

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PERRAULT Florence, Catherine, Lucie, Monique
Née à Champigny le 09/10/1985

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2016

**Etude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une
Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie
clinique des étudiants en 4^{ème} année de Médecine**

Président de thèse : Madame le Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Madame le Docteur BUNGE Lucie

Monsieur le Professeur GALAM Eric

Monsieur le Professeur BUDOWSKI Max

DES de Médecine Générale

« Les maux du corps sont les maux de l'âme,
ainsi on ne doit pas chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme. »
Platon

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les membres du jury :

Merci au Pr Aubin-Auger d'avoir bien voulu accepter de présider mon jury de thèse, merci de votre gentillesse et de votre disponibilité.

Merci à ma Directrice de Thèse Dr Lucie Bunge qui a su m'épauler dans cette entreprise périlleuse qu'est la réalisation d'un essai clinique, merci pour tes conseils avisés.

Merci au Pr Eric Galam d'avoir bien voulu faire partie de ce jury de thèse, merci de votre ouverture d'esprit et de m'avoir fait découvrir les groupes Balint.

Merci au Pr Max Budowski d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie toute l'équipe EMPATHIE 4.

Merci au Dr Céline Buffel Du Vaure d'avoir pris le temps de m'aider pour l'interprétation des résultats et pour tous ces échanges par mail. Merci d'avoir été si disponible pour moi.

Merci au Pr Philippe Jaury pour ces réunions de mise au point.

Merci à tous mes co-thésards pour ces heures de recueil de données, de réunion tardives.

Je remercie bien évidemment ma famille, mon socle, mon pilier ; un soutien inconditionnel qui m'est vital et qui m'a construit.

Merci Papa et merci Maman d'avoir fait ce que je suis. Merci pour ces valeurs qui me sont si chères et qui me portent au quotidien, qui me font accomplir mon métier et bien plus encore.

Merci à mes sœurs Anne et Laure, fidèles confidentes, pour leurs connivences et leurs différences.

Merci à mes neveux et nièces : Arthur, Louise, Zélie et Yvick ; merci de toute cette vie qui déborde et que vous nous donnez à partager ensemble.

Merci à mes grands-parents qui seront toujours avec moi.

Merci à mes amis qui sont devenus médecins à mes côtés au fil des années universitaires et avec qui j'ai partagé tellement plus qu'un amphi : Linda, Marie, Nathalie, Janni, Jérémie, Nadège et tous les autres !

Merci à Camille, Marine et Sandra.

Merci à Magali et Laurianne.

Merci à mes cointernes avec qui j'ai partagé beaucoup plus qu'un métier ;

Cécile, Koré, mes cointernes de Tenon : Yohann, Anne, Vincent, Arnaud, Thomas.

Merci pour votre soutien, votre bienveillance, ces heures passées à l'hôpital.

Merci à toutes ces équipes médicales et tous ces médecins que j'ai croisés durant ma formation d'interne et qui m'ont aidée à devenir ce que je suis :

Merci au service de Pneumologie à Evry, au Dr Ménager et au Dr Salmon.

Merci au service des urgences de l'hôpital Fontainebleau.

Merci au service de pédiatrie de Fontainebleau.

Merci à mes praticiens de Soissons : Dr Dupont et Dr Lenormand.

Merci à toute l'équipe d'oncologie médicale de Tenon, au Dr Sandrine Richard.

Enfin, merci à toi Fabien. La route est belle en ta compagnie.

LISTE DES ABBREVIATIONS

Par ordre d'apparition dans le texte :

JSPE-St : *Jefferson Scale Physician Empathy Student*

IRI : *Interpersonal Reactivity Index*

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

GI : Groupe Interventionnel

GC : Groupe Contrôle

IRI pt : *Interpersonal Reactivity Index perspective taking*

IRI ec : *Interpersonal Reactivity Index empathy concern*

IRI pd : *Interpersonal Reactivity Index personal distress*

IRI fs : *Interpersonal Reactivity Index fantasy*

JSPE-St pp : *Jefferson Scale Physician Empathy Student prise de perspective*

JSPE-St cc : *Jefferson Scale Physician Empathy Student compassionate care*

JSPE-St sip : *Jefferson Scale Physician Empathy Student ability to put one in patient shoes*

SOMMAIRE

I.	Introduction	6
II.	Matériel et méthode	8
A.	Population étudiée.....	8
1.	Critères d'inclusion.....	8
2.	Critères d'exclusion	8
B.	Matériel.....	9
1.	L'adaptation française du <i>Interpersonal Reactivity Index</i> (IRI)	9
2.	L'adaptation française du <i>Jefferson Scale Physician Empathy Student</i> (JSPE-St)	10
C.	Type d'étude	11
1.	Randomisation	11
2.	Aveugle.....	11
D.	Intervention.....	11
1.	Formation à la relation thérapeutique.....	11
2.	Groupe contrôle	12
E.	Schéma de l'étude	12
F.	Données recueillies.....	13
1.	Critère De Jugement Principal	13
2.	Critères de jugement secondaires.....	13
3.	Mode de recueil des données.....	13
G.	Analyse statistique	13
H.	Accords éthiques	13
III.	Résultats	14
A.	Population étudiée.....	14
B.	Nombre de participants aux différents temps	14
C.	Résultats du critère de jugement principal	15
D.	Résultats des critères de jugement secondaires	18
1.	Les sous-échelles de l'IRI.....	18
2.	Les sous-échelles de la JSPE-ST	19
3.	Résultats annexes	19
IV.	Discussion.....	21
V.	Conclusion	25
VI.	Bibliographie:	26
ANNEXES		28
Auto-questionnaire JSPE-St :		28
Auto-questionnaire IRI :		28
PERMIS D'IMPRIMER		30
RESUME.....		31

I. Introduction

La relation médecin-patient est en perpétuelle évolution. Le paternalisme de nos aînés a laissé la place, ces dernières années, aux notions de secret partagé, de consentement éclairé où l'autonomie du patient affleure. La relation médecin-malade est singulière, dépendante de chaque situation. Le médecin doit savoir s'adapter et trouver sa juste place dans cette relation complexe.

L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Au sein de la relation médecin-patient, elle permet au patient de se sentir compris. Elle aide également le médecin à ressentir son patient et ainsi à mieux cerner sa plainte réelle. De cette observation découle le concept d'empathie clinique: c'est l'empathie en tant que processus développé par le médecin ou le soignant.

