35 %) que des stages « orientés patients » (annexe 7).

Interrogés à T4 sur leur souhait de spécialité, 87 étudiants ont répondu vouloir exercer une spécialité « orientée patient » et 23 étudiants une spécialité « non orientée patient ».

Ces étudiants étaient issus d'un niveau socio-économique globalement élevé, avec 63% des parents ayant un niveau d'études \geq bac + 5, et 59 % des parents exerçant une profession type cadre et profession intellectuelle supérieure (telle que classée selon l'INSEE). A noter que 13% des parents de ces étudiants étaient médecins.

60 % des étudiants étaient en couple, et 21 % avaient eu une modification de leur statut couple/pas couple, ou inversement, entre la fin de la formation et l'évaluation à T4, sans savoir dans quel sens avait eu lieu ce changement de statut. Environ 59 % des étudiants pratiquaient une activité dite « extra-scolaire » au sens large, entendue comme la pratique d'un sport, d'un instrument de musique, etc...

29 étudiants (26 %) vivaient seuls. 100 étudiants avaient grandi avec des frères et sœurs au domicile, soit près de 91 %.

Caractéristiques de la population N = 110	N (%)
<u>Sexe</u>	
Femmes	69 (62,73 %)
Hommes	41 (37,27 %)
Médecine narrative entre T3 et T4	13 (11,82 %)
<u>Nb de stages « orientés patient » effectués entre T3 et T4</u>	
- 0/2	27 (24,55 %)
- 1/2	45 (40,91 %)
- 2/2	38 (34,54 %)
<u>Spécialité désirée</u>	
- Orientée patient	87 (79,09 %)
- Non orientée patient	23 (20,91 %)
<u>Profession du père</u>	
- Agriculteurs exploitants	1 (0,91 %)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	10 (9,09 %)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	72 (65,45 %)
- Professions intermédiaires	16 (14,55 %)
- Employés	4 (3,64 %)
- Ouvriers	4 (3,64 %)
- Autres	3 (2,73 %)
- Médecins	15 (13,64 %)
<u>Profession de la mère</u>	
- Agriculteurs exploitants	1 (0,91 %)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	4 (3,64 %)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	58 (52,73 %)
- Professions intermédiaires	29 (26,36 %)
- Employés	13 (11,82 %)
- Ouvriers	1 (0,91 %)
- Autres	4 (3,64 %)
- Médecins	13 (11,82 %)
<u>Au moins 1 parent médecin</u>	20 (18,18 %)
<u>Niveau d'études du père</u>	
- < Bac	16 (14,55 %)
- Bac + 2	10 (9,09 %)
- Bac + 3	11 (10 %)
- Bac + 5	29 (26,36 %)
- > Bac + 5	44 (40 %)
<u>Niveau d'études de la mère</u>	
- < Bac	10 (9,09 %)
- Bac + 2	11 (10 %)
- Bac + 3	23 (20,91 %)
- Bac + 5	30 (27,27 %)
- > Bac + 5	36 (32,73 %)
<u>En couple</u>	66 (60 %)
<u>Changement de statut couple/pas couple entre T3 et T4</u>	
- Oui	23 (20,91 %)
- Non	87 (79,09 %)
<u>Pratique d'une activité « extra-scolaire »</u>	
- Oui	65 (59,09 %)
- Non	45 (40,91 %)
<u>Logement</u>	
- Seuls	29 (26,36 %)
- Pas seuls	81 (73,64 %)
<u>Enfance avec frères/sœurs au domicile</u>	
- Oui	100 (90,91 %)
- Non	10 (9,09 %)

Tableau 5 : Caractéristiques des étudiants

3-2- Evolution de la JSPE-MS sur le score total (objectif principal)

La moyenne du score total de la JSPE-MS à T1 est de 110,94/140, à T3 de 111,44/140 et à T4 de 112,34. On retrouve donc des différences de moyenne des scores totaux de la JSPE-MS à 0,5 entre T1 et T3, 1,4 entre T1 et T4 et 0,9 entre T3 et T4.

Visuellement, la moyenne du score total de la JSPE-MS semble augmenter avec le temps.

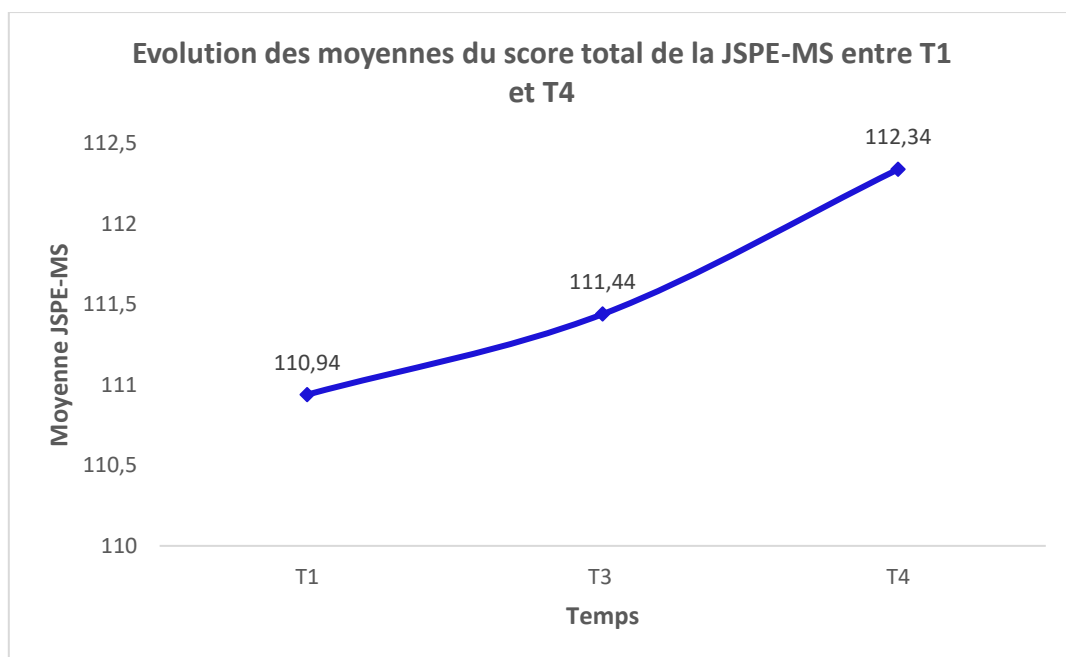


Figure 5 : Evolution des moyennes du score total de la JSPE-MS entre T1 et T4

Cependant, cette augmentation n'est que visuelle car on ne retrouve pas de différence significative pour la comparaison des moyennes du score total d'empathie, mesuré par la JSPE-MS entre les différents temps T1, T3 et T4 (tous les $p > 0,05$).

Scores JSPE – MS total	T1 Moyenne (écart-type)	T3 Moyenne (écart-type)	T4 Moyenne (écart-type)	P value	Intervalle de confiance 95%
Score Total (/140)	110,94 (10,31)	111,44 (13,71)	112,34 (11,20)	T1/T3 : 0,74 T1/T4 : 0,15 T3/T4 : 0,57	T1/T3 : [-3,51 ; 2,51] T1/T4 : [-3,30 ; 0,50] T3/T4 : [-3,99 ; 2,19]

Tableau 6 : Résultats des moyennes sur le score total de la JSPE-MS

Les conditions de validité des tests de Student appariés ont été respectées, avec notamment trois groupes identiques (échantillons appariés) et des différences de moyenne qui suivent une loi normale (courbe gaussienne).

Le coefficient alpha de Cronbach a été mesuré à 0,73 à T1, 0,78 à T3 et 0,80 à T4.

3-3- Evolution de la JSPE-MS selon chaque composante (objectif secondaire)

- « Perspective Taking » : Le score est de 55,76/70 à T1, 53,81/70 à T3 et 55,87/70 à T4. Les différences de moyennes sont donc de - 1,95 entre T1 et T3, 0,11 entre T1 et T4 et 2,06 entre T3 et T4,

- « Compassion Care » : Le score est de 48,17/56 à T1, 49,59/56 à T3 et 48,95/56 à T4. Les différences de moyennes sont donc de 1,42 entre T1 et T3, 0,78 entre T1 et T4 et - 0,64 entre T3 et T4,

- « Stand in patient's shoes » : Le score est de 7/14 à T1, 8,04/14 à T3 et 7,51/14 à T4. Les différences de moyennes sont donc de 1,04 entre T1 et T3, 0,51 entre T1 et T4 et - 0,53 entre T3 et T4.

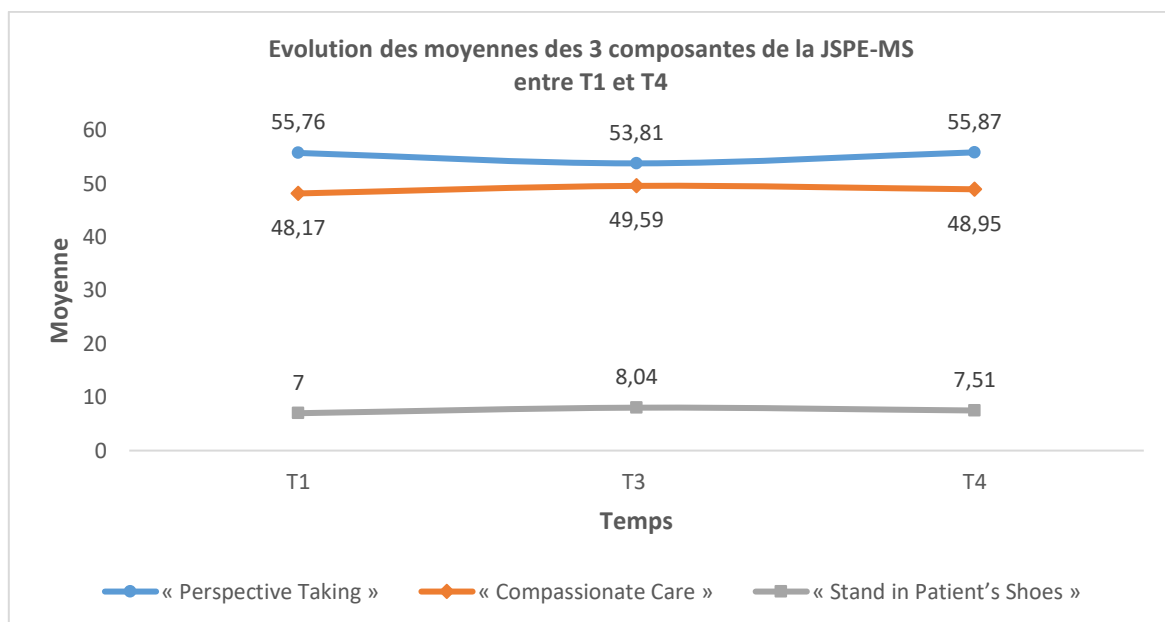


Figure 6 : Evolution des moyennes des 3 composantes de la JSPE-MS entre T1 et T4

On ne retrouve également pas de différence significative de moyenne selon chaque composante de la JSPE-MS prise séparément, entre T1, T3 et T4, en dehors de la composante SiP entre T1 et T3.

Scores JSPE - MS selon chaque composante (Total/140)	T1 Moyenne (écart-type)	T3 Moyenne (écart-type)	T4 Moyenne (écart-type)	P value	Intervalle de confiance 95 %
« Perspective Taking » (/70)	55,76 (6,58)	53,81(13,69)	55,87 (6,22)	T1/T3 : 0,19 T1/T4 : 0,84 T3/T4 : 0,14	T1/T3 : [-0,97 ; 4,9] T1/T4 : [-1,21 ; 0,99] T3/T4 : [-4,83 ; 0,70]
« Compassionate Care » (/56)	48,17 (5,48)	49,59 (6,32)	48,95 (5,52)	T1/T3 : 0,58 T1/T4 : 0,19 T3/T4 : 0,41	T1/T3 : [-2,88 ; 0,05] T1/T4 : [-1,95 ; 0,39] T3/T4 : [-0,90 ; 2,17]
« Stand in Patient's Shoes » (/14)	7 (2,80)	8,04 (3,28)	7,51 (3,08)	T1/T3 : 0,01 T1/T4 : 0,06 T3/T4 : 0,21	T1/T3 : [-1,81 ; -0,26] T1/T4 : [-1,04 ; 0,03] T3/T4 : [-0,30 ; 1,36]

Tableau 7 : Résultats des moyennes selon chaque composante de la JSPE-MS

3-4- Facteurs explicatifs (objectifs secondaires)

3-4-1- Résultats en analyse bivariée

Concernant les variables sociodémographiques, en prenant des corrélations significatives à 20 %, nous avons retrouvé que seuls le sexe, le fait d’avoir participé ou non au module de médecine narrative et le niveau d’étude de la mère étaient corrélés à la variation du score total d’empathie mesuré par l’échelle JSPE-MS entre T3 et T4.

