



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 28 mars 2024 à Poitiers
par **Karen LEPARC**

Elaboration de supports audiovisuels intégrant une formation à l'empathie
pour les internes de médecine générale en Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur XAVIER Jean

Membres : Monsieur le Professeur BIRAULT François
Madame la Docteur POUTRAIN Claire

Directrice de thèse : Madame la Docteur LE BONHEUR Lakshmipriya

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHUYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOIJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1^{er} cycle**

- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOLD Philippe, neurochirurgie
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**

- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023) – **renouvellement 3 ans demandé – en cours d’instruction**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médic

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie-**Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)

- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmaci

REMERCIEMENTS :

Je remercie le Docteur Le Bonheur d'avoir pris le temps de me guider dans ce travail.

Je remercie le Professeur Birault de faire partie de mon jury de thèse, et, qui avec toute sa passion, m'a donné l'opportunité de travailler sur ce sujet.

Je remercie le Docteur Poutrain d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et je vous remercie par-dessus tout de la bienveillance que vous avez eu envers moi.

Je remercie le Professeur Xavier d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et d'avoir pris de son temps, précieux, afin de comprendre plus en détail l'objectif de cette étude.

A ma mère, je ne te remercierai jamais assez d'avoir été présente en toute circonstances depuis toujours, d'avoir supporté mes humeurs massacrantes, mes pleurs au téléphone, de répondre en plein milieu de la nuit quand j'ai peur de rentrer seule. Merci de toujours m'avoir donné ta confiance. Tu m'as appris la persévérance, et surtout le sens du mot Travail.

A Gilles, qui m'a toujours mis au même rang que sa propre fille. Merci d'avoir pris cette place, de m'avoir permis de retrouver une stabilité qui m'était nécessaire pour ce parcours si long.

A mon père et ma belle-mère, malgré la distance qui nous a longtemps séparée et une pudeur importante, j'espère aujourd'hui vous rendre fiers.

A ma sœur Elodie, si tu savais à quel point tu es mon pilier. Tu m'as toujours aidé à repousser mes limites, et ce dès le CP avec les tables de multiplication, SOCATOA et j'en passe ! Plus on grandit et plus je me sens proche de toi. Je me rends compte que toi et moi on est tout pareil (bon ok, juste, moi je ne me la joue pas Brie VanDeCamp à faire des tartes citron meringuée...). Je te remercie de m'héberger des semaines entières et de me faire des tisanes, de me mettre un schokobon à coté de ma tasse parce que tu me connais, de me préparer mes gamelles et de vouloir laver mes habits. Je me sens fière de pouvoir maintenant inverser les rôles et t'aider quand tu as besoin de moi.

A ma sœur Alexandra, tu as partagé toute mon enfance, tu es celle avec qui j'ai eu le plus de fou rires, avec qui j'ai regardé le plus de cassettes et avec qui j'ai le plus joué à la Nintendo 64. Alors, certes, on nous dira qu'on faisait que se disputer, mais c'était notre façon à nous de nous aimer, et puis ça c'était avant. Et regarde aujourd'hui, on a certes des caractères de cochon, mais c'est avec toi que je ris à chaque repas de famille, il suffit d'un regard, juste un petit regard en coin... et on est foutues ! Tu es fière de moi peu importe ce que je peux faire. Grâce à toi j'ai pris confiance en moi.

A mes deux beaux-frères :

Maxime, on peut le dire, tu es un peu le grand frère que je n'ai jamais eu (ça j'aurais carrément pu l'écrire à la plume de paon). Je te remercie de ton aide sur cette thèse. Merci pour ta simplicité, tes blagues de repas de famille qui rendent l'atmosphère toujours plus rigolote. Et puis surtout, merci de supporter mes états d'âme à chaque fin de journée quand je suis chez vous.

François, merci de prendre soin de ma sœur, de lui avoir donné les deux choses les plus belles sur cette Terre.

A mes frères Lénéaïc et Enaël, mes neveux et nièces Clément, Louise, Léna et Eliott, vous rendez ma vie tellement plus belle.

A ma mamie Caroline, ma mamie d'amour, la seule qui a le droit à mes câlins. Celle avec qui j'ai vécu, qui m'a fait découvrir tous les goûters et les bonbons qui puissent exister sur cette planète. Merci d'être toi tout simplement.

A mon Grand Père et ma Grand-mère. Vous êtes si loin, mais pourtant dans mon cœur. La Normandie fera toujours partie de moi. Merci d'avoir suivi mon parcours depuis le début.

Merci à mon tonton, ma tatie, Cynthia et Yohan, de toujours m'accueillir à bras ouverts chez vous et d'être si bienveillants envers moi.

A mes copains du collège, Alexis, Florian D, Léo, Florian L, Quentin, Yoann, Marine. C'est bien sûr difficile de garder contact mais finalement quand on se voit c'est comme si rien n'avait changé.

A Charlotte, ma Londonienne préférée, depuis la maternelle et jusqu'à la maison de retraite.

A mes copains du Lycée, Pauline, Anaïs, Solène, David, Yann, Simon, on a tous pris des chemins complètement différents, chacun dans sa ville. Mais j'espère qu'on vivra encore tout pleins de moments ensemble ; de choix de robe de mariée, de surf, de pintes de bière, de découverte de la Dordogne et peut être de bébés un jour... Qui sait ?

A ma Lulu, qui m'a fait découvrir les nuits Bordelaise et surtout ne pas avoir peur du regard des gens. Merci d'avoir vécu avec moi les plus drôles soirées de mon existence, tu es un exemple d'indépendance et de courage.

A Laura et Momo, merci d'avoir été des piliers pour moi pendant les 3 années les plus éprouvantes de ma vie. Vous les avez rendues tellement plus vivables. Quand j'écris ce texte, j'attends ton message ma Lolo, le message qui soulignera le début d'une nouvelle vie de maman pour toi et je suis trop fière de faire partie de ça.

A mes copains d'internat, ma team des Urgences, Arthur, Salomé, Manon, Julie, Maxime. Les meilleurs mois de toute ma vie, je les ai passé collée à vous, matin midi et soir. Il me tarde qu'une chose, c'est de vous retrouver dans un Airbnb pour rire d'Arthur qui nous parlera de la dernière étude réalisée en essai randomisé, pour rire de Maxime qui a encore martyrisé des externes, pour retrouver le soleil de Manon, pour écouter les histoires incroyables de Julie la force tranquille et pour être encore impressionnée de la culture de Salomé l'encyclopédie. A Marie qui a été la première à m'adresser un mot le premier jour d'internat et qui j'espère continuera à le faire encore pendant des années.

Je garde le meilleur pour la fin, A ma Mymy. Je pourrais écrire dix pages pour te remercier d'avoir pris cette place que tu as dans ma vie. Pour dire, je ne savais même pas dans quelle catégorie te mettre vu que tu peux t'intégrer à tous les paragraphes que j'ai écrit. J'ai commencé ces études avec toi, et je vais conclure en ta présence. On a tout vécu ensemble, on a commencé par des fêtes d'ados, des fêtes de villages, l'intégration à la fac, puis les résultats d'exams, les soirées pour fêter les fins d'années, les ECN, la Corse, le choix de notre future vie d'interne, la découverte de l'internat à LR, le confinement, la Coloc de la mort qui tue même si ça coutait

une blinde, le COVID à chanter des karaokés, le Sud de la France, Disney, les week-ends sur un coup de tête parce qu'on en a marre de la vie, tous les bons mais aussi les moins bons moments. Avoir une amie comme toi, c'est précieux et j'en ai conscience. Je serai là éternellement pour toi.