L'empathie clinique est multidimensionnelle. La plupart des auteurs s'accordent sur trois dimensions principales. (1) La première dimension est la compréhension de l'expérience d'autrui par l'observation ou par l'imagination que l'on peut également nommer empathie cognitive. La deuxième est l'émotivité qui est la contagion émotionnelle, ainsi que l'harmonisation et les régulations des affects également dénommée empathie émotionnelle. Enfin la troisième dimension est la sollicitude qui est le comportement chaleureux et l'implication affective adapté qui en découle.

Il a fallu créer des échelles afin de pouvoir évaluer cette notion subjective et multidimensionnelle qu'est l'empathie clinique, permettant ainsi son étude dans des essais quantitatifs. (2) Deux échelles (auto-questionnaires) sont couramment utilisées en pratique dans les études cliniques portant sur des étudiants en médecine: la *Jefferson Scale Physician Empathy Student* (JSPE-St) est spécifique de la mesure de l'empathie clinique des étudiants en médecine et l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI).

L'évaluation objective de l'empathie clinique par ces deux échelles a permis de mettre en évidence certains de ses déterminants. Pour exemple : le sexe féminin est plus empathique, l'empathie émotionnelle est accrue par la provenance d'un milieu socio économique bas ainsi que le fait de vivre en couple, la pratique d'une psychothérapie et une durée de consultation longue permettent d'accroître l'empathie cognitive. (5)

Améliorer l'empathie clinique dans la relation médecin-patient permet au patient de se sentir mieux compris et améliore la prise en charge médicale. (6) Cela permet également un meilleur vécu de la relation de soins par le médecin: le travail de l'empathie est une des armes contre le *burn out* car il permet un meilleur épanouissement personnel sur le plan professionnel. (7) Pour toutes ces raisons la progression de l'empathie clinique est devenue un réel objectif pédagogique dans les études médicales (8) ainsi que pour les médecins en exercice. (9)

L'empathie clinique peut se travailler à l'aide de plusieurs outils: chez les étudiants (10), comme chez les praticiens (11). La formation Balint chez les étudiants en médecine fait partie des outils dont la pratique améliore l'empathie clinique. (12)

Cet essai clinique contrôlé randomisé a été élaboré dans le but d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur l'empathie clinique des étudiants en médecine en première année de Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM1) de la faculté de médecine Paris Diderot.

Il s'intègre dans une étude de plus grande ampleur appelée EMPATHIE 4, multicentrique, avec les Universités Paris Descartes et Paris 13.

II. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective, contrôlée, randomisée, monocentrique (Université Paris Diderot). Elle s'est déroulée du 21 Septembre 2015 au 9 Décembre 2015.

A. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Un échantillon de 136 étudiants a été sélectionné par tirage aléatoire au sein de la population des 383 étudiants en 4^{ème} année de médecine de la Faculté Paris Diderot sur l'année universitaire 2015-2016. Cet échantillon était scindé en 2 groupes : une liste principale de 90 étudiants et une liste complémentaire de 46 étudiants. Ce choix de 90 étudiants inclus dans l'étude a été fait pour des raisons logistiques : il n'y avait que 3 professeurs expérimentés capables de dispenser les enseignements à la FRT.

Lors de la réunion du 21 Septembre 2015 pour faire le choix de leur tout premier stage en milieu hospitalier, l'étude a été présentée à l'ensemble des étudiants en présence du doyen. Le refus ne pouvait être exprimé qu'au moment de l'inclusion dans l'étude c'est-à-dire lors de cette réunion du 21 septembre et ceci en aveugle du groupe auquel ils étaient attribués. Pour les étudiants sélectionnés n'ayant pas exprimé leur refus, la participation à cet essai leur était imposée pour la suite de l'étude.

Chaque étudiant de la liste principale qui était exclu lors de cette journée laissait sa place à un étudiant sélectionné de manière aléatoire dans la liste complémentaire (qui n'avait pas exprimé son refus et qui ne redoublait pas) afin de conserver un groupe de 90 étudiants. Les étudiants en liste complémentaire n'ayant pas été sélectionnés à ce moment n'ont pas été inclus et n'ont donc pas poursuivi le reste de l'étude.

2. Critères d'exclusion

Tous les étudiants refusant de participer à l'étude lors de la demande orale effectuée le jour de leur choix de stage, ainsi que tous les étudiants redoublants ou en cours de Master étaient exclus de notre étude.

B. Matériel

Deux questionnaires d'auto-évaluation de l'empathie ont été utilisés.

1. *L'adaptation française du Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

L'IRI (annexe 1) est une échelle qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie. L'empathie y est évaluée par la mesure de 4 sous-échelles indépendantes mais qui interfèrent les unes avec les autres.

L'IRI a été sélectionnée car elle possède une version française validée (3), qu'elle présente une validité métrologique ce pourquoi elle est utilisée à l'international dans les essais cliniques qui mesurent l'empathie.

Ce questionnaire se compose de 28 items assimilables à des situations de vie. Pour chaque situation le participant doit indiquer sur une échelle de Likert (de 1 « Ne me décrit pas du tout » à 5 « Me décrit tout à fait ») dans quelle mesure elle dépeint ses pensées et ses sentiments.

Le score final de chaque item s'obtient:

- en soustrayant 6 au score initial obtenu pour les items 3-4-12-13-14-15-18-19
- en reprenant directement le score initial obtenu pour les autres items.

Chaque participant obtient donc un score total, somme des scores finaux, variant de 28 à 140, corrélé à un degré croissant d'empathie.

Le résultat de l'IRI peut se décomposer en 4 sous-échelles:

- La première sous-échelle nommée « adaptation contextuelle » (*perspective taking*) (IRI pt) mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours.

Le résultat de cette sous-échelle est obtenu en faisant la somme des scores finaux des items: 3-8-11-15-21-25-28.

- La seconde sous-échelle intitulée « souci empathique » (*empathy concern*) (IRI ec) mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance.

Le résultat de cette sous-échelle est obtenu en faisant la somme des scores finaux des items: 2-4-9-14-18-20-22.

- La troisième sous-échelle désignée par « détresse personnelle » (*personal distress*) (IRI pd) évalue la tendance à ressentir de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.

Le résultat de cette sous-échelle est obtenu en faisant la somme des scores finaux des items: 6-10-13-17-19-24-27.