ANALYSE BIVARIEE : X	P-VALUE
Sexe	0,08
Médecine narrative	0,13
Profession du père	0,43
Profession de la mère	0,58
Présence d’au moins un parent médecin	0,44
Niveau d’étude du père	0,40
Niveau d’étude de la mère	0,01
Stages effectués orientés vers le patient	0,42
Spécialité désirée orientée vers le patient	0,28
En couple	0,56
Changement du statut couple/pas couple et inversement	0,30
Pratique d’une activité extra-scolaire	0,29
Logement	0,80
Grandir avec frères/sœurs au domicile	0,56

Tableau 8 : P-value entre les variables étudiées en analyse bivariée

3-4-2- Résultats en analyse multivariée

Pour réaliser l’analyse multivariée, nous avons inclus le sexe, le fait d’avoir participé ou non au module de médecine narrative entre T3 et T4 et le niveau d’étude de la mère qui ressortaient de l’analyse bivariée. Le seuil de significativité étant fixée à 5 %, nous avons observé que seul le niveau d’étude de la mère dans notre étude influe significativement sur la différence du score global du niveau d’empathie entre T3 et T4, sans toutefois pouvoir vraiment dire dans quel sens il influe.

On a cependant l'impression, au vu des résultats des deltas Moy T4-T3, que, plus le niveau d'étude de la mère est élevé, plus grand est l'impact de la formation sur le niveau d'empathie des étudiants.

Analyse multivariée : X	Moy T4-T3	« Estimate » (béta)	p-value
Sexe :			
- Femme	+ 2,99	Ref	0,26
- Homme	- 2,61	- 3,5	
Médecine narrative :			
- Oui	+ 7,38	Ref	0,11
- Non	+ 0,03	- 7,5	
Niveau d'étude de la mère :			
- < Bac + 2	- 13,40	Ref	0,01
- Bac + 2	- 0,64	+ 14,1	
- Bac + 3	+ 0,61	+ 14,8	
- Bac + 5	+ 7,90	+ 21,1	
- > Bac + 5	- 0,31	+ 12,8	

Tableau 9 : P-value entre les variables étudiées en analyse multivariée

3-5- Satisfaction

Par ailleurs, les étudiants ont été réinterrogés 6 mois après la fin de la formation sur leur satisfaction du module FRT, avec un auto-questionnaire de 5 questions.

Celui-ci portait non seulement sur l'ensemble du module FRT, mais également sur chaque type de formation effectué dans ce module : les cours théoriques, les groupes type Balint, les JDR, les ECOS.

Globalement, les étudiants étaient satisfaits de l'ensemble du module de FRT, avec une moyenne totale de 3/5 sur l'échelle de satisfaction utilisée. Les ECOS et les JDR semblaient davantage avoir plu aux étudiants, avec une moyenne de satisfaction des étudiants respectivement à 4,7/5 et 3,8/5. Les groupes Balint reçoivent une moyenne de satisfaction à 2,6/5 et les cours théoriques à 2,4/5. Des remarques en texte libre laissent cependant comprendre que certains étudiants ne se rappelaient plus des cours théoriques dispensés en début de formation ou n'y avaient pas assisté. Les séances types Balint étaient quant à elles jugées trop chronophages et le manque d'expérience des étudiants rendait les séances souvent pauvres, avec peu de cas présentés.

4- Discussion

4-1- Principaux résultats

On ne retrouve pas de différence significative du score global d'empathie mesurée par l'échelle JSPE-MS entre les différents temps T1, T3 et T4 sur données appariées.

On ne retrouve également pas de différence significative de moyenne sur données appariées selon chaque composante de la JSPE-MS prise séparément, entre T1, T3 et T4, en dehors de la composante « Stand in Patient's Shoes » entre T1 et T3.

La recherche de facteurs explicatifs a montré en analyse bivariée qu'il existe un lien entre la différence du score global du niveau d'empathie entre T3 et T4 et le sexe, le fait d'avoir participé ou non au module de médecine narrative et le niveau d'étude la mère. En revanche, l'analyse multivariée a permis de mettre en évidence que seul le niveau d'étude de la mère, dans notre étude, influe significativement sur la différence du score global du niveau d'empathie entre T3 et T4, sans toutefois pouvoir conclure sur le sens de cette influence, ni sur la taille de l'effet. Cependant, on a l'impression que l'impact de la formation sur le niveau d'empathie des étudiants croît avec le niveau d'étude de la mère jusqu'au bac + 5.

L'analyse de l'auto-questionnaire de satisfaction a montré que les étudiants étaient globalement satisfaits du module de Formation à la Relation Thérapeutique, avec une préférence pour les ECOS, suivie des JDR.

4-2- Discussion sur la méthodologie

4-2-1- Les points forts

- La puissance

La puissance de l'étude à 90 % est bonne avec un échantillon de 110 étudiants analysés, alors que le nombre de sujets nécessaires calculé pour une puissance à 90 % et un risque alpha à 5 % était de 102.

- Le sex-ratio

Le sex-ratio dans notre population est comparable à celui des étudiants en médecine en France. En effet nous retrouvons environ 63 % de femmes et 37 % d'hommes, ce qui concorde avec les données rapportées par la DRESS (122) et celles du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (123).

Si la majorité de femmes dans l'étude peut s'expliquer par la plus grande prévalence de femmes dans les études médicales actuellement (et donc chez les étudiants en médecine de cette année), expliquant alors leur participation plus importante, elle pourrait aussi s'expliquer par l'intérêt plus important des femmes concernant cette étude. La littérature a en effet montré que les femmes avaient une plus grande capacité empathique que les hommes (15) (34) (118) (124) (125). Si l'on regarde en pourcentage de participation selon les sexes, on retrouve qu'il y a 35 % de participation chez les femmes et 29 % de participation chez les hommes.

Toutefois, notre étude n'a pas retrouvé de différence significative de la variation du niveau d'empathie entre T3 et T4 en fonction du sexe. Cette différence n'influe donc pas sur nos résultats.

- La JPSE-MS

Nous avons utilisé la version française de la JSPE-MS dans notre étude pour évaluer l'empathie. Ce questionnaire a été choisi, comme expliqué précédemment, pour sa facilité d'utilisation et ses qualités méthodologiques. Par ailleurs, il s'agit du questionnaire qui avait été utilisé lors des précédentes études sur lesquelles nous nous sommes appuyées. Il nous a donc semblé judicieux de l'utiliser ici afin de pouvoir comparer nos résultats avec ceux retrouvés antérieurement.

- Résultats concordants

Nous avons étudié à la fois le score global de la JSPE-MS et le score obtenu à ses trois composantes prises séparément, et tous les résultats concordent dans le sens d'une absence de diminution significative du niveau d'empathie.

- Le coefficient α de Cronbach

On retrouve un coefficient α de Cronbach à 0,73 à T1, 0,78 à T3 et 0,80 à T4. Ces résultats sont satisfaisants, comme explicité en amont.

- Etude innovante

Par ailleurs, nous n'avons retrouvé aucun travail ayant étudié l'impact à distance d'une formation regroupant différentes techniques d'enseignement sur le niveau d'empathie des étudiants en médecine. Les seuls travaux retrouvés qui montraient une évaluation sur le long terme évaluaient individuellement chaque type d'enseignement (21) (126) (127).

Séparément, chacune des techniques d'enseignement peut ne pas améliorer de manière significative le niveau d'empathie des étudiants, mais, regroupées, elles peuvent avoir un impact, promouvant une formation diversifiée, à l'instar de la formation étudiée.

4-2-2- Les points faibles

Biais de recrutement

Notre étude est monocentrique, se déroulant à l'université Paris Descartes où les étudiants proviennent en grande majorité d'un milieu socio-économique privilégié.

Ainsi, si en France, 3/10 étudiants en médecine ont des parents cadres supérieurs ou exerçant une profession libérale, et 1/10 sont des enfants d'ouvriers (122), ce clivage social est plus important encore dans notre étude. En effet, l'échantillon de notre étude comprend près de 6/10 étudiants ayant des parents exerçant une profession définie comme « cadres/professions intellectuelles supérieurs » par l'INSEE.

Se pose alors la question de savoir si ce biais de recrutement a un impact sur nos résultats, ce d'autant qu'on retrouve une corrélation significative entre ces derniers et le niveau d'étude de la mère. Il semblerait que non, l'analyse multivariée n'ayant pas mis en évidence de corrélation avec la profession de la mère ou du père. Toutefois, ces professions ont été analysées de manière indépendante pour le père et la mère, et non regroupées comme dans la plupart des études.

Biais de sélection

Si la formation FRT était rendue obligatoire dès le début de l'année scolaire 2017-2018 pour les étudiants en DFASM1, le remplissage des questionnaires sur cette formation ne l'était pas, bien que fortement recommandé. Il y avait donc un biais de sélection dû au volontariat. Si ce biais a pu être minoré à T3 car le questionnaire était rempli sur place à la fin des ECOS avec un caractère presque obligatoire (ce qui explique le plus grand nombre de réponses à ce temps), à

T1 et T4, cela n'a pas été le cas puisque rempli sur internet, respectivement sur le Moodle à T1 et sur LimeSurvey à T4.

Or, pour pouvoir interpréter les données, il fallait des données appariées et donc utiliser seulement les questionnaires remplis aux 3 temps par les mêmes personnes. Dès lors, on peut se poser la question de l'importance du biais de sélection sur nos résultats puisque les étudiants ayant répondu aux trois temps présentent possiblement un plus grand intérêt concernant la relation médecin-malade et sont peut-être plus empathiques initialement, voire aux différents temps, que les étudiants n'ayant pas répondu à l'un ou l'autre des temps.

Par ailleurs, les étudiants ayant été informés de l'objectif de l'étude et de l'intérêt de l'évaluation 6 mois après, on peut se demander si ceux ayant répondu à T4 ne sont pas ceux qui estiment avoir amélioré leur niveau d'empathie, par rapport aux étudiants ayant répondu à T1 et T3 mais pas à T4.

Biais de recueil des données

A T1 et T3, si une partie des questionnaires a pu être remplie par les étudiants sur la plateforme moodle et ensuite directement extraite, un grand nombre a été rempli manuellement, nécessitant une saisie manuelle des données, potentiellement source d'erreurs. Cependant, pour limiter ce biais, la saisie manuelle a été effectuée par 2 personnes.

A T4, les données étaient directement extraites du site sécurisé LimeSurvey, sans saisie manuelle supplémentaire pourvoyeuse d'erreurs. En revanche, les étudiants devaient remplir la profession de leurs parents en texte libre sur le questionnaire en ligne. Il aurait été préférable de leur poser la question sous forme de questionnaire à choix unique (QCU), en proposant les différentes catégories socioprofessionnelles telles que définies par l'INSEE. En effet, ce format de remplissage en texte libre a nécessité une manœuvre supplémentaire visant à associer chaque métier énoncé à une catégorie socioprofessionnelle INSEE, avec un risque de classement erroné.

Par ailleurs, la base de données a été travaillée et codée sur Excel. Lors des différentes manipulations, des erreurs ont également pu se produire, bien que cela soit peu probable devant les contrôles de cohérence régulièrement effectués, permettant de limiter ce type d'erreurs.

Biais de « différence de traitement reçu »

Pour chacune des modalités de la formation, en dehors des 2h30 de cours théoriques communes à tous les étudiants, ce biais de « différence de traitement reçu » a pu intervenir. En effet, que ce soit pour les groupes type Balint, les JDR et les ECOS, chaque étudiant n'a pas eu les mêmes intervenants.