Table des matières

1.	Introduction :	9
1.1.	Définition de l'empathie :	9
1.2	La place de l'empathie en médecine générale :	9
1.3	La formation à l'empathie en médecine générale actuellement :	10
1.4	La place des supports audiovisuels dans l'apprentissage	12
2	Objectif de l'étude :	13
3	Matériel et méthodes	13
3.1	Accords préalables à l'étude :	13
3.2	La technique de consensus par méthode DELPHI :	13
3.3	Première partie : le choix des thèmes de scénario	15
3.4	Deuxième partie : l'élaboration des scénarios	16
3.5	Validation des scénarios selon la méthode de Likert	17
4	Résultats :	18
4.1	Diagramme de Flux :	18
4.2	Les experts :	19
4.3	Résultats de la première phase de la méthode Delphi	20
4.4.	Résultats de la deuxième phase : écriture des scénarios	24
4.5	Résultats de la troisième phase :	27
5	Discussion	29
5.1	Le choix de la méthode	29
5.2.	Le choix des experts :	30
5.3.	Empathie-Sympathie : une différence parfois mince	31
5.4	Dans l'avenir	32
6	Conclusion	34
7	Bibliographie	35
8	ANNEXES :	38
1.	Message de recrutement des experts :	38
2.	Message explicatif pour l'élaboration des scénarios :	39
3.	Questionnaire de validation finale des scénarios : exemple thème 1	41
4.	Proposition de modification avant validation finale des scénarios :	42
5.	Scénarios définitifs :	43

1. Introduction :

1.1. Définition de l'empathie :

Depuis moins d'un demi-siècle, le terme empathie est apparu dans nos sociétés comme un outil nécessaire aux relations humaines. Pourtant, donner une définition ne semble pas si simple (1).

Selon le Dictionnaire LeRobert, l'empathie est la « *Capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.* ». La différence entre sympathie et empathie semble alors mince. Carl Roger, célèbre psychologue humaniste, ajoute qu'elle permet la perception des émotions, des réactions d'autrui. Il a conscience d'être émotionnellement indépendant et sait communiquer cette compréhension (2).

La sympathie inclue un processus d'identification à l'autre. Elle marque une transformation vers la similitude, l'identique. L'empathie, permet au contraire de percevoir autrui dans sa globalité, sa complexité, en ayant conscience de sa propre identité tout en mettant à distance les émotions qui appartiennent à l'autre (3). C'est donc une transposition de sa propre perspective égocentrique dans le corps de l'autre, tout en assimilant que ce corps n'est pas le nôtre. En ce sens elle englobe une compréhension de différentes composantes; émotionnelle, somato-sensorielle, motrice, qui constituent l'être humain (4) afin de l'intégrer dans un mode non plus égocentrique mais allocentrique (5).

1.2 La place de l'empathie en médecine générale :

1.2.1 L'empathie au service la relation médecin-patient

L'empathie est depuis plusieurs années considérée comme un outil essentiel du médecin généraliste. Elle est d'ailleurs citée dans les compétences à acquérir dans le cadre du DES de médecine générale (6). Elle intègre une relation adaptée entre les deux partis, est associée à l'écoute active et à la reconnaissance de ses propres émotions et des émotions d'autrui.

C'est une qualité attendue par les patients lors d'une consultation. Leur satisfaction passe par la prise en compte de leur environnement psychosocial. Ils semblent être moins en confiance avec un médecin centré uniquement sur le côté biologique d'une demande (7). Par la

compréhension des émotions au cours d'un entretien, tant sur le plan verbal que non verbal, elle facilite la divulgation d'informations indispensables à la réflexion diagnostique. En ce sens, le médecin pourra aussi mettre en place un traitement adapté au patient et non à la pathologie elle-même, créant ainsi une alliance thérapeutique et une meilleure observance (8).

1.2.2 Un outil contre l'épuisement professionnel

De nombreuses études ont été réalisées dans la dernière décennie à propos de ce sujet d'actualité.

Des auteurs envisagent différentes hypothèses divergentes sur le lien entre empathie et épuisement professionnel. Ces résultats semblent dépendre de la définition même qui est donnée à cette capacité. En effet certains font une distinction entre empathie cognitive, empathie affective et empathie clinique (9). En ce sens, l'empathie affective retrouve une définition proche de la sympathie (10). Il est donc logique que les résultats des études prennent des sens opposés si la définition même de cette compétence n'est pas clairement établie.

En intégrant que celle-ci n'est pas un phénomène d'identification à l'autre mais qu'elle permet une compréhension des émotions et une adaptation de la communication alors, elle induit une amélioration de l'épuisement professionnel du médecin (4). Associées à des mécanismes de régulation adaptés, la prise de perspective et la préoccupation empathique semblent entraîner une neutralité clinique nécessaire à l'équilibre émotionnel du soignant (11), comme le note notamment le Dr Cédric Lemogne lors d'une conférence devant l'Académie Nationale Française de médecine (12).

1.3 La formation à l'empathie en médecine générale actuellement :

1.3.1 L'apprentissage de l'empathie est-il possible ?

L'empathie engage deux processus : l'un automatique qui intègre les sentiments de l'autre, et l'autre contrôlé qui permet de les interpréter. Il y'a donc une part d'inné, instinctive, dans nos réactions à autrui. Le processus contrôlé permet de faire évoluer nos automatismes en intégrant les données environnementales, il permet la modulation de notre réponse à un stimulus (13). Ce

phénomène contrôlé est aussi permis grâce à la compréhension de nos propres réactions. On peut mettre cela en lien avec l'empathie affective, innée, et l'empathie cognitive, contrôlée.

Par différentes études, il a été prouvé que le processus automatique dépend d'un système de neurones miroirs. Lorsque l'on voit une personne souffrir par exemple, une partie bien précise du cerveau va s'activer, intégrant l'insula, une partie du cortex cingulaire, le tronc cérébral et le cervelet. Nos émotions vont s'exprimer en voyant les émotions de l'autre. Mais secondairement, en fonction de la situation, de notre expérience vécue, d'autres zones du cerveau vont répondre à ce phénomène par une mise à distance visuo-spatiale, induisant une réponse hétérocentrée. Enfin, un phénomène d'autorégulation pourra inhiber les émotions négatives (13).

Les médecins semblent justement, avoir des difficultés à adapter leur discours en fonction des signaux de communication envoyés par les patients. Une étude a montré qu'après formation à l'empathie, avec des coach personnalisés, consultations enregistrées et commentées, l'expression de l'empathie par des médecins était nettement améliorée en comparaison à ceux n'ayant pas réalisé cette formation (14). De plus, une méta analyse réalisée en 2014 a démontré que dans deux tiers des cas, une intervention induisait une amélioration de l'empathie chez les étudiants en médecine (15).

Ainsi, en mettant en place des formations à l'empathie, à l'aide de vidéos, de cas concrets, nous pourrions améliorer ce phénomène d'empathie cognitive, de compréhension de soi-même et d'autrui.

1.3.2 L'empathie dans la formation des étudiants en France :

Durant ses années d'apprentissage, l'étudiant en médecine éteint ses capacités d'empathie, car on lui demande d'obtenir une objectivité scientifique, de façon non consciente. Il persiste une croyance que l'affect distraie de bonnes prises de décisions (16) et que le détachement émotionnel induit une protection, une barrière nécessaire (17). Une inhibition des émotions se crée naturellement.