- La quatrième et dernière sous-échelle s'intitule « fantaisie » (*fantasy*) (IRI fs) et mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et des pièces de théâtre.

Le résultat de cette sous-échelle est obtenu en faisant la somme des scores finaux des items: 1-5-7-12-16-23-26.

2. *L'adaptation française du Jefferson Scale Physician Empathy Student (JSPE-St)*

La JSPE-St (annexe 2) découle de la JSPE qui a été créée pour évaluer l'empathie des professionnels de santé avec des questions reprenant des thèmes médicaux. Il existe une corrélation significative entre l'IRI et la JSPE. (4) La JSPE-St est spécifiquement conçue pour évaluer l'empathie chez les étudiants en médecine. Le fondateur de cet auto-questionnaire pensant que la mesure de l'empathie clinique était plutôt corrélée à la mesure de l'empathie cognitive, ce questionnaire est plutôt axé sur la mesure de cette dernière (1).

La JSPE-St a été utilisée dans notre étude car elle est reconnue pour ces qualités de validité métrologique, elle a déjà servi dans de nombreuses études à travers le monde et elle est spécifique à la population des étudiants en médecine.

Ce questionnaire est composé de 20 items représentant différentes attitudes. Les participants doivent indiquer sur une échelle de Likert (de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord ») quel chiffre désigne le mieux leur façon d'être. Au total, chaque étudiant obtient un score de 20 à 140 corrélé à un degré croissant d'empathie.

Le score final de chaque item s'obtient en:

- soustrayant le score initial à 8 pour les items 1-3-6-7-8-11-12-14-18-19;
- reprenant le score initial obtenu pour les autres items.

Le résultat de la JSPE-St peut se décomposer en 3 sous-échelles:

- La première sous-échelle: prise de perspective (*perspective taking*) (JSPE-St pp) décrit la recherche d'une compréhension du vécu de l'autre. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items: 2-4-5-9-10-13-15-16-17-20.
- La deuxième sous-échelle: la compréhension émotionnelle (*compassionate care*) (JSPE-St cc) traduit la place importante faite aux émotions et à la connexion affective dans les soins. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items: 1-7-8-12-14-18-19.
- La troisième sous-échelle: la capacité à se mettre à la place du patient (*ability to put one in the patients shoes*) (JSPE-St sip) décrit la facilité à se mettre à la place de l'autre pour voir les faits depuis son point de vue. Elle se calcule en faisant la somme des scores finaux des items 3 et 6.

C. Type d'étude

1. *Randomisation*

Les 90 étudiants inclus ont été randomisés de manière aléatoire en 2 groupes de 45 étudiants après la réunion du 21 septembre 2015.

Le groupe interventionnel (GI) a bénéficié de la FRT en sus de l'enseignement facultaire obligatoire tandis que le groupe contrôle (GC) n'a bénéficié que de l'enseignement facultaire obligatoire.

2. *Aveugle*

Les étudiants et les formateurs ne pouvaient pas être en aveugle de l'intervention.

D. Intervention

1. *Formation à la relation thérapeutique*

Les étudiants faisant partie du GI ont reçu la FRT. Cet enseignement s'est déroulé sur 7 séances de 2 heures hebdomadaires sur une période allant du 29 septembre au 2 décembre 2015, pendant leur premier trimestre d'externat. Il était obligatoire dans le cadre du cursus universitaire lorsque l'étudiant était inclus dans le GI.

Les étudiants ont été répartis sur 3 groupes de 15 étudiants., en général les groupes Balint comptent 8 à 12 participants. Chaque groupe était animé par un formateur expérimenté dans le domaine des groupes Balint.

Chaque séance s'est déroulée selon les principes suivants:

- Les étudiants et l'animateur sont assis en rond, sans table, sans dossier médical, sans prendre de notes et sans téléphone. Trois règles sont rappelées: confidentialité, non-jugement, utilisation de la première personne du singulier pour l'expression.
- Une situation posant problème sur le plan relationnel à l'un des participants est exposée par ce dernier au groupe. Ce cas est ensuite étudié selon les modalités du groupe Balint: expression spontanée du rapporteur du cas ; libre expression des réactions, des associations d'idées et des expériences professionnelles des autres participants ; analyse progressive du cas ; prise de conscience des attitudes professionnelles de chacun ; repérage des projections et identification dans la relation au patient ; reconnaissance des déterminations inconscientes dans la pratique soignante (13). Un des groupes a été enregistré avec un magnétophone par Mandy Nguyen, une interne, pour le travail de sa thèse.

2. Groupe contrôle

Actuellement, aucun enseignement n'a prouvé son efficacité sur l'amélioration de l'empathie chez les étudiants en médecine. Il n'a donc pas été considéré comme péjoratif de ne pas proposer la formation aux étudiants randomisés dans le GC.

E. Schéma de l'étude

Les 90 étudiants ont rempli les deux auto-questionnaires d'évaluation de l'empathie (IRI et JSPE-St), en ligne, dans le lieu de leur choix, avant et après le déroulement de la FRT et ce quel que soit le groupe dans lequel ils étaient randomisé (interventionnel ou contrôle). Après la FRT, les 90 étudiants ont été convoqués pour se prêter à une séance de consultation simulée. Les étudiants n'ayant pas remplis les questionnaires via la plateforme internet au préalable ont pu le faire sur place avant cette séance se déroulant le 8 ou le 9 Décembre 2015 au sein de la Faculté Paris Diderot.

F. Données recueillies

1. *Critère de jugement principal*

Les deux critères de jugement principaux sont les scores obtenus aux questionnaires IRI et JSPE-St avant et après la FRT entre les deux groupes.

2. *Critères de jugement secondaires*

Les critères de jugement secondaires sont les scores obtenus à chaque sous-échelle des questionnaires IRI et JSPE-St avant et après la FRT.

3. *Mode de recueil des données*

Les données ont été recueillies via la plateforme intranet *Moodle* de la faculté de Paris Diderot. Les étudiants ont répondu aux auto-questionnaires sur internet. Ils ont été informés et relancés 4 fois par mail si les questionnaires n'étaient pas remplis.

G. Analyse statistique

La recherche de différences significatives de l'empathie entre les deux groupes a été faite à l'aide d'une régression linéaire ajustée sur trois variables explicatives: le sexe des étudiants, la participation à la FRT ainsi que la mesure initiale de cette empathie. Nous avons recherché pour chaque échelle ainsi que pour chaque sous-échelle la différence de l'empathie avant et après la FRT.