Une étudiante déplore : « un déséquilibre navrant entre les différents groupes de FRT ».

Lors des groupes type Balint (groupes de FRT), il y avait en effet un enseignant différent pour chacun des groupes. Les qualités de l'enseignement pouvaient donc varier d'un groupe à l'autre. Certains étudiants ont fait part de leur déception vis-à-vis de leur enseignant : pour une, il « faisait beaucoup trop part de ses opinions personnelles sur des sujets éthiques débattus (euthanasie, etc...) ». Pour une autre, il « ne les laissait pas s'exprimer sur tout, et restait fixé sur le protocole à suivre pendant la séance », décrivant cela comme « assez frustrant » quand ils avaient besoin de parler de situations difficiles.

La disparité entre les groupes a pu également être liée aux étudiants, avec une étudiante qui se plaint que ce soit « toujours les mêmes personnes qui parlaient et ne partageaient pas toujours des choses intéressantes ou qui apporteraient un socle de réflexion ».

Il en va de même pour les JDR, où une différence des enseignants, notamment sur la qualité du débriefing, a pu impacter les résultats.

De la même façon, lors des ECOS, tous les étudiants n'avaient pas les mêmes acteurs comme patients ; les débriefings ont pu être de plus ou moins bonne qualité selon le patient-acteur avec lequel l'étudiant passait.

Cependant, pour limiter ce biais, chaque enseignant et chaque acteur avaient au préalable eu des instructions, voire suivi une formation, avant d'être choisi pour cet enseignement.

Pour les groupes Balint, tous les animateurs étaient accrédités par une société savante s'occupant de ce type de formation. De plus, pour les ECOS, chaque étudiant passait avec 2 acteurs différents, limitant ce biais.

Par ailleurs, pour les JDR, tous les étudiants n'avaient pas assisté au même nombre de JDR, ni effectué le même nombre de scénarios par séance, ni tous joué le patient. Or, comme vu précédemment (86), on peut penser que si tous les étudiants n'ont pas pu expérimenter la position du patient, cela a pu également impacter les résultats.

Biais d'évaluation

Une des limites de notre étude repose sur l'utilisation d'auto-questionnaire.

Si l'échelle JSPE-MS présente des avantages certains, il est important de souligner qu'il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation, avec dès lors un biais de perception.

En effet, l'empathie ressentie par l'étudiant peut différer de l'empathie réellement appliquée, et de celle ressentie par le patient. Certains étudiants peuvent surestimer leur empathie, d'autres à l'inverse la sous-évaluer. L'empathie déclarée peut ainsi ne pas refléter leur véritable empathie, mais témoigner davantage de leurs perceptions de l'empathie et de la confiance en leurs aptitudes. Il aurait été ainsi intéressant de comparer nos résultats à l'empathie ressentie par les patients, par une grille d'hétéro-évaluation, comme remplie à T3 où nous avons utilisé la grille CARE. Pour un souci organisationnel et budgétaire, ceci n'a pas été possible à T4 car ça aurait nécessité de reproduire des ECOS ou JDR. De plus, aucune corrélation n'avait été retrouvé entre grille CARE et JSPE-MS à T3 (18), ce qui avait déjà été mis en évidence dans une étude antérieure (117).

Biais de désirabilité sociale

En dehors du biais de perception que présente une auto-évaluation, celle-ci pose aussi le problème du biais de désirabilité sociale qui peut influencer les réponses au questionnaire de la JSPE-MS. Il désigne « une tendance à donner une image de soi-même plus socialement acceptable à travers ses réponses » (128), lorsque des personnes sont amenées à répondre à des questionnaires portant sur leurs perceptions et qu'elles anticipent la signification de la mesure. Il s'agit d'un mécanisme psychologique qui peut être conscient ou inconscient. Ce biais est d'autant plus à prendre en compte que ces questionnaires ont été remplis dans le cadre de la faculté avec la possible crainte des étudiants que le score obtenu compte dans une évaluation globale. Bien que le caractère anonyme et non sanctionnant des réponses leur avait été annoncé, ceux-ci ont été remplis de manière non anonyme pour raison d'appariement (anonymisés que lors de l'analyse des résultats). Pour pallier à ce biais, il aurait fallu que les questionnaires soient anonymisés dès leur remplissage, avec un identifiant similaire utilisé aux 3 temps.

4-3- Discussion sur les résultats

4-3-1- Scores obtenus à la JSPE-MS

Hojat retrouvait aux Etats-Unis un score total moyen à la JSPE-MS à 110,3 (en 2002) et 110,8 (en 2004) pour les étudiants de fin de 4^{ème} année de médecine (15). Chen retrouvait un score total moyen un peu plus faible, à 106,6 pour les étudiants de 4^{ème} année (118). Avec des scores à 110,9 en début de 4^{ème} année et 111,44 en fin de 4^{ème} puis 112,34 au cours de la 5^{ème} année, nos résultats semblent en accord avec ceux retrouvés dans la littérature.

4-3-2- Influence du niveau socio-économique des parents sur la variation du niveau d'empathie des étudiants

Nous retrouvons dans notre travail une influence significative du niveau d'étude de la mère sur la variation du niveau d'empathie des étudiants entre T3 et T4, en ayant l'impression que plus le niveau d'étude de la mère est élevé, meilleur est l'impact de la formation, à l'exception des étudiants avec un niveau d'étude de la mère > bac + 5. Ces résultats restent cependant très exploratoires et nous ne pouvons bien évidemment conclure comme tel.

Cependant, il est intéressant de constater qu'une autre étude, réalisée au Koweït (129), avait déjà rapporté des résultats significatifs sur l'influence du niveau d'étude de la mère plus spécifiquement. Il s'agissait d'une enquête transversale réalisée auprès de 264 étudiants de la Faculté de médecine de l'Université du Koweït. Les scores d'empathie mesurés avec la JSPE-MS étaient, entre autres, significativement corrélés au niveau d'instruction de la mère et à une relation satisfaisante avec celle-ci, alors que le niveau de scolarité du père et la relation avec ce dernier n'étaient pas significativement associés :

- Les élèves dont les mères n'avaient pas terminé leurs études secondaires présentaient des niveaux d'empathie inférieurs à ceux des élèves dont les mères étaient plus instruites,
- Ceux qui étaient satisfaits de leur relation avec leur mère ont obtenu en moyenne un résultat supérieur à ceux qui étaient neutres ou non satisfaits (valeur $p \leq 0,005$).

Les résultats exploratoires de notre étude vont également plutôt dans le sens d'un impact positif du niveau d'étude élevé de la mère. A noter cependant que dans notre étude, ce n'est pas le niveau d'empathie des étudiants qui semble plus élevé avec le niveau d'étude de la mère, mais sa variation après la formation, soit l'impact de la formation à distance.

Deux autres études récentes ont trouvé un impact du niveau d'étude des parents sur la variation du niveau d'empathie, sans distinguer cependant le niveau d'étude du père et celui de la mère dans l'analyse.

Juliette Legrand retrouve ainsi, dans sa thèse (18), une influence significative du niveau d'études des parents sur l'amélioration de l'empathie des étudiants avant/après ECOS, sans réussir cependant statistiquement à montrer dans quel sens va cette influence.

Natacha NGO (130) retrouve également une influence significative du niveau d'étude des parents sur la variation du score d'empathie, avec un bénéfice pour les étudiants ayant des parents avec un niveau inférieur à bac + 3. Ainsi, dans son étude, meilleur était l'impact de la formation effectuée chez les étudiants avec des parents de niveau d'étude plus faible.

Cependant, il s'agissait d'une étude multicentrique (Paris V et Paris VII), où un meilleur bénéfice des séances de FRT chez les étudiants de l'université de Paris VII (de niveau social globalement plus faible) était constaté par rapport aux étudiants de Paris V. Or, les étudiants de Paris VII pouvaient refuser de participer à la FRT, au contraire des étudiants de Paris V. Un biais de sélection a pu impacter les résultats car les étudiants moins motivés et/ou moins orientés vers la relation médecin-patient et l'empathie peuvent ainsi ne pas avoir participé à la formation. Ainsi, les différents travaux exploratoires réalisés retrouveraient une influence du niveau d'étude des parents sur l'impact d'une formation sur l'empathie, et peut-être plus spécifiquement l'influence du niveau d'étude de la mère ? Cette interrogation n'est encore qu'au stade d'hypothèse et mériterait des études supplémentaires pour pouvoir conclure de quelque manière que ce soit.

4-3-4- Influence du choix de spécialités désirées sur la variation du niveau d'empathie des étudiants

Nous n'avons pas retrouvé d'influence significative du choix de spécialité désirée à T4, ni même du nombre de stages « orientés patient » effectué depuis la fin de la formation, sur la variation du niveau d'empathie entre T3 et T4. Autrement dit, le caractère orienté/non-orienté des stages effectués n'a pas impacté les résultats de notre étude. De plus, l'évolution de l'empathie des étudiants après la formation est indépendante du choix de spécialité désirée « orientée patient » versus « non orientée patient », énoncé en fin d'évaluation.

Il est intéressant de constater dans la thèse de Natacha NGO (130) que l'impact de la formation FRT par groupe type Balint était meilleur chez les étudiants qui déclaraient désirer une spécialité « orientée-patient » avant la formation. Toutefois, cette différence d'impact disparaissait lorsque le choix de spécialité désirée était déclaré après la formation, corroborant nos résultats.

En revanche, si l'on regarde dans la littérature non plus l'impact sur la variation du niveau d'empathie après une formation mais l'empathie à un instant T, on s'aperçoit que plusieurs travaux rapportent une corrélation significative entre la spécialité désirée et le niveau d'empathie (15) (118) (131) (132). Natacha NGO a constaté qu'en prenant les déclarations sur le choix de spécialité désirée après la FRT, le niveau d'empathie des étudiants ayant choisis une spécialité « orientée-patient » était plus élevé par rapport aux autres (130). Elle avance alors l'hypothèse que les étudiants ont pu modifier leur choix de spécialité souhaitée après la formation. Les étudiants ayant un niveau d'empathie initialement « bas » pourraient avoir tendance à s'orienter après la formation vers les spécialités dites « non-orientées patient ».

4-3-5- Influence du sexe sur la variation du niveau d'empathie des étudiants

Nous n'avons pas mis en évidence d'influence significative du sexe sur la variation du niveau d'empathie des étudiants entre T3 et T4. Un autre travail retrouve des résultats similaires (130). En revanche, différentes études ont mis en évidence une corrélation significative entre le sexe et le niveau d'empathie à un instant T, avec des scores d'empathie plus élevés chez les femmes par rapport aux hommes. Ce constat n'est pas spécifique aux Etats-Unis (15) (118) et se retrouve dans différents pays comme au Royaume-Uni (34), au Japon (124) et en Iran (125). Cette corrélation n'est cependant pas unanime (69) (133) (134).

4-3-6- Influence de la pratique d'une « activité extra-scolaire » sur la variation du niveau d'empathie des étudiants

La pratique d'une « activité extra-scolaire », comme un sport, est possiblement reliée à un bien-être, et donc à un probable meilleur niveau d'empathie, comme en témoigne une étude retrouvant une association entre pratique physique régulière et meilleure empathie globale (133). En revanche, sa pratique ne semble pas impacter sur son évolution. Nous n'avons en

effet pas retrouvé d'influence significative de la pratique d'une « activité extra-scolaire » sur la variation du niveau d'empathie. Cependant, ce résultat est difficilement interprétable car la notion d'« activité extra-scolaire » n'était pas bien précisée, trop large, et nous ne savions pas si cette activité était déjà réalisée lors de l'évaluation initiale.

Nos résultats concordent cependant avec ceux de Natacha NGO, qui dans son travail de thèse (130) ne retrouve pas de différence de bénéfice de la formation entre les étudiants ayant une activité sportive régulière et les autres.

4-3-7- Influence du statut couple/pas couple et ces changements sur la variation du niveau d'empathie

Nous n'avons pas retrouvé d'influence significative du statut couple/pas couple sur la variation du niveau d'empathie, ni même d'un éventuel changement de statut entre T3 et T4. Cependant, nous n'avions pas pris en compte le sens de ce changement de statut.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres études relatant une influence du statut marital sur la variation du niveau d'empathie. En revanche, sa corrélation avec le niveau d'empathie à un instant T a été rapportée, avec des résultats divergents : une étude Israélienne (134) ne retrouve pas de différence significative d'empathie en fonction du statut marital, alors que l'étude de Céline Buffel Du Vaure (69) montre une association significative entre la dimension « Compassionate care » de l'empathie et le fait de vivre en couple.