De ce fait, il n'existe pour le moment pas de formation à l'empathie dans les études médicales en France, bien que ce type de sujet soit de plus en plus abordé. Dans le cursus de l'internat, le Département de Médecine Générale a commencé à mettre en place des séminaires sur l'écoute

active, les outils de communication utiles, finalement une formation plutôt autocentrée sans réelle mise en situation. Ces cours théoriques sont particulièrement intéressants mais nécessiteraient peut-être une mise en pratique, afin non pas simplement d'entendre qu'il faut être empathique mais plutôt d'apprendre à l'être, et d'activer les processus dont on a parlé précédemment. Au Canada par exemple, dès le début des études, les jeunes médecins sont confrontés à des situations de patients vulnérables et précaires lors de stages et d'ateliers (18) au sein d'un cours obligatoire « Médecine sociale et engagée ». Ainsi, l'étudiant peut identifier ses propres lacunes, ses réactions face à une situation, puis viendra secondairement l'adaptation et la recherche d'équilibre relationnel.

1.4 La place des supports audiovisuels dans l'apprentissage

Les supports audio-visuels sont un très bon outil de communication. Il n'est plus à prouver que les publicités par exemple, peuvent induire des achats, des dons et sont par ailleurs beaucoup utilisées pour améliorer la prévention en population générale par le ministère de santé.

Pour ce qui est de l'empathie, les entreprises de marketing utilisent fréquemment dans des courts métrages, des vidéos narratives de personnes racontant leur histoire, induisant des émotions chez le spectateur. La vision d'une personne expliquant sa pathologie induit de l'empathie jusqu'à même de la sympathie dans la population générale (19). De même qu'en médecine, une étude réalisée sur 82 étudiants, a montré que par l'utilisation de clips vidéos et de jeux de rôle, en une séance unique de formation, leur niveau d'empathie était significativement amélioré sur le long terme (20).

C'est pour cela, que nous avons décidé de créer cet outil sous forme de vidéos, afin qu'elles induisent plus facilement des émotions et une activation des processus de sympathie ou d'empathie, en passant notamment par de la communication non verbale, que l'on ne retrouve pas dans un texte ou dans un cours théorique.

2 Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était l'élaboration de supports audiovisuels, selon la méthode Delphi, pouvant s'intégrer dans une formation à l'empathie pour les internes de médecine générale en Poitou Charente.

Le but était de créer un outil pédagogique utilisé dans ce cadre, afin d'améliorer le professionnalisme du médecin généraliste, d'induire une réflexivité sur son travail et sur la compréhension et l'utilisation de ses propres émotions.

3 Matériel et méthodes

3.1 Accords préalables à l'étude :

La participation étant anonyme, il n'a donc pas été demandé d'autorisation auprès du Comité d'éthique.

3.2 La technique de consensus par méthode DELPHI :

3.2.1 Définition :

C'est une technique permettant de recueillir l'avis d'un groupe d'experts sur un thème précis, de façon anonyme. Après élaboration de questionnaires reçus par mail, chaque personne donne son opinion sur un sujet spécifique. L'idée est d'envoyer les résultats obtenus du groupe à chacun d'entre eux afin qu'ils répondent une nouvelle fois en ayant une vision d'ensemble des propositions. Ils peuvent modifier leurs réponses ou en proposer de nouvelles.

Cela permet de consolider les idées sur une question précise mais pour laquelle de nombreuses incertitudes pèsent, notamment sur une définition claire. Ainsi, les experts ne s'influencent pas sur les réponses apportées grâce à l'anonymisation. Les réponses peuvent être affinées à chaque tour et non modifiées complètement.(21)

L'objectif final est d'obtenir un consensus, une convergence des idées sur la question posée (22) .

3.2.2 Le choix des experts :

Les experts sont des personnes qui ne communiquent pas les unes avec les autres et qui sont impliquées et intéressées par la question posée. Ils doivent avoir une compréhension claire du sujet.

Ont été recrutées des personnes ayant une ou plusieurs de ces caractéristiques :

- « Internes en médecine générale » : des étudiants en 3^{ème} cycle qui ont fait leurs études dans différentes facultés et pour qui la formation s'adressera en premier lieu.

- « Docteurs en médecine générale » : des médecins installés qui ont acquis de l'expérience et ont déjà vécu de nombreuses situations éveillant leurs émotions, nécessitant donc cette compétence qu'est l'empathie.

- « Professionnels de santé » : Afin d'ajouter d'autres points de vue à la question posée, il a été proposé à d'autres professionnels en santé de participer. Cette formation pouvant, à posteriori, s'adresser à d'autres corps de métier, l'empathie jouant tout autant un rôle clé dans leur travail.

La formation s'adressant en premier lieu aux internes de médecine générale, ils ont été en priorité recrutés dans ce groupe d'experts.

3.2.3 Les différents moyens de communication

Le recrutement s'est effectué grâce aux réseaux sociaux puis par messagerie électronique.

Un mail unique a été créé afin d'envoyer et recevoir toutes les données nécessaires.

Après explications dans les différents groupes d'internes et de médecins généralistes de Poitou Charente sur les réseaux, il était adressé aux intéressés un premier message d'approche (annexe 1). Il expliquait les étapes de cette étude et le rôle des experts dans chacune d'entre elles. Un exemple de scénario-type et un descriptif de la méthode Delphi ont été ajoutés en pièce jointe (23).

S'ils répondaient positivement à ce premier message, ils étaient directement inclus dans le groupe d'experts.

Chaque étape de la méthode était ensuite expliquée par messagerie électronique et envoyée anonymement à chacun d'entre eux. Les experts répondaient par mail lorsqu'il s'agissait d'une question ouverte, notamment pour le premier tour et pour l'élaboration des scénarios. Lorsqu'un questionnaire était nécessaire, un lien Google Docs était utilisé, permettant de garder cet anonymat.

3.3 Première partie : le choix des thèmes de scénario

3.3.1 Premier tour :

Afin de créer trois scénarios mettant en avant l'empathie du soignant, le groupe a proposé plusieurs thèmes de consultations, individuellement.

Ils avaient pour consigne de répondre à cette question simple : « *Quelles sont les situations où il vous semble qu'un soignant face à un patient qui est lui-même soignant est le plus sollicité dans son empathie ?* ».

Ces situations impliquant souvent plus d'émotions, et une juste distance difficile à mettre en place (24).

Après un mois de réflexion accordée, une liste de propositions a été créée.

3.3.2 Deuxième et troisième tours :

Le deuxième tour a consisté en la mise en place d'un questionnaire à choix multiples, intégrant les propositions de thèmes définies au premier tour. Chaque expert avait pour objectif de choisir trois choix de thème de façon croissante, du plus pertinent (3 points) au moins pertinent (1 point).

Une réponse ayant obtenu moins de dix points était éliminée. Si elle obtenait plus de trente points, elle était sélectionnée. Entre dix et vingt points, un nouveau tour était effectué de la même manière afin d'obtenir un consensus sur les trois thèmes définitifs. Cette fois-ci il devait choisir deux thèmes de façon croissante du plus pertinent (2 points) au moins pertinent (1 point).

Les experts avaient la possibilité de commenter ou de proposer de nouvelles idées à chaque tour.

3.4 Deuxième partie : l'élaboration des scénarios

3.4.1 Trois phases :

Pour chaque thème choisi, l'objectif était de créer un scénario joué en six minutes. Il devait être composé de trois phases distinctes :

- Premièrement, le médecin est sympathique, c'est-à-dire qu'il ressent les émotions du patient et se les approprie, son attitude semble inadaptée.
- Deuxièmement, il se rend compte que son attitude sympathique est une erreur.
- Enfin, il devient empathique : il comprend les émotions du patient et son comportement, tout en restant à distance de ceux-ci.

Ces trois étapes ayant pour but de faire réagir les étudiants en formation sur les comportements qui semblent, ou non, adaptés durant une consultation.

3.4.2 En pratique :

Pour chaque thème de scénario, un mail explicatif était envoyé aux experts (annexe 2).