H. Accords éthiques

L'étude menée sur les 3 sites a reçu l'accord du Comité de Protection de la Personne d'Ile de France 2 du Pr Mamzer, un accord de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés et le protocole a été enregistré sur le site internet clinicaltrials.gov.

III. Résultats

A. Population étudiée

Sur 383 étudiants en 4^{ème} année de médecine à la faculté de Paris Diderot, 136 ont été sélectionnés et randomisés en 2 listes: une liste principale de 90 étudiants et une liste complémentaire de 46 étudiants. Parmi les 90 étudiants de la liste principale, 6 redoublaient ou avaient débuté un Master et 13 ont refusé de participer à l'étude. 19 étudiants ont donc été sélectionnés au hasard au sein de la liste complémentaire afin d'obtenir un groupe de 90 participants.

Sur les 90 étudiants inclus, on comptait 48 femmes (53,3 %) et 42 hommes (46,7 %).

Le GI comporte 19 femmes (42,2 %) et 26 hommes (57,8 %), le GC se compose de 29 femmes (64,4 %) et 16 hommes (35,6 %). (Figure 1)

B. Nombre de participants aux différents temps

83 étudiants sur 90 (soit 92,2 %) ont rempli au moins un des deux questionnaires.

73 étudiants (81 %) ont répondu aux deux questionnaires: 37 (41,1 %) dans le GI n=45, 36 (40 %) dans le GC n=45.

Dans le GI: 3 étudiants (6,7 %) n'ont répondu à aucun questionnaire, 3 (6,7 %) n'ont répondu qu'au premier et 2 (4,4 %) n'ont répondu qu'au dernier.

Dans le GC: 4 étudiants (8,9 %) n'ont répondu à aucun des deux questionnaires, 4 (8,9 %) n'ont répondu qu'au premier et 1 étudiant (2,2 %) n'a répondu qu'au deuxième questionnaire. (Figure 1)

80 étudiants ont rempli le premier questionnaire: 40 au sein du GI et 40 au sein du GC

76 étudiants ont répondu au deuxième questionnaire: 39 dans le GI et 37 dans le GC.

3 étudiants ont rempli le deuxième questionnaire sans avoir répondu au premier. (Figure 1)

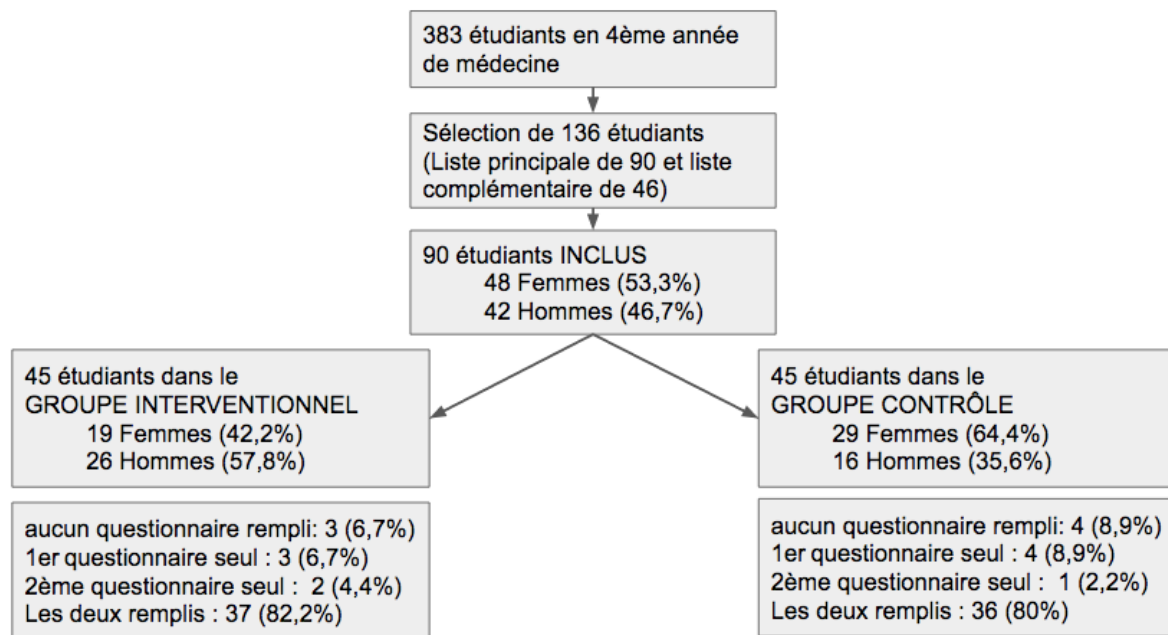


Figure 1 : Profil de l'étude

C. Résultats du critère de jugement principal

La moyenne à la JSPE-St (écart-type) était respectivement de 102,41 (12,5) avant la FRT et de 106,43 (8,4) après la FRT dans le GI, en comparaison à 101,85 (10,36) avant la FRT et 102,73 (11,82) après la FRT dans le GC, soit une progression de la moyenne de 4,0 dans le GI et de 0,88 dans le GC. Cette progression s'illustre dans la figure 2, qui montre la mesure de la progression du score à la JSPE totale, par étudiant, selon le groupe d'inclusion.

La participation à la FRT et l'amélioration de l'empathie calculée par la JSPE-St a un coefficient de corrélation multiple de 0,81, soit une très bonne corrélation statistique (coefficient de corrélation multiple supérieur à 0,8). (Tableau 2)

La progression de la moyenne de la JSPE-St était significativement plus élevée dans le groupe interventionnel par rapport au groupe contrôle ($p=0,03$).

La moyenne à l'IRI (écart-type) était respectivement de 94,74 (10,97) avant la FRT et de 95,38 (10,10) après la FRT dans le GI, en comparaison à 95,67 (11,12) avant la FRT et 95,62 (11,97) après la FRT dans le GC. (Tableau1)

La participation à la FRT et l'amélioration de l'empathie calculée par l'IRI a un coefficient de corrélation multiple de 0,80, soit une très bonne corrélation statistique (coefficient de corrélation multiple supérieur à 0,8). (Tableau 2)

Ces résultats obtenus à l'échelle IRI ne montrent pas de différence significative entre les 2 groupes.