4-4- Perspectives

Nos résultats sur données appariées ont montré qu'en allongeant la durée de la formation FRT sur toute l'année scolaire et en ajoutant un apprentissage par simulation avec des JDR et des ECOS, le niveau d'empathie des étudiants mesuré par l'échelle JSPE-MS ne diminuait pas à 6 mois, en comparaison avec l'étude réalisée par Marie Michel dans sa thèse soutenue en octobre 2017 (21).

Plusieurs perspectives découlent de ce constat.

- Evaluation du burnout

Nous savons tout d'abord qu'il existe un lien étroit entre empathie et burnout. Si la modification de la formation FRT a permis un maintien du niveau d'empathie des étudiants dans notre étude, qu'en est-il du niveau ou risque de burnout chez ces mêmes étudiants, aux différents temps analysés dans notre étude ?

L'évaluation MASLACH n'a pas été réalisée à T4 mais une évaluation faite à T1 et T3 pourrait déjà permettre de savoir si une telle formation est acceptable sur ce point.

- Groupe contrôle

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'avoir un groupe contrôle dans notre étude. Cela aurait permis de renforcer nos résultats en réaffirmant l'intérêt d'une telle formation en présence d'une différence significative au suivi entre les groupes.

- Minimisation des biais

Nous avons vu que notre étude présentait plusieurs biais. Des études ultérieures pourraient tenter de les minimiser :

- Une étude multicentrique, regroupant différentes facultés pourrait permettre de diminuer le biais de recrutement,
- Une évaluation par questionnaire rendue obligatoire aux 3 temps permettrait quant à elle de supprimer le biais de sélection, avec le risque d'augmenter cependant le biais de désirabilité si le remplissage des questionnaires n'est pas d'emblée anonymisé,
- Pour diminuer ce biais de désirabilité et potentialiser la mesure de l'empathie, une échelle d'hétéro-évaluation pourrait être ajoutée aux différents temps, notamment à T4, en comparant la mesure obtenue en auto-évaluation avec celle obtenue en hétéro-évaluation. Ceci nécessiterait cependant d'avoir recours à de nouveaux JDR ou ECOS à 6 mois, ce qui représenterait une organisation et des moyens supplémentaires,
- Par ailleurs, comme a déjà été évoqué dans la thèse de Sarah Safta sur les JDR (17), une homogénéisation de la formation pourrait permettre de diminuer le biais de « différence de formation reçue ». Il s'agirait surtout de régler le fait de devoir jouer le rôle du patient pour chaque étudiant.

- Evaluation plus spécifique

En outre, notre étude a évalué l'impact de l'ensemble de la formation FRT sur le niveau d'empathie des étudiants à 6 mois. Il pourrait être intéressant d'évaluer séparément l'impact des JDR ou des ECOS, ou des deux (apprentissage par simulation) sur l'évolution de l'empathie des étudiants ; l'impact des groupes type Balint ayant déjà été évalué indépendamment à 6 mois (21). Ce type d'évaluation nécessiterait d'avoir des groupes effectuant seulement une partie du module.

En effet, bien qu'on ait vu dans certains travaux l'impact direct des JDR (17) ou ECOS (18) sur le niveau d'empathie des étudiants, on ne connaît pas l'impact spécifique de ces formations dans le temps. De telles études supplémentaires pourraient permettre de comprendre comment articuler le parcours de formation du module FRT pour maximiser les effets positifs, tout en gardant à l'esprit que la réalisation des ECOS reste très difficile à mettre en place et coûteuse. Selon les résultats obtenus, davantage de JDR ou d'ECOS pourraient être ajoutés à la formation. Cet ajustement pourrait permettre d'allonger la durée du bénéfice de la formation ou encore montrer une différence significative aux différents temps dans le sens positif.

De plus, une augmentation du nombre de JDR ou ECOS ne devrait pas faire l'objet de réticence auprès des étudiants, qui étaient globalement satisfaits de ces deux techniques d'enseignement.

- Adaptation de la formation suite aux remarques des étudiants

Suite aux différentes remarques reçues à l'issue de la formation, à leur demande, le nombre de séances de JDR a ainsi déjà été augmenté pour les étudiants de l'année 2018-2019. Ces étudiants ont donc bénéficié de 5 séances de JDR (au lieu de 3) et 6 séances de groupes type Balint (au lieu de 8), qui semblaient avoir rencontré moins de succès dans notre étude. Le nombre d'ECOS et cours théoriques est en revanche maintenu. Il est à noter que ces modifications sont à moduler en fonction du risque de burnout des étudiants ! Bien que ceux-ci restent encore assez mobilisables face à la préparation de l'ECN, la formation ne doit pas être trop chronophage. Pour l'année 2019-2020, les JDR auront lieu avant les séances de groupes type Balint, ce qui pourrait permettre aux étudiants d'avoir davantage d'expériences à partager.

- Allonger la durée d'évaluation

Il pourrait également être intéressant d'évaluer le niveau d'empathie des étudiants à plus long terme pour cette même formation (1 an ? 2 ans ? 3 ans ?), permettant d'évaluer la durée de l'efficacité de l'intervention et le moment où « un rappel vaccinal » serait nécessaire.

Ces ajustements et interrogations nécessitent de multiplier les travaux de recherche en ce sens.

CONCLUSION

Elément clé de la communication médecin-patient, l'empathie influence positivement la santé des patients et le bien-être du soignant. Reconnue par les patients comme l'une des qualités principales pour un médecin, l'intérêt du développement de l'empathie n'est plus à démontrer. Toutefois, la tendance à sa diminution au cours des études médicales suscite des interrogations sur l'enseignement des étudiants. Jean Hamburger, médecin et membre de l'Académie Française, écrit : « A vouloir enseigner trop de médecine, on n'a plus le loisir de former le médecin. »

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'impact de la formation à la relation thérapeutique mise en place en 4^{ème} année de médecine à l'Université Paris Descartes sur l'empathie clinique des étudiants durant l'année 2017-2018. L'échelle d'automesure JSPE-MS a été utilisée à cette fin. Rendue obligatoire, cette formation comprenait à la fois un enseignement théorique, une analyse réflexive par groupe type Balint et une mise en pratique par simulation avec des jeux de rôle et des ECOS. Il s'agit de la première étude, à notre connaissance, évaluant l'impact sur la durée d'une formation associant ces quatre techniques d'enseignement.

Le résultat principal de notre étude effectuée sur données appariées est la mise en évidence d'un maintien global du niveau d'empathie des étudiants pendant toute la formation, qui se poursuit à distance de l'enseignement avec une durée d'effet au moins égale à 6 mois. Les données retrouvent même une tendance à l'augmentation du niveau d'empathie, sans que celle-ci ne soit toutefois significative. Nous pouvons ainsi conclure que la formation étudiée semble pallier le déclin d'empathie au cours de l'année de rencontre avec les patients, chez les étudiants dont nous disposons des données aux 3 temps d'évaluation. Notre étude retrouve également des résultats concordants sur l'évolution des 3 composantes de la JPSE-MS.

Par ailleurs, une relation entre le niveau d'étude de la mère et l'évolution de l'empathie au cours des 6 mois suivant la formation a été mise en évidence en analyse multivariée. Toutefois, il n'a pas été possible de déterminer le sens de cette relation. Les données semblent cependant montrer un meilleur impact de la formation avec le nombre d'années d'étude de la mère, jusqu'au seuil du bac + 5, au-delà duquel il diminue. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires afin de confirmer ces résultats et d'analyser plus en détails cette relation.

En revanche, d'autres variables comme le sexe ou le type de stages effectués n'ont pas été corrélées à l'évolution de l'empathie.

Une des principales limites de cette étude repose sur notre outil de mesure. L'utilisation d'un auto-questionnaire pose en effet les problèmes de biais d'évaluation et de désirabilité sociale. Toutefois, bien qu'imparfaite, l'échelle JSPE-MS est largement admise dans la littérature, nous permettant d'établir des points de comparaison.

De plus, notre étude s'est concentrée seulement sur les données des sujets ayant répondu aux 3 temps d'évaluation, ce qui a plus de valeur. Un biais de sélection est dès lors possible. En effet, les sujets s'évaluant comme plus empathiques peuvent être plus enclins à répondre à ce type d'étude.

Par ailleurs, nous n'avons pas évalué dans ce travail de thèse le risque de burnout des étudiants. Une étude est cependant en cours à ce sujet.

Au total, les résultats de ce travail encouragent à poursuivre cet enseignement dont l'impact semble se maintenir dans le temps. Ils questionnent sur le rôle du niveau d'étude de la mère, peu retrouvé jusqu'alors dans les études.

Notre travail s'insère dans l'étude EMPATHIE 5 de Paris Descartes, qu'il complète ainsi. Celle-ci vise notamment à promouvoir l'enseignement de l'empathie en médecine, travail de grande ampleur auquel nous espérons avoir apporté notre contribution.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. août 2010;11(3):151-65.
2. Werber B. Nouvelle Encyclopedie du Savoir Relatif et Absolu. Albin Michel; 2011. 672 p.
3. HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 oct p. 112. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
4. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
5. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. août 2011;86(8):996-1009.
6. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. BMC Fam Pract. 12 mai 2017;18(1):63.
7. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. Patient Educ Couns. déc 2011;85(3):390-7.
8. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. Acad Med. mars 2011;86(3):359-64.
9. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. JAMA. 11 mars 1992;267(10):1359-63.
10. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. Am J Med. oct 2005;118(10):1126-33.
11. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. J GEN INTERN MED. févr 2007;22(2):177-83.

12. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med.* 2016;21(3):354-61.
13. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract.* mars 2013;19(1):23-8.
14. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med.* sept 2009;84(9):1198-202.
15. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G, et al. The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* nov 2009;84(11):1182-91.
16. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
17. Safta S. Évaluation de l'efficacité des jeux de rôle sur l'amélioration de l'empathie des étudiants en DFSAM1 à Paris Descartes. [Paris]: Paris Descartes; 2018.
18. Legrand J. Evaluation de l'efficacité des ECOS sur l'amélioration du niveau d'empathie d'étudiants en DFASM1 de Paris Descartes, mesuré par l'échelle JSPE-MS. [Paris]: Paris Descartes; 2018.
19. *Referentiel_compétences_second_cycle.pdf* [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Referentiel_compétences_second_cycle.pdf
20. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *Journal of Psychosomatic Research.* déc 2017;103:102-7.
21. Michel M. Evaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'Empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois. [Paris]: Paris Descartes; 2018.
22. Maury A, Buffel Du Vaure C, Jaury P. Mise au point sur l'empathie clinique dans les études médicales. *Médecine.* juin 2018;264-7.
23. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers.* 2009;N° 98(3):28-31.
24. Vischer R. Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik. Julius Oscar Galler. Stuttgart; 1873.
25. Maurice E. Aux origines de l'Empathie. Ovidia. Nice; 2009. 223 p.