Ils devaient proposer des répliques impactantes s'intégrant dans chacune des phases citées précédemment.

En s'appuyant sur la Grille de Calgary Cambridge, les experts ont proposé des répliques ou des courts dialogues, intégrant une partie verbale et une partie non verbale.

Cette grille est un outil pédagogique comprenant des compétences relationnelles utilisées lors de l'entrevue médicale, permettant une relation médecin-patient solide (25) (26).

La communication non verbale, partie intégrante de ces compétences, qui s'intègre dans le système des neurones miroirs (7), est indispensable à la notion d'empathie.

Une banque de données a été créée sur Word avec les réponses reçues. Elles ont été classées en fonction des phases dans lesquelles elles s'intégraient. La construction de chaque scénario a été réalisée, en prenant en compte les idées de personnages, de dialogues et de comportements associés (27).

3.5 Validation des scénarios selon la méthode de Likert

La dernière étape représentait la validation des scénarios par les experts. Pour s'intégrer dans la technique DELPHI, la méthode de Likert à onze points a été utilisée. Le groupe a reçu un questionnaire Google Docs, associé aux scénarios en pièce jointe (Annexe 3).

Les experts ont noté les différentes phases des trois scénarios, sur une échelle de 0 à 10, en fonction des deux items « empathie » et « non empathie », sur le plan « verbal » et « non verbal ».

Ils avaient pour objectif de les lire, de noter et de commenter chaque phase. La phase correspondant au changement d'attitude du médecin face au patient était aussi notée de 0 à 10 en fonction de sa pertinence aux yeux des experts.

Si plus de 80% des notes étaient supérieures ou égales à 7 pour chacune des questions (28), alors le scénario était validé par les experts. Sinon, des modifications étaient réalisées en fonction de leurs commentaires, puis un nouveau tour était réalisé, jusqu'à obtention d'un consensus.

4 Résultats :

4.1 Diagramme de Flux :

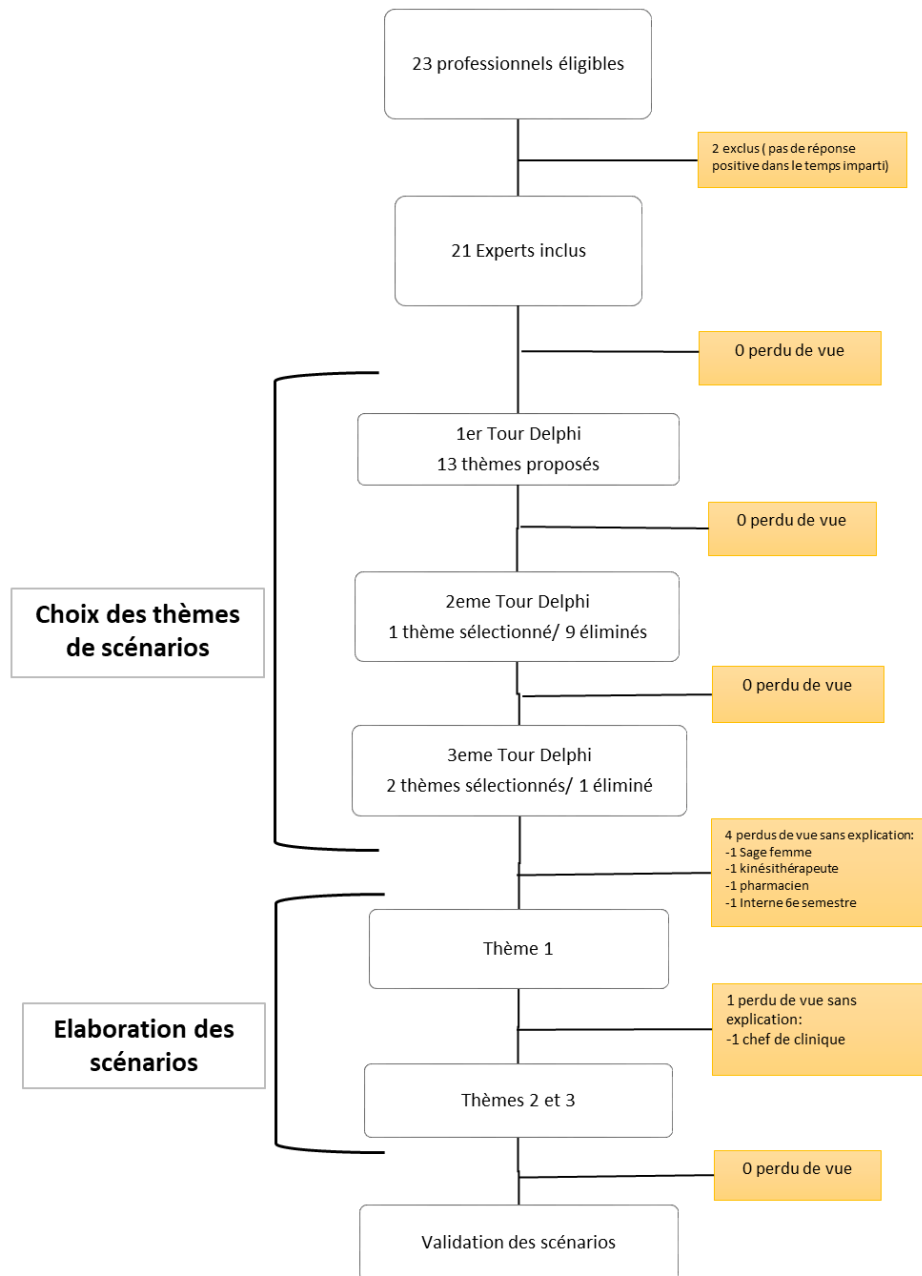


Figure 1 : Les différentes étapes effectuées par les experts au cours de l'élaboration des scénarios.

4.2 Les experts :

4.2.1 Généralités

23 potentiels experts ont été contactés grâce aux réseaux sociaux.

21 experts ont accepté de participer à l'étude après mail explicatif. Un minimum de 15 experts étant nécessaire (29), tous ont été inclus afin de prendre en compte un risque important de perdus de vue.

Durant le choix des thèmes de scénario, les 21 experts ont répondu durant les trois rondes Delphi.

Durant l'élaboration des scénarios, 5 experts ont été perdus de vue (sans raison notifiée) et ont été exclus, incluant tous les professionnels en santé autres que les médecins généralistes.

Au cours de la validation, les 16 experts ont tous répondu.

4.2.2 Données socio-professionnelles

Après la sélection des 21 experts, leur niveau et leur lieu d'étude ont été précisés. L'objectif était d'obtenir un groupe dont les membres avaient eu des formations médicales dans différentes facultés en France, et n'ayant pas le même niveau d'études.

17 femmes pour 4 hommes ont été recrutés, parmi eux :

- 1 médecin généraliste récemment diplômé
- 1 chef de clinique universitaire, en médecine générale
- 1 médecin remplaçant n'ayant pas passé sa thèse
- 4 internes de médecine générale en 6eme semestre
- 1 interne de médecine générale en 5eme semestre
- 6 internes de médecine générale en 4eme semestre

- 4 internes de médecine générale en 2eme semestre
- 1 interne de médecine générale en 1^{er} semestre
- 1 sage-femme
- 1 kinésithérapeute
- 1 pharmacien

Les lieux d'étude pour le concours de première année et l'externat comprenaient : Bordeaux, Poitiers, Tours, Nantes, Paris, Dijon, Montpellier, Toulouse, Angers, Rennes, Rouen et les DOM-TOM.