	GC		GI		p
	Moyenne (écart-type) AVANT la FRT	Moyenne (écart-type) APRES la FRT	Moyenne (écart-type) AVANT la FRT	Moyenne (écart-type) APRES la FRT	
JSPE-St	101,85 (10,36)	102,73 (11,82)	102,4 (12,5)	106,44 (8,4)	0,03
JSPE-St sip*	5,62 (2,12)	6,49 (2,99)	6,65 (2,28)	7,36 (2,52)	0,44
JSPE-St cc*	40,42 (5,59)	40,73 (5,68)	40,95 (5,01)	41,97 (3,43)	0,18
JSPE-St pp*	49,75 (5,25)	49,62 (7,53)	49,12 (7,62)	50,92 (5,66)	0,14
IRI	95,67 (11,12)	95,62 (11,97)	94,75 (10,97)	95,38 (10,10)	0,52
IRI fs*	24,3 (5,50)	24,27 (5,58)	24,47 (4,51)	25,26 (4,65)	0,04
IRI ec*	27,22 (3,97)	26,49 (3,78)	27,07 (3,65)	26,27 (3,50)	0,3
IRI pt*	24,82 (3,84)	25,05 (3,64)	24,42 (4,05)	24,72 (4,53)	0,61
IRI pd*	19,32 (4,37)	19,81 (4,05)	18,77 (5,19)	18,74 (5,07)	0,16

*= JSPE-St sip : Jefferson Scale Physician Empathy Student ability to put one in patient shoes
 JSPE-St cc : Jefferson Scale Physician Empathy Student compassionate care
 JSPE-St pp : Jefferson Scale Physician Empathy Student prise de perspective
 IRI fs : Interpersonal Reactivity Index fantasy (fantaisie)
 IRI ec : Interpersonal Reactivity Index empathy concern (souci empathique)
 IRI pt : Interpersonal Reactivity Index perspective taking (adaptation contextuelle)
 IRI pd : Interpersonal Reactivity Index personal distress (détresse personnelle)

Tableau 1 : Moyennes et écart-types des scores de chaque échelle et de sous-échelle dans le GC ainsi que dans le GI avant et après la FRT

	Moyenne avant FRT (<i>n</i> =80 étudiants)	Moyenne après FRT (<i>n</i> =76 étudiants)	Ecart des moyennes	Coefficient de Cronbach*	Valeur-p
JSPE-St TOTAL (/133)	102,12	104,63	2,51	0,81	0,03
JSPE-St pp (/63)	49,44	50,29	0,85	0,75	0,14
JSPE-St cc (/49)	40,69	41,37	0,68	0,72	0,18
JSPE-St sip (/14)	6,14	6,93	0,79	0,55	0,44
IRI TOTAL (/140)	95,21	95,5	0,29	0,8	0,52
IRI pd (/35)	19,05	19,26	0,21	0,81	0,16
IRI pt (/35)	24,62	24,88	0,26	0,68	0,61
IRI ec (/35)	27,15	26,58	0,57	0,72	0,3
IRI fs (/35)	24,39	24,78	0,39	0,74	0,04

*= coefficient de corrélation multiple associé à la FRT

Tableau 2 : Résultats des moyennes obtenues à chaque échelle et sous-échelle, pour tous les étudiants, avant et après la FRT, ainsi que l'écart-type associé et le coefficient de corrélation multiple associé à la FRT

Progression
de la JSPE
totale =
Score final -
Score initial

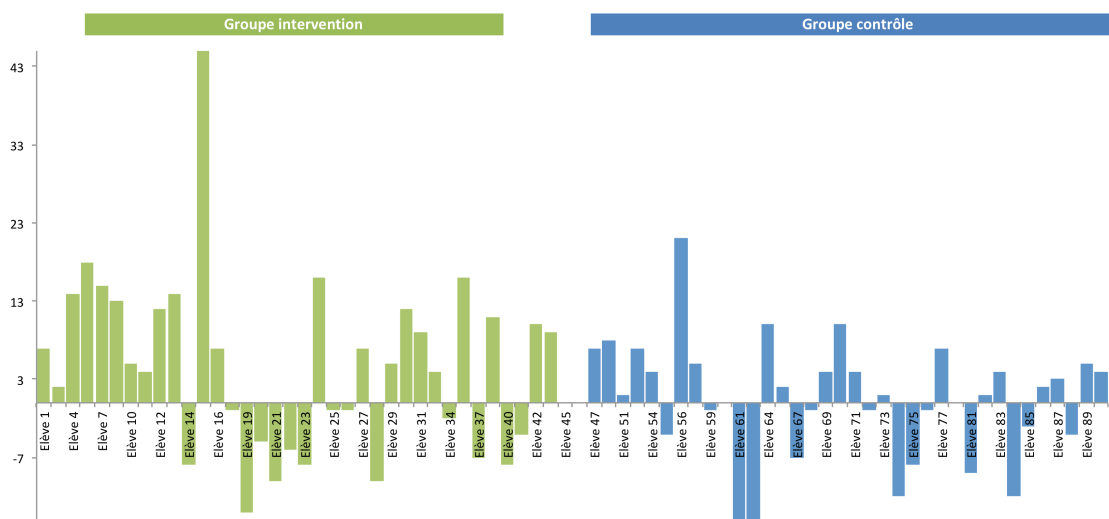


Figure 2 : Mesure de la progression du score à la JSPE totale, pour chacun des 73 étudiants étudiant ayant répondu aux deux questionnaires, selon le groupe d'inclusion.

D. Résultats des critères de jugement secondaires

1. Les sous-échelles de l'IRI

La moyenne à la sous-échelle fantaisie de l'IRI (écart-type) était respectivement de 24,47 (5,50) avant la FRT et de 25,25 (4,65) après la FRT dans le GI, en comparaison à 24,31 (5,50) avant la FRT et 24,27 (5,58) après la FRT dans le GC, , soit une progression de la moyenne de 0,78 dans le GI et de -0,04 dans le GC. (Tableau1)

Il existe une bonne corrélation statistique entre la participation à la FRT et l'amélioration de la sous-échelle fantaisie (coefficient de corrélation multiple supérieur à 0,6). (Tableau 2)

La progression de la moyenne de la sous-échelle fantaisie de l'IRI était significativement plus élevée dans le groupe interventionnel ($p=0,04$). (Tableau 1 et 2) Cette progression s'illustre dans la Figure 3 qui montre la mesure de la progression du score de la sous-échelle fantaisie de l'IRI, par étudiant, selon le groupe d'inclusion.