26. Lipps T. Das Wissen von fremden Ichen. In: Psychologische Untersuchungen. 1907.
27. Rogers C, Botteman A. Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne. [Internet]. ESF Editeur. 2016 [cité 2 oct 2019]. 160 p. (Art de la psychothérapie). Disponible sur: <https://esf-scienceshumaines.fr/psychotherapie/234-psychotherapie-et-relations-humaines.html>
28. Rogers C. Carl Rogers on the development of the person-centered approach. Person-Centered Review. 1986;1(3):257-9.
29. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology. 1957;21(2):95-103.
30. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1957.
31. Halbout R-M. Savoir être coach: Un art, une posture, une éthique. Eyrolles. 2015.
32. Jaury P. Groupes Balint [Internet]. EM-Consulte. 2003 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/18650/groupes-balint>
33. Gagné E, Reny Delisle M, Daignault P. Empathie et persuasion. Évaluation du trait de personnalité et de la réponse empathiques en contexte de publicité sociale. Communication Information médias théories pratiques [Internet]. 11 déc 2015 [cité 8 sept 2019];(vol. 33/2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communication/5797>
34. Reniers RLEP, Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Völlm BA. The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. Journal of Personality Assessment. janv 2011;93(1):84-95.
35. Völlm BA, Taylor ANW, Richardson P, Corcoran R, Stirling J, McKie S, et al. Neuronal correlates of theory of mind and empathy : A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. NeuroImage. janv 2006;29(1):90-8.
36. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? Image J Nurs Sch. 1992;24(4):273-80.
37. Bolognini S. Empathy and « empathism ». Int J Psychoanal. avr 1997;78 (Pt 2):279-93.
38. Cornette de Saint Cyr X. L'empathie, un chemin vers la bienveillance. Jouvence. 2017.
39. Blumgart HL. Caring for the Patient. N Engl J Med. 27 févr 1964;270(9):449-56.
40. Hojat M, Mangione S, Gonnella J, Nasca T, Veloski J, Kane G. Empathy in medical education and patient care. Acad Med. juill 2001;76(7):669.
41. Lucet C. Influence du stage chez le médecin généraliste sur l'empathie des externes. Paris Descartes; 2015.
42. Halpern J. What is Clinical Empathy ? J Gen Intern Med. août 2003;18(8):670–674.

43. Danziger N, Faillenot I, Peyron R. Can we share a pain we never felt? Neural correlates of empathy in patients with congenital insensitivity to pain. *Neuron*. 29 janv 2009;61(2):203-12.
44. J'ai mal pour toi [Internet]. Libération.fr. 2009 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/sciences/2009/06/02/j-ai-mal-pour-toi_561427
45. Decety J. Une anatomie de l'empathie. *PSN*. févr 2005;3(11):16-24.
46. Chapelle G. Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie. Entretien avec Jean Decety. *Sciences Humaines*. juin 2004;(150).
47. Sympathie, compassion, empathie [Internet]. Harmonie et Vitalité des Espaces. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.moninterieurfengshui.com/sympathie-compassion-empathie.html>
48. Pacherie E. L'empathie et ses degrés. :26.
49. Moreau Taverne C. L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière [Internet]. Université Lille 2; 2012. Disponible sur: <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f9e009c8-571c-438d-83be-0537bc67cabe>
50. Théorie de l'esprit. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_de_l%27esprit&oldid=161512766
51. SPSS à l'UdeS - Alpha de Cronbach [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/interdependance/alpha-de-cronbach.php>
52. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 25 juill 2007;7:24.
53. Coefficient alpha de Cronbach :: IRDP :: Institut de recherche et de documentation pédagogique [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-alpha-cronbach-2030.html>
54. Définition du concept de fidélité | Psychométrie à l'UdeS [Internet]. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <http://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/la-methode-dequivalence/page-d-exemple>
55. Poujol F. Qualité des études quantitatives. Les échelles de mesure et leur test – Survey-Magazine [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://www.soft-concept.com/surveymagazine/qualite-des-etudes-quantitatives-les-echelles-de-mesure-et-leur-test/>
56. Bitoun A. Validation du score JSPE-Medical Student en langue française dans l'évaluation de l'empathie des étudiants en médecine. [Paris]: Paris Descartes; 2017.

57. Boukhari S. Introduction des items inversés dans les échelles de mesure : Application à l'échelle du partage des connaissances. *Revue Marocaine de recherche en management et marketing*. juin 2016;(14):58-83.
58. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. janv 2013;63(606):e76-84.
59. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. juin 2011;43(6):412-7.
60. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Eval Health Prof*. sept 2004;27(3):237-51.
61. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*. déc 2012;21(12):1255-64.
62. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. juill 1995;10(7):375-9.
63. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. sept 2000;49(9):796-804.
64. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. mars 2009;74(3):339-46.
65. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. nov 2008;73(2):240-5.
66. Van Dulmen S, Van Den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions. *Patient Education and Counseling*. oct 2004;55(1):149-52.
67. Verheul W, Sanders A, Bensing J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Educ Couns*. sept 2010;80(3):300-6.
68. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*. déc 2007;69(1-3):63-75.
69. Buffel Du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. [Paris]: Paris Descartes; 2012.

70. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* juin 2002;36(6):522-7.
71. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* 27 juin 1994;154(12):1365-70.
72. 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.* 5 sept 2007;298(9):993.
73. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* juill 2012;62(600):346-7.
74. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes [Internet]. Paris Descartes; 2013. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/8095/410a72e79308e1074978dee9fa1902131a29.pdf>
75. Picard J. Étude qualitative de la représentation par les internes de médecine générale de la relation entre empathie et burnout [Internet]. Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01888460/document>
76. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* avr 1998;73(4):403-7.
77. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med.* nov 1994;69(11):861-71.
78. Maheux B, Beaudoin C, Berkson L, Côté L, Marchais JD, Jean P. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. *Medical Education.* 2000;34(8):630-4.
79. *Memoire Dr_Rousseau.pdf* [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/Memoires%2013/Memoire%20Dr_Rousseau.pdf
80. Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA.* 26 janv 1990;263(4):527-32.
81. Elnicki DM, Curry RH, Fagan M, Friedman E, Jacobson E, Loftus T, et al. Medical students' perspectives on and responses to abuse during the internal medicine clerkship. *Teach Learn Med.* 2002;14(2):92-7.
82. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ.* 30 août 2007;7:29.

83. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* juill 2005;20(7):559-64.
84. Truchot D, Roncari N, Bantégne D. [Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: an exploratory study]. *Encephale.* févr 2011;37(1):48-53.
85. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med.* mai 2006;21(5):524-30.
86. Bearman M, Palermo C, Allen L, Williams B. Learning Empathy Through Simulation : A Systematic Literature Review. *Simul Healthc.* oct 2015;10(5):308-19.
87. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ [Internet].* 14 oct 2014 [cité 4 sept 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201694/>
88. Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *Am J Surg.* juin 2002;183(6):659-62.
89. Yazdankhahfard M, Haghani F, Omid A. The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2019;8:124.
90. Branch WT, Malik TK. Using « windows of opportunities » in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA.* 7 avr 1993;269(13):1667-8.
91. Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med.* 22 sept 2008;168(17):1853-8.
92. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm.* 2009;31(4):412-50.
93. Werner A, Schneider JM. Teaching Medical Students Interactional Skills. *New England Journal of Medicine.* 30 mai 1974;290(22):1232-7.
94. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health (Abingdon).* mars 2004;17(1):73-84.
95. Charon R. Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Med.* janv 2013;42(1):3-5.
96. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. [Can narrative medicine be an answer to patient physician relationship teaching according to students' demand in medical education curricula?]. *Presse Med.* janv 2013;42(1):e1-8.

97. Chen P-J, Huang C-D, Yeh S-J. Impact of a narrative medicine programme on healthcare providers' empathy scores over time. *BMC Med Educ.* 5 juill 2017;17(1):108.
98. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med.* avr 2004;79(4):351-6.
99. Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at Heart : Preserving Empathy in Third-Year Medical Students: *Acad Med.* mars 2011;86(3):350-8.
100. Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Med Educ.* oct 2003;37(10):922-7.
101. Deloney LA, Graham CJ. DEVELOPMENTS: Wit: Using Drama to Teach First-Year Medical Students About Empathy and Compassion. *Teaching and Learning in Medicine.* 1 oct 2003;15(4):247-51.
102. Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. *Am J Pharm Educ.* 10 févr 2012;76(1):9.
103. Dow AW, Leong D, Anderson A, Wenzel RP. Using Theater to Teach Clinical Empathy: A Pilot Study. *J Gen Intern Med.* août 2007;22(8):1114-8.
104. Simulation en santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
105. HAS. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins [Internet]. 2012 janv p. 110. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
106. Thicoipe M, Lalanne C. La simulation en santé [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/uploads/2015/05/01_Thicoipe_SIMULATION_EN_SANTE_28052015.pdf
107. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Academic Medicine.* août 2013;88(8):1171–1177.
108. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* juin 2012;87(3):300-6.
109. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. « Being-in-role »: A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach.* 2011;33(12):e663-669.

110. Barman A. Critiques on the Objective Structured Clinical Examination. *Ann Acad Med Singap.* sept 2005;34(8):478-82.
111. Wünderlich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students - a randomized controlled trial. *Med Teach.* oct 2017;39(10):1096-8.
112. Papadakis MA, Croughan-Minihane M, Fromm LJ, Wilkie HA, Ernster VL. A comparison of two methods to teach smoking-cessation techniques to medical students. *Acad Med.* août 1997;72(8):725-7.
113. Taylor S, Bobba S, Roome S, Ahmadzai M, Tran D, Vickers D, et al. Simulated patient and role play methodologies for communication skills training in an undergraduate medical program: Randomized, crossover trial. *Educ Health (Abingdon).* avr 2018;31(1):10-6.
114. De Rubercy A-C. Evaluation de l'efficacité de la répétition des ECOS sur le niveau d'empathie d'étudiants en médecine en DFASM1. Paris Descartes; 2019.
115. Airagnes G, Consoli S, De Morlhon O, Galliot A, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students : a preliminary study. *J Psychosom Res.* mai 2014;76(5):426-9.
116. 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.* avr 2010;85(4):588-93.
117. Piedfer C. Étude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 lors d'un ECOS. [Internet]. Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01888732/document>
118. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J Gen Intern Med.* oct 2007;22(10):1434-8.
119. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education.* 2004;38(9):934-41.
120. Chen DCR, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students. *J Gen Intern Med.* mars 2010;25(3):200-2.
121. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 29 juill 2011;11:52.
122. DREES. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé [Internet]. 2015 juill. Report No.: 0927. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>

123. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Egalité entre les femmes et les hommes. Chiffres clés de la parité dans l'enseignement supérieur et la recherche [Internet]. 2013. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Charte_egalite_femmes_hommes/90/6/Chiffres_parite_couv_vdef_239906.pdf
124. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med.* sept 2009;84(9):1192-7.
125. Shariat SV, Eshtad E, Ansari S. Empathy and its correlates in Iranian physicians: A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Med Teach.* 2010;32(10):e417-421.
126. Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. *Med Educ.* mars 1989;23(2):168-73.
127. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Couns Health Educ.* 3d Quart 1980;2(3):125-7.
128. Madern P. La désirabilité sociale a-t-elle un effet sur la motivation au changement des personnes en cours de sentence? [Internet]. Montréal: École de criminologie Faculté des Arts et des Sciences; 2014 mai. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/55653579.pdf>
129. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of Empathy among Medical Students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract.* juin 2013;22(4):385-9.
130. Ngo N. Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels [Internet]. Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01894307/document>
131. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med.* mars 2008;83(3):244-9.
132. Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, et al. Differences in medical students' empathy. *Acad Med.* déc 2000;75(12):1215.
133. Marot M-L. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale. Paris Descartes; 2015.
134. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med.* oct 1996;43(8):1253-61.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tests d'empathie avec preuves concernant la fiabilité, la cohérence interne et la validité (52)