4.3 Résultats de la première phase de la méthode Delphi

4.3.1 Premier tour :

43 propositions de thèmes de scénario ont été envoyées du 3 mai au 3 juin 2022. De nombreuses idées traitaient du même thème notamment :

- 13 propositions au sujet du burn-out du soignant
- 9 propositions autour de l'annonce ou le suivi d'une maladie grave

N'ont pas été retenues, les phrases ne comportant pas sujet verbe et complément telles que « faute professionnelle du patient médecin » ou encore « reprise du travail après arrêt longue maladie ».

Au total : 13 thèmes de scénario ont été tirés de ces réponses reprenant toutes les données envoyées.

Tableau récapitulatif des 13 thèmes validés au premier tour :

A. Un médecin généraliste reçoit un médecin retraité, avec antécédents de cancer pulmonaire, qui se présente pour pleurésie. Découverte d'une reprise du cancer à un stade avancé où un traitement curatif n'est plus envisageable.
B. Un médecin généraliste reçoit une Aide-soignante qui souhaite un arrêt de travail pour lombalgies et se disant être épuisée professionnellement du fait d'un manque de compréhension de ses collègues.
C. Un médecin généraliste reçoit une infirmière de gérontologie se présentant pour lombo-sciatique mais finalement découvre en creusant durant l'interrogatoire qu'elle présente des signes de burn-out.
D. Un masseur-kinésithérapeute revoit un patient médecin qui n'effectue pas les exercices donnés la séance précédente.
E. Un Masseur-kinésithérapeute reçoit pour la première fois un patient pharmacien avec une prescription de rééducation lombaire, mais celui-ci ne veut que des massages.
F. Un médecin généraliste reçoit un patient interne en médecine, refusant un arrêt de travail pour ne pas impacter ses co-internes malgré des signes d'épuisement professionnel clairs.
G. Un médecin généraliste reçoit un patient lui-même médecin, lui avouant un mésusage médicamenteux aux morphiniques sur auto-prescription.
H. Un médecin généraliste reçoit un patient médecin du cabinet d'à côté, qui vient car a été victime d'une agression physique en visite chez l'un de ses patients.
I. Une sage-femme qui reçoit une maman médecin dont le nourrisson fait un ictère prolongé.
J. Un médecin généraliste reçoit un enfant pour suivi d'un cancer cérébral avec ses deux parents, eux-mêmes médecins.
K. Un médecin généraliste reçoit les premiers résultats de spermogramme d'un patient, infirmier en Gynéco/PMA, et doit lui annoncer son infertilité.
L. Un médecin généraliste reçoit un jeune patient, accompagné de sa sœur, infirmière en neurologie, dans le cadre d'une découverte récente d'une sclérose en plaque.
M. Un médecin généraliste reçoit un médecin du cabinet d'à côté, qui souhaite se confier sur ses difficultés à gérer sa vie professionnelle avec sa vie de famille, épuisée, ne sait plus comment gérer la situation.

4.3.2 Deuxième tour :

Le questionnaire permettant de choisir les trois thèmes finaux, a été envoyé le 9 juin 2022. Les résultats ont été clôturés 15 jours après. Il n'y a pas eu de nouvelle proposition de thème ou de commentaire.

Sur les 13 propositions, l'une d'entre elle a été choisie dès le premier tour avec 36 points (soit 28.5% des points). 16 experts l'ont inclus dans leur choix (70%) dont 8, qui l'ont élue la plus pertinente d'entre tous.

Elle a donc été validée.

Ce premier thème était : « Un médecin généraliste reçoit un enfant pour suivi d'un cancer cérébral avec ses deux parents, eux-mêmes médecins. » Ce choix reprenait l'un des thèmes évoqués le plus fréquemment dans les propositions au premier tour.

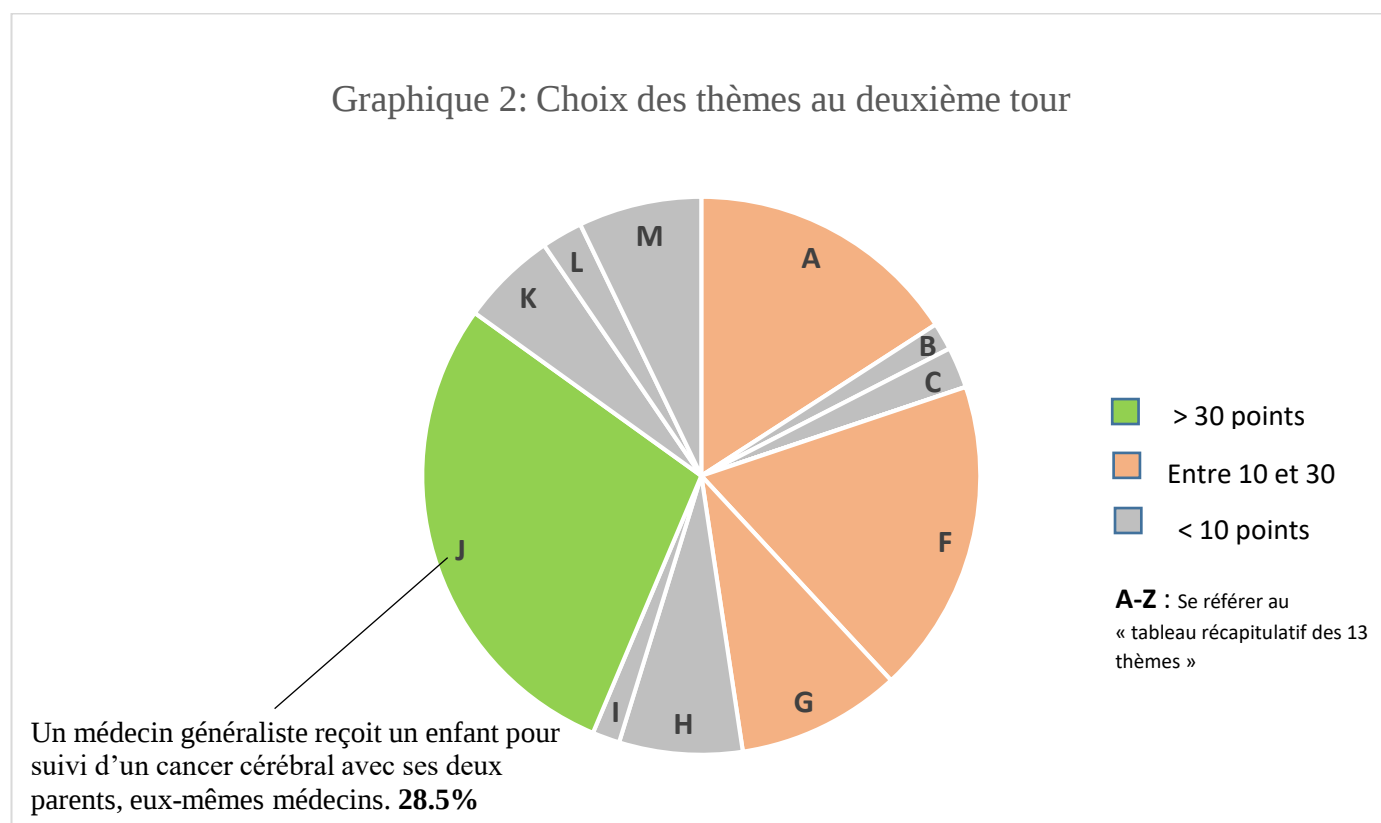


Figure 2 : Graphique représentant le pourcentage de votes pour chaque thème proposé, au deuxième tour

Trois autres thèmes ressortaient principalement :

- « Un médecin généraliste reçoit un médecin retraité, avec antécédents de cancer pulmonaire, qui se présente pour pleurésie. Découverte d'une reprise du cancer à un stade avancé où un traitement curatif n'est plus envisageable. » avec 16% des points.
- « Un médecin généraliste reçoit un patient interne en médecine, refusant un arrêt de travail pour ne pas impacter ses co-internes malgré des signes d'épuisement professionnel clairs. » avec 18 % des points.
- « Un médecin généraliste reçoit un patient lui-même médecin, lui avouant un mésusage médicamenteux aux morphiniques sur auto-prescription. » avec 10 % des points.