Les scores obtenus aux autres sous-échelles de l'IRI (IRI ec, IRI pt, IRI pd) ne montrent pas de différence significative entre les 2 groupes. (Tableau 1)

Néanmoins, il existe une très bonne corrélation statistique entre la participation à la FRT et l'amélioration de la sous-échelle détresse personnelle (coefficient de corrélation multiple à 0,81) ainsi qu'une bonne corrélation entre la participation à la FRT et les sous-échelles adaptation contextuelle et souci empathique (coefficient de corrélation multiple supérieur à 0,6). (Tableau 2)

Progression
de l'IRI
fantaisie =
Score final -
Score initial

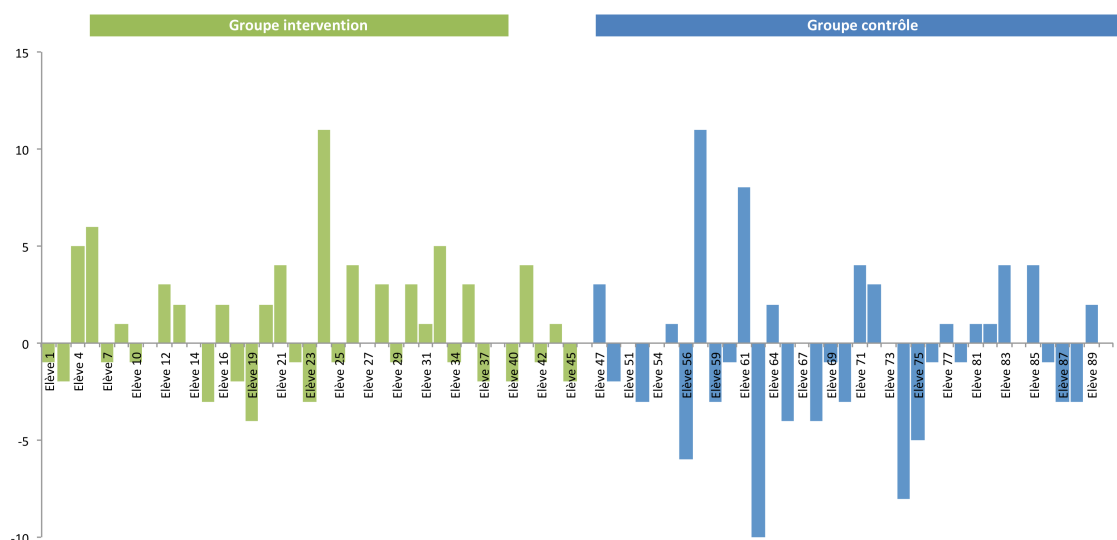


Figure 3 : Mesure de la progression du score de la sous-échelle fantaisie de l'IRI, pour chacun des 73 étudiants étudiant ayant répondu aux deux questionnaires, selon le groupe d'inclusion

2. Les sous-échelles de la JSPE-ST

Les scores obtenus aux sous-échelles de la JSPE-St (JSPE-St sip, JSPE-St cc, JSPE-St pp) ne montrent pas de différence significative entre les 2 groupes. (Tableau1)

Néanmoins, il existe une bonne corrélation statistique entre la participation à la FRT et l'amélioration des sous échelles prise de perspective et *companionate care* (coefficient de corrélation multiple supérieur à 0,60). (Tableau 2)

3. Résultats annexes

Les scores d'empathie obtenus ne sont pas significativement dépendants du sexe.

Chaque score obtenu après la réalisation de la FRT (scores aux échelles ou aux sous-échelles) est significativement dépendant au score correspondant au temps initial.

Parmi les 45 étudiants composant le GI, 10 étudiants sont allés à moins de 5 séances de FRT se décomposant en : 7 étudiants n'ayant pas répondu à un des deux ou aux deux questionnaires et 3 étudiants ayant répondu aux deux questionnaires.

Dans les 37 étudiants du GI ayant répondu aux deux questionnaires, 34 étudiants soit 92% sont allés à 5 ou à plus de 5 séances de FRT, c'est à dire qu'ils ont assisté à plus de 70 % de la formation.

IV. Discussion

Il s'agit du premier essai contrôlé randomisé cherchant à évaluer l'efficacité d'un enseignement sur l'empathie clinique. Pour rappel cette étude a permis de montrer que la moyenne de la JSPE-St ainsi que celle de la sous-échelle fantaisie de l'IRI étaient significativement plus élevées dans le groupe FRT. Cette étude montre que la participation à la FRT améliore l'empathie clinique de manière significative chez les étudiants en 4^{ème} année de médecine.

Le taux de réponse au questionnaire ainsi que le taux de participation à la FRT étaient excellents. D'une part grâce à la coopération majeure de l'administration de la faculté ayant rendu le cours obligatoire. D'autre part grâce à la récupération des non-répondants au deuxième questionnaire avant les consultations simulées. Nous émettons l'hypothèse que le bon taux de participation aux questionnaires, ainsi qu'à la FRT, soit le reflet de l'intérêt porté par les étudiants au sujet, comme il nous en a été fait part de manière informelle.

Les résultats statistiques étaient cohérents : chaque score obtenu après la réalisation de la FRT (scores aux échelles ou aux sous-échelles) est significativement dépendant du score correspondant au temps initial ($p < 0,05$).

Le score total de l'IRI ne montre pas de différence significative avant et après la FRT, seule la sous-échelle fantaisie est significativement améliorée par la FRT. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'IRI mesure l'empathie dans son ensemble et la JSPE-St est plutôt focalisée sur la mesure de l'empathie cognitive. Or la FRT, qui est un travail conscient, ne peut améliorer que la composante compréhension de l'empathie et non la composante émotivité et sollicitude qui sont plus innées.

Il est possible que cet essai ne soit pas assez puissant, que le nombre de participants soit trop faible, pour faire ressortir le score total de l'IRI. Il aurait été préférable d'inclure toute la promotion des étudiants de 4^{ème} année, mais cela était tout simplement non-réalisable d'un point de vue logistique.

13 étudiants sur 136, soit 9.5 % des étudiants randomisés en début d'étude, ont refusé de participer à l'étude. Ce pourcentage important reflète probablement plusieurs craintes comme la peur de perdre du temps à un moment où la charge de travail augmente en vue de l'examen

national classant, la peur de participer à un essai et d'être considéré comme un cobaye. Il peut également s'expliquer par un non-intérêt à la relation médecin-malade, ce qui ne semble pas le cas à la vue des résultats de notre étude et des retours des étudiants.