Test	Papers	Type of Assessment	Reliability	Internal Consistency	Validity	Notes
Medical Condition Regard Scale (MCRS)	[1]	1 st Person	Test-retest correlation over 17 days ($r=0.84$, $n=93$)	Cronbach's alpha=0.87	Factor analysis used in test development – 11-item, single factor solution found. Medical students asked to rate attitudes towards various medical conditions thought to elicit varying levels of empathy. Second validity assessment investigated changes following a psychiatry clerkship.	This test assesses attitudes towards medical conditions. This may be indicative of empathic understanding, but is not specifically an empathy test.
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	[2-9]	1 st Person	Test-retest correlation over 3-4months in physicians ($r=0.65$, $n=71$)[5] Test-retest change over 12 months in medical students (Cohen's $d=0.29$, $n=125$, $p<0.05$)[2].	Item-total score correlations from 0.30-0.60[7] Cronbach's alpha= 0.89[4] 0.81[5] 0.87[3] 0.89[3]	Association between empathy scores and assessed competence in students but no significant association with scientific knowledge[6]. Student empathy scores associated with later ratings of empathy by directors during residency[8]. Statistically significant differences in scores between specialties and, possibly, between genders[5,7]. Factor structure consistent with expectation[5]. Extensive convergent and divergent validity assessments during test development. Formal investigation of appropriate components, with piloting for face validity, and factor analysis[3]. Correlations with Davis' Interpersonal Reactivity Index ($r=0.45$ for total scales)[9].	The most heavily researched test and specifically designed from scratch for the assessment of physician empathy.
Davis' Interpersonal Reactivity Index (DIRI)	[9-16]	1 st Person	Repeated 4 times over 3 years. Statistically significant change over 3 years of residency (effect size = -0.51, $p = 0.05$)[15]	Subscales Cronbach's alphas: Perspective Taking = 0.77 Empathic Concern = 0.72 Personal Distress = 0.77	Samples at varying stages of medical education compared to normative data on empathy scores[10]. Principal components analysis used to develop a model relating empathy, tolerance for ambiguity, and clinical performance[11]. Correlation between DIRI and Trait Meta-Mood Scale ($r=0.44$)[12]. May be associated, weakly, with reported self-perceived	Validity assessments were largely incidental to theory/model development.
				[12]	medical errors[13]. Statistically significant association between well-being (high vs low) and cognitive empathy[14]. Factor analytic and regression models used to assess role of empathy (assessed using a revised DIRI) in choice of medicine as a subject[16]. Correlations between DIRI and Jefferson Scale of Physician Empathy ($r=0.45$ for total scales)[9].	
Empathy Test (ET)	[17]	1 st Person	Test-retest correlation over 12 month periods for 4 cohorts: weighted mean $r=0.37$, total $n=201$ (range: 0.22-0.65)	Cronbach's alpha between 0.18 and 0.42.	Empathy scores did not correlate well with scores on other admissions measures, including measures of cognitive ability. A factor analysis is reported as supporting this, but this is not easy to interpret.	The ET was used as part of a larger screening and selection process for medical students.
Empathy Construct Rating Scale (ECRS)	[18,19]	1 st Person	Test-retest change over 6 months (Wilcoxon $Z=-1.10$, $n=16$, $p=0.27$)[18]	Cronbach's alpha=0.84[18] (Shortened version=0.89)[19]	Scores correlated with BEES test (see below) at two points ($r=0.14$ and 0.48). Neither statistically significant, but sample size was small.	
Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)	[18]	1 st Person	Test-retest change over 6 months (Wilcoxon $Z=-2.54$, $n=16$, $p<0.01$)	Cronbach's alpha=0.81	Correlated with ECRS scores as described above.	
Consultation and Relational Empathy (CARE)	[20-23]	2 nd Person	Test-retest correlation over 3 months (Spearman's $\rho=0.572$, $p<0.0001$)[21] Variance across raters of a single doctor variable dependent upon score [22]	Cronbach's alpha=0.93[20]	Correlates with Barret-Lennard Relationship Inventory (BLRI) empathy subscale ($r=0.84$) and Reynolds' Empathy Scale (RES) ($r=0.85$). Also, face/content validity assessed by patients, GPs, and experts[20]. Scores correlate positively with measures of patient enablement, and some association with patient outcome of homeopathic treatment[21]. Correlates with patient enablement, continuity of care, and consultation length, as well as patient and doctor opinions [23]. Judged as relevant by patients and doctors and distribution of scores is practical for use [22].	CARE draws heavily on nursing research and has been used in settings where empathy is explicitly treated as therapeutic [24].
Four Habits Coding Scheme (FHCS)	[25]	3 rd Person	Inter-rater reliability = 0.72	Habit 3 (Demonstrate Empathy) Cronbach's Alpha = 0.81	Correlations with Roter's Interaction Analysis System (RIAS) and patient post-visit evaluations, as well as measures of non-verbal behaviour.	Correlations with patient evaluations are very poor.

ANNEXE 2 : Jefferson Scale of Physician Empathy et Jefferson Scale of Physician Empathy – Medical Student (JSPE-MS)

Évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'elle le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être : (entourez votre réponse)

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

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

Version JSPE	Version JSPE-MS	
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	1. La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments	2. Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	3. Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
4. Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	4. Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques	5. Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente	6. Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	7. L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
8. Être attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	8. L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
9. Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	9. Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	10. Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	11. Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	12. Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	13. Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	14. Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	16. La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	17. Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	18. Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	19. La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

ANNEXE 3 : Scénarios / consignes des jeux de rôle

Annonce Mauvaise Nouvelle 1

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

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

- **Motifs de consultation :**

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

- **Éléments importants du dossier patient :**

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

Résultats de M/Mme Medhi-Mady DE SUCRER les 14/12/2017 14/08/2017 : Glycémie à jeun 1,88 g/L puis 1,75 g/L, HbA1c 8,1%

- **Tâches à effectuer :**

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

Fiche Patient

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

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

Il y a 3 mois, votre médecin Dr DIETE vous a prescrit à titre systématique une prise de sang.

Le taux de sucre n'étant pas bon, il vous a demandé une seconde prise de sang.

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

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

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique.

- **Exemples de répliques :**

Si le médecin tarde à en venir aux faits : « Vous me cachez quelque chose, dites-moi la vérité, je veux savoir. »

Si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle : « Je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à ma(mon) femme(mari). »

Si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement : « Ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur, j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça. » et silence.

Désespoir : « Ma vie est foutue. »

Doute : « Vous êtes sur(e) qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »

Révolte : « Pourquoi moi, ce n'est pas juste. »

Peur : « Je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter. »

Agressivité : « Vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade », « Vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive. »

Isolation : Le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter et de poser des questions concrètes, froides

Annonce Mauvaise Nouvelle 2

Fiche Médecin

- Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr MEMO, interne à la consultation mémoire de l'hôpital Charles Foy à Ivry. Votre PH le Dr RAPPEL tuteur, vient de recevoir les résultats de M(Mme) Eden OUETU (70 ans) réalisés en consultation mémoire. Ceux-ci confirment le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Il a demandé au patient de venir en consultation à ce propos, accompagné de son(sa) conjointe. Le Dr RAPPEL vous confie la tâche d'annonce de la maladie à Eden OUETU que vous recevez en consultation avec son(sa) mari(femme).

- Eléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels : HTA depuis 2007, diabète type 2, cancer de la prostate(sein) traité en 2012.

Antécédents familiaux : mère avec démence sans diagnostic étiologique, père décédé d'un infarctus du myocarde.

Mode vie : marié(e) depuis 40 ans. Vit avec son mari(sa femme) au 6ème étage sans ascenseur à Ivry sur Seine. Instituteur(trice) retraité(e). 3 enfants - 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans. Liens cordiaux avec le voisinage. Joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ; pas d'aide a domicile

MMS = 20

TDM cérébrale = normale

- Tâches à effectuer:

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

Fiche Patient

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

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

Vous avez réalisé des examens complémentaires en consultation mémoire avec le Dr RAPPEL. Celui-ci vous a demandé de revenir pour parler des résultats, avec son interne, Dr MEMO. **Vous venez accompagné(e) de votre mari(femme).** Vous et votre mari(femme) êtes

quelque peu inquiets des résultats et souhaitez connaître le diagnostic. C'est surtout votre mari(femme) qui prend la parole lors de cette consultation.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédents personnels : HTA depuis 2007, diabète type 2, cancer de la prostate(sein) traité en 2012

Antécédents familiaux : mère avec démence sans diagnostic étiologique, père décédé d'un infarctus du myocarde.

Mode vie : marié(e) depuis 40 ans. Vit avec son mari(sa femme) au 6ème étage sans ascenseur à Ivry sur Seine. Instituteur(trice) retraité(e). 3 enfants - 5 petits enfants de 2, 4, 5, 9 et 12 ans
Liens cordiaux avec le voisinage. Joue au bridge ; lit beaucoup ; promenades quotidiennes ; pas d'aide a domicile

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

- **Exemples de répliques :**

Si le médecin tarde à en venir aux faits : « Vous me cachez quelque chose, dites-moi la vérité, je veux savoir. »

Si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle : « Je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à ma(mon) femme(mari). »

Si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement : « Ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur, j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça » et silence.

Désespoir : « Ma vie est foutue, je vais me suicider. »

Doute : « Vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »

Révolte : « Pourquoi moi, ce n'est pas juste. »

Peur : « Je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter. »

Agressivité : « Vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade. », « Vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive. »

Isolation : Le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter, de poser des questions concrètes, froides.

Inquiétude de l'accompagnant : « Est-ce que je risque moi aussi d'être atteint un jour ? »

Annonce Mauvaise Nouvelle 3

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

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

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

- **Motifs de consultation :**

Annonce de cancer.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédents : HTA essentielle non compliquée, tabagisme sevré il y a 10 ans

Mode de vie : divorcé(e), 2 enfants, vit seul(e), informaticien(ne).

Confirmation histologique d'une lésion cancéreuse

Bilan d'extension négatif

- Tâches à effectuer :

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

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

Fiche Patient

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

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

Vous êtes divorcé(e), 2 enfants et vivez seul(e). Vous êtes informaticien(ne).

Vos antécédents comportent : HTA essentielle non compliquée, tabagisme sevré il y a 10 ans. C'est l'interne, Dr ONCO, qui vous reçoit. Vous arrivez très inquiet à cette consultation.

- Consignes générales :

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique.

- Exemples de répliques :

Si le médecin tarde à en venir aux faits : « Vous me cachez quelque chose, dites-moi la vérité, je veux savoir. »

Si le médecin se prépare manifestement à annoncer la mauvaise nouvelle : « Je préfère ne pas savoir docteur, parlez-en à mes enfants. »

Si le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle sèchement : « Ce n'est pas possible, vous me tuez là docteur, j'aurais préféré que vous ne me disiez pas cela comme ça. » et silence.

Désespoir : « Ma vie est foutue, je vais me suicider. »

Doute : « Vous êtes sûre qu'il n'y a pas d'erreur possible ? »

Révolte : « Pourquoi moi, ce n'est pas juste. »

Peur : « Je ne saurais pas faire face, je suis trop fragile, la maladie va m'emporter. »

Agressivité : « Vous vous en foutez vous, vous qui n'êtes pas malade. », « Vous pouvez toujours me donner de bons conseils, ce n'est pas à vous que cela arrive. »

Isolation : Le patient ne bronche pas, ne manifeste aucune réaction émotionnelle, se contente d'écouter, de poser des questions concrètes, froides.

Inquiétude spécifiques pour le patient : « Combien de temps me reste-t-il à vivre ? », « Que dois-je dire à mon entourage ? »

Patient Réticent 1

Fiche Médecin

- Contexte d'entretien :

Vous êtes Dr SEREIN, interne dans le service de cardiologie du Dr TABACEMAL de l'HEGP. Un(e) patient(e), Mr(Mme) Tetrau(e) SPEED, 43 ans, adressé(e) par son médecin traitant. Ce(tte) patient(e) est un(e) gros(se) fumeur(euse), commercial(e), stressé(e), et consulte

pour des précordialgies peu typiques. Le Dr TABACEMAL vous demande de mener la consultation pour aborder avec le patient le problème du tabac.

- **Motifs de consultation :**

Précordialgies peu typiques

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédents personnels : dyslipidémie dépistée en 2016, tabagisme actif évalué à 20 PA (soit 1 paquet minimum par jour depuis 20 ans)

Antécédents familiaux : père décédé d'un infarctus du myocarde à 55 ans, mère souffrant d'un trouble anxieux généralisé.

Mode vie : Divorcé(e). 3 enfants (garde alternée). Compagnes/compagnons occasionnel(les). Pas de loisir en dehors de son travail.

Traitement : aucun

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

- **Tâches à effectuer:**

Vous avez 15 minutes pour aborder le problème du tabac.

Fiche Patient

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

Vous êtes commercial(e) ; fumeur(euse) et stressé(e) par votre boulot. Des douleurs de poitrine sont survenues récemment au cours d'un effort. Votre médecin traitant vous adresse à la consultation cardiologie de l'HEGP, que vous consultez donc pour précordialgies peu typiques. Vous êtes reçu par le Dr SEREIN, interne du Dr TABACEMAL. Celui-ci, après un examen clinique et paraclinique, vous a rassuré(e) quant à une maladie cardio vasculaire. Il vous a annoncé que ces douleurs étaient probablement liées au stress. Il souhaite maintenant aborder le problème du tabac avec vous, ce qui vous énerve car vous ne souhaitez pas arrêter de fumer.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédents personnels : dyslipidémie dépistée en 2016, tabagisme actif évalué à 20 PA (soit 1 paquet par jour minimum depuis 20 ans)

Antécédents familiaux : père décédé d'un infarctus du myocarde à 55 ans, mère souffrant d'un trouble anxieux généralisé

Mode vie : Divorcé(e). 3 enfants (garde alternée). Compagnes/compagnons occasionnel(les). Pas de loisir en dehors de son travail

Traitement : aucun

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique.