Un troisième tour a donc été réalisé afin de les départager.

4.3.3 Troisième tour :

Un nouveau questionnaire, permettant de choisir les deux derniers thèmes a été envoyé le 17 juin 2022. Les résultats ont été clôturés 15 jours après. Il n'y a pas eu de commentaire apporté par les experts.

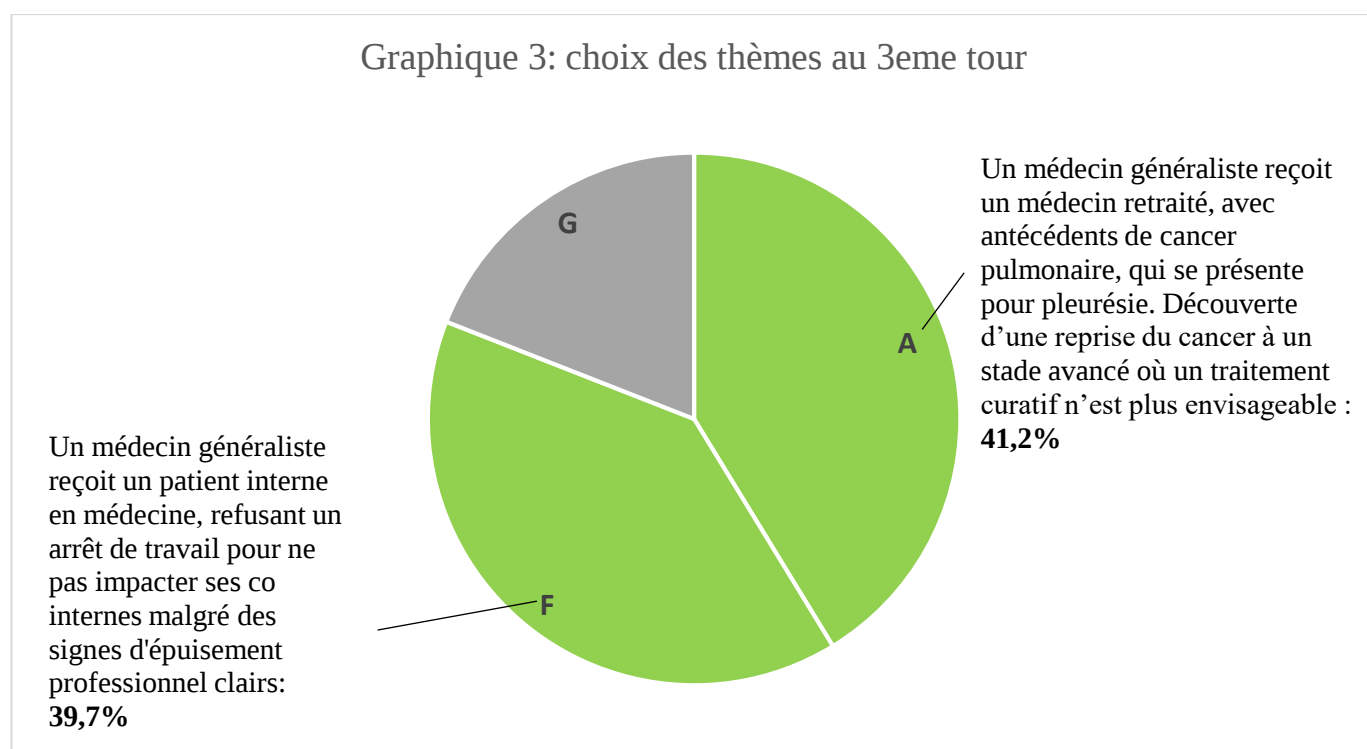


Figure 3 : Graphique représentant le pourcentage de vote pour les thèmes restant en compétition au troisième tour

Les trois thèmes finaux pour élaborer les supports écrits étaient donc :

- Un médecin généraliste reçoit un enfant pour suivi d'un cancer cérébral avec ses deux parents, eux-mêmes médecins.
- Un médecin généraliste reçoit un médecin retraité, avec antécédents de cancer pulmonaire, qui se présente pour pleurésie. Découverte d'une reprise du cancer à un stade avancé où un traitement curatif n'est plus envisageable.
- Un médecin généraliste reçoit un patient interne en médecine, refusant un arrêt de travail pour ne pas impacter ses co internes malgré des signes d'épuisement professionnel clairs.

4.4. Résultats de la deuxième phase : écriture des scénarios.

4.4.1 La récupération des données :

Le premier message explicatif (Annexe 2) afin de créer le scénario n°1 a été envoyé le 2 août 2022. Les résultats ont été clôturés le 25 septembre 2022 après deux relances effectuées par messagerie électronique.

La récupération des données concernant le scénario n°2 et n° 3 a débuté le 29 septembre 2022. Les réponses ont été clôturées le 2 décembre 2022. Trois relances ont été nécessaires pour obtenir un nombre suffisant de réponses.

4.4.2 Regroupement des différentes propositions

Après lectures de la banque de données pour chacun des thèmes choisis, un tri a été réalisé afin de regrouper les idées convergentes des experts, tout d'abord sur le plan verbal, puis sur le plan non verbal.

En s'appuyant sur la grille de Calgary Cambridge, les mêmes items étaient souvent mis en avant.

Scénario 1 (17 experts)				
	Verbal	Redondance des propositions (%)	Non Verbal	Redondance des propositions (%)
Sympathie	Transpose la situation du patient à sa situation personnelle	65%	Proximité physique: "tape amicale"	59%
	Exprime ses émotions personnelles	47%	Regard triste, larmoyant	47%
			Intonation de la voix " basse, cassée"	18%
	Donne son numéro de téléphone personnel	12%	Coupe la parole au patient	12%
Empathie	Proposition d'un suivi psychologique/aide	53%	Agit avec délicatesse, discours calme	35%
	Questions ouvertes	35%	Moins de proximité physique	24%
	Reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer: " comprendre, entendre"	35%	Raccompagne à la porte " hochement de tête"	24%
	Reformulation	18%	Marque des pauses, silences	18%

Tableau n° 1 (partie 1) : les principaux items émergents de la banque de donnée créée par les experts pour chaque thème de scénario.

Scénario 2 (16 experts)				
	Verbal	Redondance des propositions (%)	Non Verbal	Redondance des propositions (%)
Sympathie	Théatralité, colère. « injuste, horrible, vie de merde ; cette saleté de cancer »	44%	Voix tremblante	25%
	Pas d'explication sur la pathologie car considère que le patient sait déjà tout	38%	Apitoiement, tete baissée, regard fuyant	25%
	Médecin paternaliste	25%	Larmoiements	25%
	Tutoiement	13%	Trop de proximité physique	19%
Empathie	Propose un suivi régulier et proche	81%	Ecoute attentive, bras ouverts, buste en avant	25%
	Questions ouvertes	38%	Emotions neutres, voix posée	25%
	Reconnait la souffrance, accepte l'avis du patient	31%	Tend paquet de mouchoirs	13%
	Suivi familial	25%		
	Suivi psychologique	19%		
Scénario 3 (16 experts)				
	Verbal	Redondance des propositions (%)	Non Verbal	Redondance des propositions (%)
Sympathie	Comparaison à ses propres antécédents ex: "A mon époque", ' j'ai vécu ça"	81%	gestes accentués, théâtraux	25%
	Tutoiement	50%		
	Médecin paternaliste « il faut » « tu dois »	50%	Proximité exagérée, tape sur l'épaule	25%
	Enervement, agacement à propos du système de santé	31%		
	Culpabilisation du patient	31%	Joue avec un stylo, avec ses mains	13%
Empathie	Propose, négocie un arrêt de travail	63%	Temps d'écoute active, pause	43%
	Utilisation du reflet : « J'entends, je comprends »	56%		
	Questions ouvertes	31%	Posture droite, bras ouverts	19%
	Suivi rapproché	25%	Regarde dans les yeux	13%

Tableau n° 1 (partie 2) : les principaux items émergents de la banque de données créée par les experts pour chaque thème de scénario.