Des redoublants de 4^{ème} année de médecine ont été inclus dans la liste d'inclusion finale bien que le redoublement soit un critère d'exclusion. Les listes données par l'administration de la faculté ne tenaient malheureusement pas compte de ce critère. Leur présence perturbe nos résultats étant donné que leur empathie clinique a déjà évolué suite aux stages pratiqués précédemment. L'intérêt d'étudier cette population était justement d'analyser une population vierge de tout stage hospitalier.

Cependant il ne persiste la présence que de 4 redoublants dans le GC et de 5 redoublants dans le GI. Les chiffres étant quasi similaires dans les 2 groupes, nous pouvons penser que le biais induit se compense. En outre, les groupes étant randomisés, ils restent comparables. Ce manquement ne modifie que les scores totaux aux échelles et sous-échelles mais la comparaison des groupes reste inchangée.

Il existe une différence entre le taux de femme dans la population incluse (53,3%) et celui retrouvé dans chaque sous-groupe (64,4% pour le GC et 42,2% pour le GI). Cette différence est due au hasard puisque les étudiants ont été randomisés. En outre, comme notre étude n'a pas retrouvé de différence significative en fonction du sexe cette différence ne porte pas préjudice à nos résultats.

Il a fallu changer l'analyse statistique prévue initialement (T-Student) puisque la JSPE-St ne comportait pas 20 items mais 19 (item 9 non mis sur le questionnaire en ligne). La JSPE-St amputée d'une question avait perdu sa validité interne et donc externe. Il a fallu procéder à une régression linéaire ajustée sur la mesure initiale avec coefficient de Cronbach pour chaque mesure d'échelle et de sous-échelle afin d'évaluer la cohérence interne de ces instruments de mesure. (14)

La mesure de l'empathie par auto-questionnaire peut également poser un problème pour le sujet de notre étude: l'empathie ressentie par le patient diffère peut être de l'empathie que le médecin retrouve en s'adonnant seul aux auto-questionnaires. Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux obtenus à la *Consultation and Relational Empathy measure* (CARE) dans le travail de Mathilde Vetterl. La CARE est un questionnaire d'hétéro-évaluation de

l'empathie par le patient mesurée lors de la consultation simulée réalisée à la fin de notre étude. Cette mesure est jugée comme la plus pertinente pour sa fiabilité et sa validité mais elle est peu utilisée en pratique dans les études, probablement en raison de sa difficulté d'utilisation.

En outre, du fait de l'auto-questionnaire, les participants peuvent manipuler leurs réponses afin d'obtenir un résultat plus "désirable" ou favorable socialement de manière à être en accord avec une image socialement acceptable (biais de désirabilité). (5) Ce biais est minimisé par le fait que les étudiants ont en majorité répondu aux questionnaires de manière solitaire, en ligne. Les 19 étudiants, soit 21,1 % des 90 étudiants, ont répondu au dernier moment, avant leur passage en consultation simulée. Ils ont pu être stressés, pris par le temps et rendre des réponses qu'ils n'auraient pas eu au calme chez eux.

Nous n'avons pas pris en compte le type de stage qu'effectuaient les étudiants au cours de ce premier trimestre d'externat, s'il s'agissait d'un stage de chirurgie, de médecine clinique, de médecine en laboratoire. L'empathie en milieu spécialisé (chirurgie, spécialités hors médecine générale) étant moindre (15), il est très possible que les étudiants qui passent par ces stages apprennent également moins la notion d'empathie.

Par ailleurs nous n'avons pas pu prendre en considération l'apport dont a bénéficié chaque étudiant au sein de son stage, ceci pouvant influencer l'empathie clinique de nos étudiants. Nous ne disposons d'aucune donnée sur le type de stage auquel appartenaient les étudiants des deux groupes. Une étude cherchant à mesurer si l'empathie clinique est améliorée selon les évaluations de stage qu'en font les étudiants pourrait être intéressante à mener.

D'autre part, certains médecins, ou autres professionnels de santé, sont plus à même d'enseigner l'empathie clinique que d'autres au sein même des stages. Ils ont pu contribuer à améliorer l'empathie de certains étudiants en dépit de toute formation spécifique, ce qui a pu être un facteur confondant pour notre essai.

Nous avons décidé de choisir des étudiants de 4^{ème} année car il nous semblait pertinent d'étudier ce moment charnière dans les études médicales. En début de 4^{ème} année, les étudiants commencent à adopter le statut de médecin à l'hôpital lors de leur stages, mais leur savoir limité les confine malgré eux à un ressenti de patient. Il serait pertinent de valider également l'apport d'une telle FRT à long terme de celle-ci, de mesurer de nouveau JSPE-St

et IRI, d'évaluer objectivement les apports à long terme. Une FRT doit-elle être suivie ou peut-elle se faire à un moment donné sans nécessité de la renouveler? Une telle étude est cependant difficile à réaliser en pratique car l'aspect multifactoriel de l'empathie produit de nombreux biais de confusion : les parcours de vie des étudiants sont de plus en plus distincts, modifiant l'empathie en dehors de toute formation.

D'autres questions restent en suspens. La FRT est-elle plus préférable aux élèves de 4^{ème} année commençant leur externat ou aux internes de première année qui ont acquis leur statut de médecin également sur le plan du savoir? Il serait intéressant de mener de nouveau cette étude avec des étudiants de deuxième cycle afin de comparer l'apport en premier cycle par rapport à celui en deuxième cycle.

Cette étude faisant partie intégrante d'une étude de plus grande envergure sur 3 facultés d'Ile de France, il serait intéressant de confronter nos résultats à ceux obtenus au cours de cette étude.

V. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une FRT sur l'empathie clinique des étudiants en premier trimestre de 4^{ème} année de médecine lors de l'année 2015-2016 à l'Université Paris Diderot. La FRT était constituée de 7 séances de 2h apparentées à des groupes Balint sur 3 mois.

Cette étude montre que la participation à la FRT améliore l'empathie clinique de manière significative sur la JSPE-St ainsi que sur la sous-échelle fantaisie de l'IRI.

Décrié par certains qui ne croient qu'en l'apprentissage au lit du malade, l'intérêt d'une FRT peut sembler évident pour d'autres. Son impact n'avait pas encore été démontré. Cet essai clinique pourrait permettre de valider et renforcer l'importance de son implémentation dans le programme pédagogique des études médicales.