- **Exemples de répliques :**

« Pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »

« Autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »

« Mais docteur, ce que vous dites, on en est vraiment sûr ? Est-ce que dans 10 ans on ne pensera pas le contraire ? Il y a des modes en médecine d'ailleurs... »

« Mais alors on ne peut plus rien faire ? La vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »

« Parfois le médecin se trompe. Regardez l'histoire du Distilbene. »

« Oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »

« Dans ces moments on ne pense pas au risque. »

« C'est dur de faire attention à tout, tout le temps. »

« Vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant. »

« Tout ça je le sais docteur. »

« J'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »

« Arrêtez de m'emmerder avec ça ! »

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

Patient Réticent 2

Fiche Médecin

- Contexte d'entretien :

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

- Motifs de consultation :

Renouvellement d'ordonnance pour lombalgie chronique

- Eléments importants du dossier patient :

Antécédents personnels : obésité avec un IMC à 31

Antécédents familiaux : 2 parents ayant une obésité sévère, frère aîné diabétique de type 2

Allergie : terrain atopique

Mode vie : Marié(e), 2 enfants. Déménageur(se) ; mis(e) en arrêt de travail puis maladie professionnelle. Pas d'activité physique.

Traitement : antalgiques

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

- Tâches à effectuer :

Vous avez 15 minutes pour aborder avec le(la) patient(e) le problème de poids.

Fiche Patient

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

- Eléments importants de votre dossier :

Antécédents personnels : obésité avec un IMC à 31

Antécédents familiaux : 2 parents ayant une obésité sévère. Frère aîné diabétique de type 2

Allergie : terrain atopique

Mode vie : marié(e), 2 enfants. Déménageur(se). Mis(e) en arrêt de travail puis maladie professionnelle. Pas d'activité physique.

Traitement : antalgiques

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

- Consignes générales :

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

- **Exemples de répliques :**

« Pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »

« Autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »

« Mais docteur, ce que vous dites, on en est vraiment sûr ? Est-ce que dans 10 ans on ne pensera pas le contraire ? Il y a des modes en médecine d'ailleurs... »

« Mais alors, on ne peut plus rien faire ? La vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »

« Parfois, le médecin se trompe. Regardez l'histoire du Distilbene. »

« Oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »

« Dans ces moments, on ne pense pas au risque. »

« C'est dur de faire attention à tout, tout le temps. »

« Vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant. »

« Tout ça je le sais docteur. »

« J'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »

Question spécifique : « Docteur, il y a quand même un racisme anti-gros dans la société. »

Patient Réticent 3

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

Vous êtes le Dr GENTIL, interne au cabinet du Dr CEPABIEN, médecin généraliste. Il accueille Yaël FEPAGAFF, 27 ans, qui le sollicite pour une contraception d'urgence.

Cette demande non exceptionnelle laisse présager des rapports réguliers non protégés fréquents. Avant la consultation, le Dr CEPABIEN vous demande d'aborder le risque de rapports non protégés avec cette patiente.

- **Motifs de consultation :**

Demande de prescription de contraception d'urgence.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédent personnel : salpingite traitée, une fausse couche spontanée.

Antécédents familiaux : grand-père maternel décédé d'un cancer du côlon, père diabétique de type 2.

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de compagnon stable. Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable. Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

L'examen clinique est normal.

- **Tâches à effectuer :**

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

Fiche Patient

Vous êtes Yaël FEPAGAFF, 27 ans.

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

- **Éléments importants de votre dossier :**

Antécédents personnels : salpingite traitée, une fausse couche spontanée.

Antécédents familiaux : grand-père maternel décédé d'un cancer côlon, père diabétique de type 2.

Mode vie : Etudiante en littérature (doctorat). Pas de compagnon stable. Pas d'enfant. Entourage amical, mais pas stable. Consommation régulière de cannabis et abus d'alcool festif.

Traitement : aucun

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

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

- **Exemples de répliques :**

« Pour le moment, tout va bien. A chaque jour suffit sa peine. »

« Autrefois, on ne se prenait pas la tête comme ça... »

« Mais alors on ne peut plus rien faire ? La vie c'est tout de même prendre du plaisir ? »

« Oh, vous savez, le mieux est l'ennemi du bien... »

« Dans ces moments, on ne pense pas au risque. »

« C'est dur de faire attention à tout, tout le temps. »

« Vous me faites la leçon comme si j'étais un petit enfant. »

« Tout ça je le sais docteur. »

« J'ai essayé de faire des efforts mais je n'y arrive pas... »

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

Demande abusive 1

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

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

- **Motifs de consultation :**

Demande de scanner pour lumbago banal.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Atcd pers : appendicite

Atcd fam : mère : Ras, père : HTA et AVC

Allergie : aucune

Mode vie : Marié. 1 fille de 6 ans. Commercial

Ttt : aucun

Le scanner est inutile à ce stade selon les recommandations actuelles.

- **Tâches à effectuer :**

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

Fiche Patient

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

- **Situation de départ**

Vous souhaitez faire un scanner car vous avez très mal au dos depuis 4 jours.

Votre voisin vous a dit qu'il fallait absolument passer un scanner « au cas où ce serait une hernie discale ».

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique

- **Exemples de répliques :**

« Vous vous en fichez, ce n'est pas vous qui avez mal au dos. »

« Bon, docteur vous me le prescrivez ce scanner ? »

« Mon voisin, son docteur lui a prescrit. »

« Je ne vois pas en quoi ça vous dérange c'est pas vous qui payez. »

« Mais j'ai mal ! »

« La prochaine fois, j'irai voir le médecin de mon voisin. »

« Vous voulez dire que j'abuse, c'est ça ? »

« Moi je paye mes impôts et cotisations, c'est pas comme d'autres... »

« J'y ai droit. »

Demande abusive 2

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

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

- **Motifs de consultation :**

Demande de drainage lymphatique à visée esthétique.

- **Éléments importants du dossier patient :**

Antécédents personnels : appendicite, G2P1 (1 fausse couche spontanée en 2014)

Antécédents familiaux : mère : obésité, père : alcoolisme.

Mode vie : Divorcée. Vit avec son nouveau compagnon. 1 fille de 3 ans. Vendeuse dans le textile de luxe.

Traitement : Diane 35 pour contraception.

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

- **Tâches à effectuer :**

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

Fiche Patient

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

- **Contexte d'entretien :**

Vous êtes Jessie JOLY, 36 ans.

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

- **Eléments importants de votre dossier :**

Antécédents personnels : appendicite, G2P1 (1 FCS en 2014).

Antécédents familiaux : mère : obésité, père : alcoolisme.

Mode vie : Divorcée. Vit avec son nouveau compagnon. 1 fille de 3 ans. Vendeuse dans le textile de luxe.

Traitement : Diane 35 : 1 cp par jour

- **Consignes générales :**

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique.

- **Exemples de répliques :**

« Vous vous en fichez, ce n'est pas vous qui avez le problème. »

« Je ne vois pas en quoi ça vous dérange. »

« La prochaine fois, je saurai à qui m'adresser. »

« Je suis déçue, je vous croyais plus compréhensif. »

« Vous autres, les médecins, vous ne voyez que votre intérêt. »

« Si vous croyez que ça m'amuse de vous demander ça... »

« Vous voulez dire que j'abuse c'est ça ? »

« Moi qui avait confiance en vous... »

« Moi je paye mes impôts et cotisations, c'est pas comme d'autres... »

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

Demande abusive 3

Fiche Médecin

- **Contexte d'entretien :**

Vous êtes le Dr MARTIN, interne au cabinet du Dr CORTES et vous faites les consultations.

Vous accueillez un patient Mr Arthur Durang de 23 ans, dont le médecin traitant (votre maître de stage) est absent, et qui veut un arrêt de travail de 15 j pour préparer un concours de la fonction publique.

- **Motif de consultation :**

Demande d'AT pour motif personnel.

- **Eléments du dossier patient :**

Atcd pers : 0

Atcd fam : mère : 0, père : dcd K

Allergie : 0

Mode vie : Célibataire. Vit chez sa mère. Travaille chez McDo.

Ttt : 0

Examens paracliniques : 0

- **Tâches à effectuer :**

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

Fiche Patient

- Contexte d'entretien :

Vous souhaitez un arrêt de travail de 15 j pour préparer un concours dans la fonction publique. Vous avez accepté de voir l'interne de votre médecin de famille qui vous connaît depuis que vous êtes petit.

- Consignes générales :

Ne pas chercher à coincer ou mettre en échec votre confrère jouant le médecin, mais simplement à lui poser, pendant quelques minutes, les difficultés qui vous semblent intéressantes à affronter, de votre expérience ou à partir des différentes répliques ci-dessous.

N'utiliser qu'une réplique à la fois, et laisser ensuite au médecin le temps de répondre.

Si la réponse vous satisfait, passez à une autre réplique.

- Exemples de répliques :

« Vous vous en fichez, vous avez déjà passé vos concours. »

« Bon, docteur, vous me le prescrivez cet arrêt ? »

« Allez, soyez sympa. »

« Allez, soit sympa. » (le médecin a le même âge)

« Mon copain, son docteur lui a prescrit. »

« Je ne vois pas en quoi ça vous dérange c'est pas vous qui payez. »

« Vous pouvez comprendre, vous aussi vous passez des concours. »

« La prochaine fois, j'irai voir mon « vrai » médecin. »

« Vous voulez dire que j'abuse, c'est ça ? »

« Vous n'aimez pas les fonctionnaires. »

« La prochaine fois, je dirai que je suis harcelé au travail et en burnout. »

ANNEXE 4 : Scénarios / consignes des ECOS

Scénario ATB ECOS Femme

Directives destinées au patient simulé

- Informations initiales concernant le patient

Vous êtes Marie TEYTOIS, 22 ans, étudiante, BTS tourisme.

- Consignes pour le début de l'entretien

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

- Histoire de la maladie actuelle

Vous vous appelez Marie TEYTOIS et depuis deux jours, vous avez :

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

Vous mettez déjà du sérum physiologique dans les narines et vous avez pris du Doliprane sans résultat.

- Autres données médicales

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

Vous n'êtes ni allergique ni intolérant aux médicaments.

Antécédents familiaux : aucun.

Allergies : eczéma dans la petite enfance.

Habitudes : pas de tabac, alcool occasionnel en soirée.

- Attitude pendant l'entretien

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

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

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

Directives destinées au candidat (le médecin)

Vous êtes médecin généraliste.

Vous recevez aujourd'hui, en « urgence » Mlle Marie TEYTOIS, 22 ans, étudiante, BTS tourisme. Vous l'avez déjà vue quelques fois pour des certificats médicaux. Elle n'a pas d'ATCD particulier.

Vous dites ce que vous faites comme examen clinique sans le faire réellement. Cet examen est normal. Votre patiente présente une rhinopharyngite banale et veut absolument des antibiotiques. Vous savez qu'ils ne sont pas nécessaires dans sa situation et que leur prescription risque de favoriser des résistances. Vous décidez de ne pas lui en prescrire.

Scénario ATB ECOS Homme

Directives destinées au patient simulé

- Informations initiales concernant le patient

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

- Consignes pour le début de l'entretien

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

- Histoire de la maladie actuelle

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

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

Vous mettez déjà du sérum physiologique dans les narines et vous avez pris du Doliprane sans résultat.

- Autres données médicales

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

Vous n'êtes ni allergique ni intolérant aux médicaments.

Antécédents familiaux : aucun.

Allergies : eczéma dans la petite enfance.

Habitudes : pas de tabac, alcool occasionnel en soirée.

- Attitude pendant l'entretien

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

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

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

Directives destinées au candidat (le médecin)

Vous êtes médecin généraliste.