Toutes les propositions citées par les experts au moins deux fois ont été intégrées dans les scénarios.

4.5 Résultats de la troisième phase :

Les experts ont noté les différentes phases des trois scénarios, sur une échelle de 0 à 10, en fonction des items cités précédemment. Ils avaient un mois pour répondre au questionnaire, du 18 mars, au 18 avril.

Lorsqu'ils trouvaient une phase non pertinente, ils pouvaient proposer des changements ou des ajouts dans les scénarios.

Au total, une moyenne supérieure à 7 a été obtenue pour chaque item proposé. Il n'y a pas eu donc nécessité d'effectuer un second tour pour obtenir un consensus.

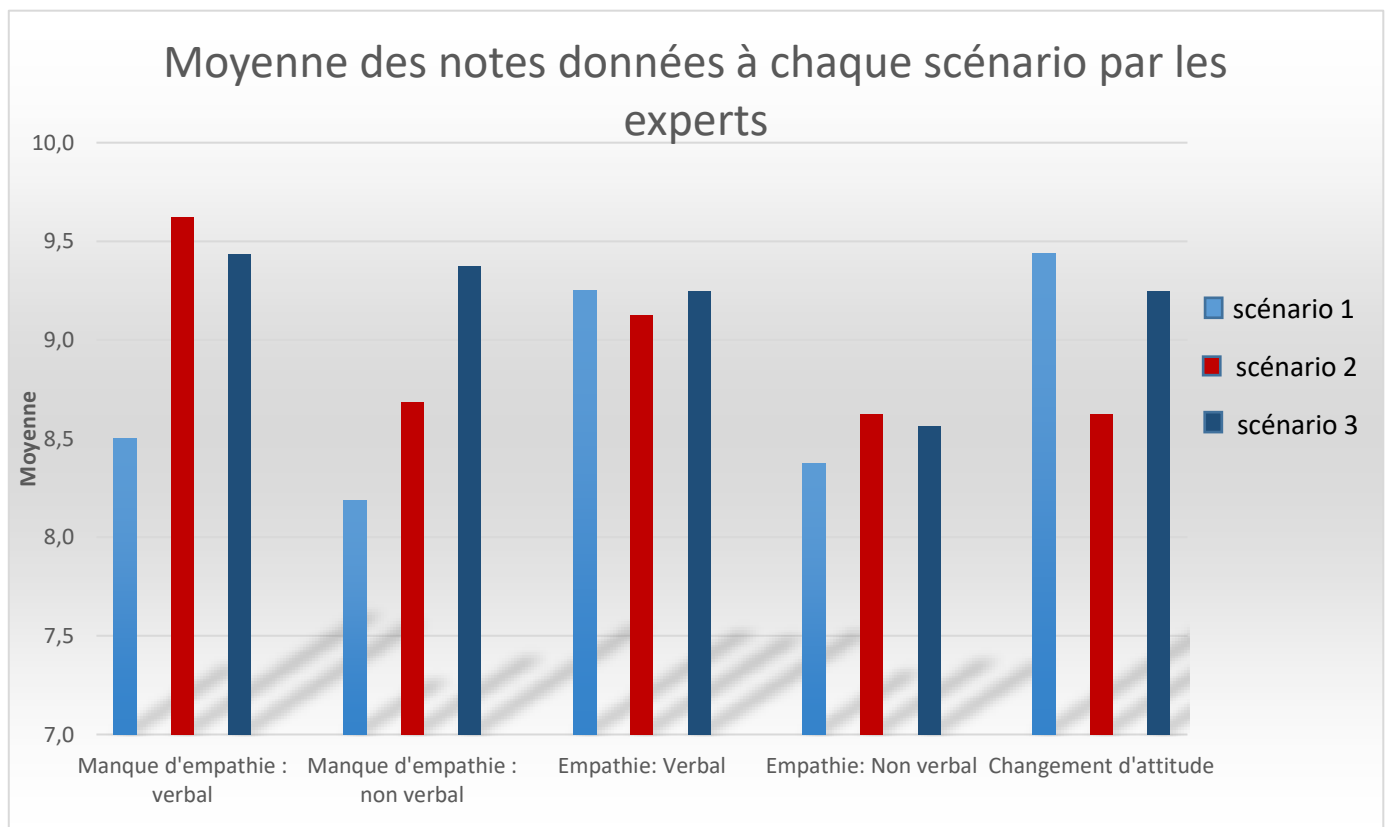


Figure 4 : Moyennes obtenues pour chaque scénario lors de la validation finale par les experts selon la méthode de Likert

La pertinence des éléments non verbaux retrouvés dans les scénarios a obtenu une moyenne de 8.65, contre 9.2 pour les éléments verbaux.

Le scénario n°1 obtient une moyenne de 8.76, le scénario n°2 une moyenne de 8.92, le scénario n°3 une moyenne de 9.2.

Au vu de ces constatations et des propositions de changements qui appuyaient surtout un manque de données non verbales (Annexe 4), il a été pris en compte ces demandes, des éléments non verbaux ont été ajoutés afin d'améliorer leur pertinence.

Les scénarios ont été clôturés le 7 juillet 2023 après relecture par deux chercheurs. Le but étant d'obtenir un avis objectif sur la fidélité des trois propositions finales comparée à l'utilisation des données fournies par les experts. (Annexe 5)

5 Discussion

5.1 Le choix de la méthode

5.1.1 Forces de l'étude

1) La méthode DELPHI :

La méthode DELPHI est un outil d'élaboration de consensus validée qui semblait la plus adaptée à un sujet si subjectif qu'est l'empathie.

Les critères de qualité méthodologique, ont été respectés :

- Anonymisation des résultats : permettant une libre expression de chaque participant sans l'influence d'un leader d'opinion.
- Nombre suffisant d'experts inclus (21 inclus pour 15 minimum)
- Aucun perdu de vue au cours de la première phase. Faible nombre de perdus de vue au total (5 experts dont 4 professionnels non médecins)
- Utilisation d'échelles numériques et de la méthode de Likert pour l'interprétation des résultats (29)

2) Une convergence des idées

Au cours de la première partie de cette méthode, les trois thèmes ayant obtenus le plus de suffrage au premier tour ont finalement été les trois validés, ce qui montre une adéquation d'idées.

Dans la seconde partie, la banque de données créée met en avant de nombreuses propositions convergentes faisant d'ailleurs miroir aux items de la grille de Calgary Cambridge. Ceci rajoute à la force et la qualité des scénarios écrits.

3) Des commentaires constructifs

Avec la possibilité d'ajouter de nouvelles propositions à chaque tour de façon anonyme, les experts ont mis en avant les éléments qu'ils trouvaient peu développés. Cela a permis d'intégrer de nouvelles propositions dans l'écriture des textes qui n'avaient pas émergé lors de l'élaboration de la banque de données.