Cet essai clinique s'inscrit dans un essai de plus grande ampleur multicentrique en île de France nommé EMPATHIE 4 qui renforce de manière objective ces résultats et l'intérêt d'une telle formation.

Au sein d'EMPATHIE 4, un travail mené par Mathilde Vetterl s'est intéressé à l'hétéro-évaluation de l'empathie lors de consultations simulées après la FRT par les 90 étudiants. L'empathie ressentie par le patient peut différer de l'empathie que le médecin pense avoir. Grâce à ce projet, un cours va être créé pour la première fois pour le deuxième cycle des études médicales durant l'année scolaire 2016-2017 à l'Université Paris Diderot.

D'autres aspects que l'empathie dans la relation médecin-malade, comme les compétences communicationnelles par exemple, pourraient être étudiés au sein d'un enseignement spécifique. C'est pourquoi l'enseignement qui va être proposé aux externes de 4^{ème} année en 2016-2017 comprendra, non seulement des séances d'échange de pratique, mais également un enseignement à la communication professionnelle en santé.

VI. Bibliographie:

1. MAURY, Arnaud, L'empathie clinique Impact de la première année d'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte Internlife, Fiche INDICE-139p. Th. D : Méd : Paris 5
2. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. BMC Med Educ. 2007;7:24.
3. Gilet A-L, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Can J Behav Sci Can Sci Comport. 2013;45(1):42-8.
4. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Med Teach. janv 2005;27(7):625-8.
5. BUFFEL du VAURE, Céline, Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique-93p. Th D : Méd. : Paris 5
6. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. 1 janv 2013;63(606):76-84.
7. 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.
8. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
9. Maxwell B, Racine E. Should Empathic Development Be a Priority in Biomedical Ethics Teaching? A Critical Perspective. Camb Q Healthc Ethics. oct 2010;19(04):433-45.
10. 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 J Assoc Am Med Coll. mars 2011;86(3):350-8.
11. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. BMC Med Educ. 2014;14:219.
12. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. J Psychosom Res. mai 2014;76(5):426-9.
13. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003. 418 p.
14. Moret L, Mesbah M, Chwalow J, Lellouch J. Validation interne d'une échelle de mesure : relation entre analyse en composantes principales, coefficient α de Cronbach et coefficient de corrélation intra-classe. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 1993;41(2):179-86.

15. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 1 sept 2002;159(9):1563-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaire IRI

Pour chaque phrase indiquez dans quelle mesure elle décrit vos pensées et vos sentiments dans diverses situations

(cotation de 0-Ne me décrit pas du tout à 6-Me décrit tout à fait)

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

Annexe 2 : Auto-questionnaire JSPE-St

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

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ... Paris Diderot

Le Professeur AUBIN - AUGER -

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date

6/9/2016



Isabelle AUBIN-AUGER
Directrice du Département
de médecine Générale
de l'Université Paris Diderot
16 Rue Henri Huchard
75890 PARIS Cedex 18

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

RESUME EN ANGLAIS

Impact of a therapeutic relationship training on 4th-year medical students' clinical empathy.

INTRODUCTION

Improving students empathy has become an objective in medical education. However, empathy trainings are rare or even absent from faculty's programs.

This study is aimed at assessing the impact of a Therapeutic Relationship Training (TRT) on the clinical empathy shown by medical school fourth-year students.

MATERIAL AND METHOD

This is a prospective, controlled, randomized, and monocentric study.

In the Diderot Faculty, 90 students have been randomly selected among 383 fourth-year medical students. They have been randomly split in two groups of 45 students. One "intervention" group received, in addition to the regular compulsory medical training, a TRT through Balint groups. One "control" group only received the regular compulsory medical training.

The clinical empathy of the 90 students was assessed through two self-assessment questionnaires: the Jefferson Scale Physician Empathy Student (JSPE-St) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI) before and after the training.

The assessment criterion was the difference in clinical empathy between the two groups.

MAIN RESULTS

73 students (81%) out of the 90 selected students have responded to the two questionnaires. Averages (standard deviations) for JSPE-St were 106.43 (8.4) for « intervention » group (n=37) and 102.73 (11.81) for control group (n=36). JSPE-St average was significantly higher in intervention group ($p=0.03$). Results on IRI scale do not show any significant difference between the two groups.

CONCLUSION

This study shows that TRT improves clinical empathy. This could ease its implementation in the medical education programs.

KEY-WORDS

Empathy
Medical Student
Teaching
Psychoanalytic therapy
Physician-patient relations

RESUME

INTRODUCTION

Améliorer l'empathie des étudiants est un objectif pédagogique des études médicales. Cependant, les formations à l'empathie sont rares voire absentes du programme des facultés. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur l'empathie clinique des étudiants en 4ème année de médecine.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans cette étude prospective, contrôlée, randomisée, monocentrique réalisée à l'Université Paris Diderot, 90 étudiants ont été tirés au sort parmi les 383 étudiants en 1^{er} trimestre de la 4ème année de médecine 2015-2016. Ils ont été randomisés en deux groupes de 45 étudiants. Un groupe interventionnel (GI) recevait en plus de l'enseignement facultaire obligatoire, que recevait également le groupe contrôle (GC), une FRT sous forme d'un enseignement apparenté à des groupes Balint.

L'empathie clinique des 90 étudiants a été évaluée par 2 auto-questionnaires : *Jefferson Scale Physician Empathy Student* (JSPE-St) et *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) avant et après cette FRT.

Le critère de jugement était la différence d'empathie clinique entre les 2 groupes.

RÉSULTATS

Sur les 90 étudiants inclus, 73 étudiants (81%) ont répondu aux 2 questionnaires. La moyenne (écart-type) à la JSPE-St était significativement augmentée dans le GI 106.43 (8.4) (n=37) par rapport au GC 102.73 (11.81) (n=36) ($p=0.03$). Il n'y avait pas de différence significative sur l'IRI. La sous-échelle fantaisie de l'IRI était significativement augmentée dans le GI ($p=0.04$).

CONCLUSION

Cette étude objective que la participation à la FRT améliore l'empathie clinique, ce qui pourrait appuyer l'importance de son implémentation dans le cursus médical.

MOTS CLES

Empathie
Étudiant médecine
Enseignement
Psychothérapie analytique
Relations médecin-patient