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

Vous l'avez déjà vu quelques fois pour des certificats médicaux. Il n'a pas d'ATCD particulier. Vous dites ce que vous faites comme examen clinique sans le faire réellement. Cet examen est normal. Votre patient présente une rhinopharyngite banale et veut absolument des antibiotiques. Vous savez qu'ils ne sont pas nécessaires dans sa situation et que leur prescription risque de favoriser des résistances.

Vous décidez de ne pas lui en prescrire.

Vous avez 10 minutes.

Scénario ECOS VIH Femme

Directives pour le patient simulé

- Informations initiales concernant le patient

Votre nom est Katy BOZIEUX. Vous avez 38 ans, vous êtes mariée depuis 13 ans. Vous avez 3 enfants de 14, 12 et 8 ans. Vous êtes commerciale à France Telecom. Vous venez chaque année depuis 3 ans faire un certificat de non contre-indication à la pratique du badminton. Par ailleurs vous n'avez aucun antécédent personnel ni familial notable.

- Consignes pour le début de l'entretien

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

Vous venez chercher les résultats de votre prise de sang.

- Histoire du problème actuel :

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

Ce collègue est divorcé depuis 4 ans.

Vous ne connaissez pas son statut sérologique pour le VIH.

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

Malgré votre demande, il n'a pas mis de préservatifs.

Si le médecin vous interroge sur votre mari, vous vous entendez bien, vous l'aimez même si votre couple bât un peu de l'aile en ce moment. Vous êtes sûr qu'il est fidèle. Depuis l'événement, vous avez eu avec lui des rapports sexuels non protégés comme d'habitude. S'il vous demande si vous aviez déjà eu des « aventures », vous dites que ça ne vous était jamais arrivé. Et vous vous demandez comment c'est possible que vous vous soyez laissée aller. Vous ne vous êtes jamais injecté de drogue, ni piqué avec une seringue.

- Après l'annonce

Vous gardez un moment de silence.

Cette mauvaise nouvelle est un choc, vous vous demandez ce qui vous attend :

- s'il y a des traitements (sans demander plus de détails)
- ce que vous allez devenir
- si vous allez pouvoir continuer à travailler
- si vos enfants risquent de l'attraper
- s'il y a un risque pour votre mari

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

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

Directives pour le médecin

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

Madame Katy BOZIEUX, 38 ans, mariée, mère de 3 enfants de 14, 12 et 8 ans, commerciale à France Telecom, vient chaque année depuis 3 ans faire un certificat de non contre-indication à la pratique du badminton. Aucun antécédent personnel ni familial.

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

Pas d'autre prise de risque par ailleurs. Il ne connaissait pas sa sérologie VIH. Ils avaient arrêté de se voir et ne se parlaient plus.

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

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

Vous devrez lui annoncer les résultats.

Vous n'aurez pas d'examen clinique à faire.

Vous avez 10 minutes.

Scénario VIH ECOS Homme

Directives pour le patient simulé

- Informations initiales concernant le patient

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

- Consignes pour le début de l'entretien

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

Vous venez chercher les résultats de votre prise de sang.

- Histoire du problème actuel

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

Cette collègue est divorcée depuis 4 ans.

Vous ne connaissez pas son statut sérologique pour le VIH.

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

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

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

- **Après l'annonce**

Vous gardez un moment de silence

Cette mauvaise nouvelle est un choc, vous vous demandez ce qui vous attend :

- s'il y a des traitements (sans demander plus de détails)
- ce que vous allez devenir
- si vous allez pouvoir continuer à travailler
- si vos enfants risquent de l'attraper
- s'il y a un risque pour votre femme.

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

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

Directives pour le médecin

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

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

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

Pas d'autre prise de risque par ailleurs. Il ne connaissait pas sa sérologie VIH. Ils avaient arrêté de se voir et ne se parlaient plus.

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

Vous devrez lui annoncer les résultats.

Vous n'aurez pas d'examen clinique à faire.

Vous avez 10 minutes.

ANNEXE 5 : Email d'invitation à réaliser le questionnaire à T4

Bonjour,

Comme indiqué par le Pr Jaury à la fin du module de FRT en juin dernier, une évaluation de votre empathie 6 mois après doit avoir lieu et nous-y voici enfin !

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes.

Toutes les données sont anonymisées et font l'objet d'un travail de thèse.

Pour répondre à ce questionnaire, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous :

[{SURVEYURL}](#)

Cordialement,

Chloé Retornaz

ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé à T4 aux étudiants

Données générales :

- Avez-vous participé depuis ce début de DFASM2 ou participez-vous en ce moment au module de Médecine narrative ? (QCU)
 - Oui/Non
- Quelle est la profession de votre père ?
 - Texte libre
- Quelles est la profession de votre mère ?
 - Texte libre
- Quel est le niveau d'étude de votre père ? (QCU)
 - < Bac + 2/Bac + 2/Bac + 3/Bac + 5/> Bac + 5
- Quel est le niveau d'étude de votre mère ? (QCU)
 - < Bac + 2/Bac + 2/Bac + 3/Bac + 5/> Bac + 5
- Quels stages avez-vous effectué depuis la fin du mois de juin ? (QCM)
 - Allergologie / Anatomie et cytologie pathologique / Anesthésie-réanimation/ Biologie médicale / Chirurgie maxillo-faciale / Chirurgie orale / Chirurgie orthopédique et traumatologique / Chirurgie pédiatrique / Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique / Chirurgie thoracique et cardiovasculaire / Chirurgie vasculaire/ Chirurgie viscérale et digestive / Dermatologie et vénéréologie / Endocrinologie - diabétologie – nutrition / Génétique médicale/ Gériatrie / Gynécologie médicale / Gynécologie-obstétrique / Hématologie / Hépato-Gastro-Entérologie / Maladies infectieuses et tropicales / Médecine cardiovasculaire / Médecine d'urgence / Médecine et santé au travail / Médecine générale / Médecine intensive – réanimation / Médecine interne et immunologie clinique / Médecine légale et expertises médicales / Médecine nucléaire / Médecine physique et de réadaptation / Médecine vasculaire / Néphrologie / Neurochirurgie / Neurologie/ Oncologie / Ophtalmologie / ORL et chirurgie cervico-faciale / Pédiatrie/ Pneumologie / Psychiatrie / Radiologie et imagerie médicale / Rhumatologie / Santé publique / Urologie
- Parmi toutes les spécialités, laquelle (si vous deviez en choisir une) souhaitez-vous exercer ? (QCU avec les propositions de spécialités susvisées)
- Etes-vous en couple ? (QCU)
 - Oui/Non

- Votre statut couple/pas couple a-t-il changé depuis la fin de la formation FRT ? (QCU)
 - Oui/Non
- Pratiquez-vous une activité « extra-scolaire » régulière (sport, musique...) ? (QCU)
 - Oui/Non
- Vivez-vous seul(e) ? (QCU)
 - Oui/Non
- Avez-vous vécu dans votre enfance avec des frères et sœurs (ou demi-frères/demi-sœurs) ? (QCU)
 - Oui/Non

JSPE-MS : Cf annexe 2

Satisfaction :

- Quelle a été votre appréciation de l'ensemble du module FRT (sur une note allant de 0 à 5) ? (QCU)
- Quelle a été votre appréciation des jeux de rôle (sur une note allant de 0 à 5) ? (QCU)
 - 0-1-2-3-4-5
- Quelle a été votre appréciation des ECOS (sur une note allant de 0 à 5) ? (QCU)
 - 0-1-2-3-4-5
- Quelle a été votre appréciation des groupes Balint (sur une note allant de 0 à 5) ? (QCU)
 - 0-1-2-3-4-5
- Quelle a été votre appréciation des cours théoriques sur l'empathie (sur une note allant de 0 à 5) ? (QCU)
 - 0-1-2-3-4-5
- Avez-vous des remarques à faire ?

ANNEXE 7 : Classification spécialités orientées-patient/non orientées-patient

Spécialités orientées-patient	Spécialités non orientées-patient
Allergologie	Biologie médicale
Anesthésie-Réanimation	Chirurgie Maxillo-Faciale
Dermatologie et vénérologie	Anatomie et cytologie pathologique
Endocrinologie - diabétologie – nutrition	Chirurgie Orale
Génétique médicale	Chirurgie Orthopédique et traumatologique
Gériatrie	Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie médicale	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Hématologie	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hépatogastro-entérologie	Chirurgie Vasculaire
Maladies Infectieuses et Tropicales	Chirurgie Viscérale et Digestive
Médecine Cardiovasculaire	Gynécologie-obstétrique
Médecine Générale	Médecine Nucléaire
Médecine Interne et Immunologie clinique	Neurochirurgie
Médecine légale et expertises médicales	Ophtalmologie
Médecine physique et de réadaptation	ORL et chirurgie cervico-faciale
Médecine et Santé au Travail	Radiologie et Imagerie Médicale
Médecine Vasculaire	Santé publique
Médecine d'urgence	Urologie
Néphrologie	
Neurologie	
Médecine d'urgence	
Oncologie	
Pédiatrie	
Pneumologie	
Psychiatrie	
Rhumatologie	

A noter que les spécialités considérées comme mixtes (médico-chirurgicales) ont été classées comme des spécialités « non orientées-patient », à la différence de l'étude de Chen (118).

Evaluation à 6 mois de l'impact d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des externes.

CONTEXTE : L'empathie est un élément clé de la communication médecin-patient qui influence positivement la santé des patients. Le déclin de l'empathie au début de la phase pratique de la formation a été décrit comme une préoccupation. Des interventions spécifiques visant à accroître l'empathie des étudiants en médecine sont mises au point pour remédier à ce déclin.

OBJECTIF : Cette étude longitudinale a pour but d'évaluer l'évolution de l'empathie d'étudiants français en 4^{ème} année de médecine après une formation diversifiée comprenant des cours théoriques, des groupes Balint, des jeux de rôle et des ECOS.

METHODES : Les niveaux d'empathie ont été mesurés à l'aide de la version française de la Jefferson Scale of Physician Empathy – Medical Student (JSPE-MS) au début et à la fin de l'enseignement, puis 6 mois plus tard. L'étude a été effectuée sur les données appariées de 110 étudiants en médecine. Le critère de jugement principal était la différence de moyennes obtenues à la JSPE-MS entre les trois temps d'évaluation. Les analyses ont été faites par des tests de Student.

RÉSULTATS : Les résultats sur la cohorte appariée indiquent qu'avec cet enseignement, l'empathie des étudiants en médecine n'a pas changé de manière significative pendant la 4^{ème} année et les six mois qui ont suivi.

CONCLUSION : Notre étude a montré qu'une formation combinant différentes techniques d'enseignement semble stabiliser l'empathie des étudiants en médecine tout au long de cette formation et les six mois suivants, à la place d'une diminution spontanée attendue.

Mots-clés : empathie, étudiants en médecine, relation médecin-patient, évolution de la JSPE-MS, Balint, jeux de rôle, ECOS, simulation

Evaluation at 6 months of the impact of a therapeutic relationship training on the empathy of medical students.

BACKGROUND : Empathy is a key element of patient-physician communication which positively influences patients' health. The decline in empathy at the beginning of the practical phase of the training has been described as a concern. Specific interventions targeted at increasing medical student's empathy are developed to remedy this decline.

PURPOSE : This longitudinal study is designed to evaluate the evolution of 4th year French medical students' empathy after a diversified training, including theoretical class, Balint groups, role plays and OSCE.

METHODS : Empathy levels were measured using the French medical student version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-MS) at the start and the end of the teaching and then 6 months after. The study was conducted on matched data from 110 medical students. The primary endpoint was the mean difference obtained at JSPE-MS between the three assessment times. The analyzes were done by Student tests.

RESULTS : Results on the matched cohort indicated that with this teaching, medical students' empathy did not change significantly during the 4th year and the six months that followed.

CONCLUSION : Our study showed that training combining different teaching techniques seems to stabilize the empathy of medical students throughout this training and the following 6 months instead of an expected spontaneous decrease.

Key words : Empathy, Medical students, Practitioner-patient relationship, Evolution of the JSPE-MS, Balint, Role plays, OSCE, Simulation

**Université Paris Descartes - Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06**