5.1.2 Limites de l'étude

1) Une méthode chronophage

Un travail de réflexion important était demandé pour l'écriture des scénarios. C'est durant cette phase que 5 experts ont été perdus de vue. Cette méthode ayant duré 14 mois, il était difficile de maintenir la totalité des experts dans l'étude.

Cela a créé une implication hétérogène des personnes particulièrement lorsque des questions ouvertes étaient posées.

2) La méthodologie lors de la phase d'écriture

Pour intégrer le maximum d'éléments pouvant déclencher des émotions, chaque item présent au moins deux fois dans la banque de données était utilisé. Afin de limiter un biais de mesure, deux chercheurs ont été mis à contribution, comme cité précédemment.

De ce fait, cette partie ne suit pas exactement la méthode DELPHI qui nécessite un consensus lors de chaque tour. C'est pour cela qu'une validation secondaire a été réalisée avec une échelle de Likert.

5.2. Le choix des experts :

5.2.1 La légitimité des internes en tant qu'experts.

Cette formation que nous voulons créer, s'adresse aux internes de médecine générale. Il paraissait intéressant d'obtenir l'avis et les émotions de personnes en cours de cursus, afin de se rapprocher au maximum du public que nous souhaitons toucher. Les définitions mêmes

d'empathie et de sympathie semblent encore raisonner de façon récente dans leur esprit par les différents cours théoriques en faculté.

5.2.2 Les professionnels non médicaux perdus de vue

Afin d'élargir le panel à qui pouvait s'adresser cet outil à postériori, des professionnels non médicaux ont été intégrés. Ils ont tous été perdus de vue lors de la seconde partie.

Ces futures vidéos, mettant en scène uniquement des médecins, une possible explication serait qu'ils ne se sont pas sentis concernés par les thèmes validés au premier tour, n'illustrant pas leur quotidien.

5.3. Empathie-Sympathie : une différence parfois mince

5.3.1 L'expression de ses émotions par le médecin :

Des émotions trop dévoilées au patient par le médecin, représenteraient la notion de sympathie selon les experts. Cependant, comme on le retrouve dans certaines propositions, cette expression semble importante afin d'établir un lien de confiance entre les deux protagonistes. Des émotions extrêmes, excessives, sont moins bien perçues que l'expression neutre celles-ci. La connaissance et la compréhension du ressenti de chacun par l'autre permettrait la mise en place d'une relation intersubjective qui s'intègre dans la notion d'empathie (30).

5.3.2 Le modèle paternaliste rapporté à la notion de sympathie :

Le modèle paternaliste, contraignant le patient (31), s'intègre dans la notion de sympathie selon les experts.

Le fait de diriger l'entretien, sans laisser place à l'autonomie du patient, pourrait décrire une pratique plutôt antipathique. Mais s'associant à des éléments non verbaux montrant finalement un médecin trop investi, qui vit l'histoire du patient à sa place, alors ce modèle peut en effet s'intégrer dans la sympathie.

5.3.3 Le tutoiement et la proximité physique :

Ils ont majoritairement été cités comme des éléments de sympathie, un manque de distance du professionnel. Pour autant, ce sujet n'obtient pas de consensus clair dans cette étude de même que dans la littérature (32). L'utilisation de ces outils de communication paraît dépendre de plusieurs paramètres extra professionnels tels que l'âge du patient ou des liens affectifs hors travail. Un des éléments clé qui semble émerger de ces propositions est le consentement et le respect du patient, en tant qu'être humain, dans leur utilisation. (31)

5.3.4 L'intégration de ces items en pratique

L'objectif de cette formation étant une appréhension des émotions de l'autre et l'utilisation d'outils de communication en conséquence, il semblait intéressant d'intégrer ces items afin de permettre l'éclosion de débats et de discussions autour de ces sujets qui posent question.

5.4 Dans l'avenir

5.4.1 La mise en scène des scénarios sous forme de vidéos

Afin d'obtenir l'outil sous forme de vignettes vidéos, la prochaine étape sera de faire intervenir un groupe d'acteurs, dans le but d'intégrer parfaitement chaque étape et chaque émotion des scénarios.

Pour se faire, un appel à projet est en cours afin de trouver un financement pour le développement de cette formation.

5.4.2 L'utilisation de l'outil dans une formation dédiée aux internes. Faudrait-il la rendre obligatoire ?

Le biais principal de l'utilisation de cet outil à postériori sera un biais de sélection. Seuls des professionnels intéressés par le sujet de l'empathie ont accepté de participer. Logiquement,

uniquement des personnes au même profil participeront volontairement à celle-ci. Ce sont pour la plupart des personnes qui ont déjà un sens critique de leur pratique et prêts à s'investir dans le changement. Des professionnels ayant peu d'attrait pour ce type de sujet tourné vers la relation médecin-patient ne verront pas d'objectif à y participer.

Se pose donc la question de rendre cette future formation à l'empathie obligatoire pour tous les internes.

5.4.3 Réflexion sur le contenu de la formation :

Nous avons décidé ici, de créer un outil sous forme de vignettes vidéo, qui permettront d'induire des réactions de la part des étudiants et faire évoluer leurs compétences. D'autres supports semblent tout aussi intéressants et pourraient intégrer cette formation. Premièrement, les vidéos de consultation filmées : elles améliorent l'empathie auto-perçue et induisent une réflexion sur sa propre pratique par la rétroaction des pairs qui participent à la séance (33). La réalité virtuelle est aussi de plus en plus utilisée dans le monde médical, en proposant des expériences immersives. En se mettant « à la place de », par exemple une personne atteinte d'une pathologie de la vision ou de schizophrénie, les médecins percevraient mieux les problèmes rencontrés par le patient et améliorerait leur empathie face à cette pathologie (34) (35).

6 Conclusion

L'empathie est un élément essentiel à la relation médecin-patient. Aussi importante pour le patient afin d'établir une relation de confiance, que pour le médecin qui se protégera de l'épuisement professionnel en trouvant une juste distance à maintenir.

Il est clair qu'il ne suffit pas de se mettre à la place de l'autre pour le comprendre. C'est une compétence essentielle qui passe par la compréhension des émotions de soi et de l'autre, tant sur le plan verbal que non verbal. L'utilisation de ces supports audio-visuels dans une formation pour les internes de médecine générale leur permettra d'apprendre à identifier ces émotions. Par la visualisation de ces futures vidéos, et de discussions autour de ces cas, ils induiront des débats, des prises de conscience qui feront écho à leur pratique quotidienne. L'objectif étant qu'ils puissent mieux appréhender des consultations difficiles avec des outils de communication adaptés.

En ce sens, si cet outil est jugé efficace, grâce à des tests scientifiques qu'il faudra mettre en place dans les prochains mois, il serait intéressant d'envisager que cette formation soit intégrée dans d'autres spécialités que la médecine générale car tout professionnel de santé devrait avoir conscience de l'intérêt de cette compétence.

7 Bibliographie

1. Bass HP. L'empathie. *J Psychol.* 2011;286(3):14.
2. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Rech Soins Infirm.* 2009;98(3):28-31.
3. Urtubey L de. Freud et l'empathie. *Rev Fr Psychanal.* 2004;68(3):863-75.
4. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol.* 26 mai 2016;7:763.
5. Hurez S. Alain Berthoz, Gérard Jorland, dirs, L'empathie. *Quest Commun.* 30 juin 2005;(7):462-4.
6. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. 2006
7. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. *J Fam Pract.* 1991;32(2).
8. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-4.
9. Narme P, Mouras H, Loas G, Krystkowiak P, Roussel M, Boucart M, et al. Vers une approche neuropsychologique de l'empathie. *Rev Neuropsychol.* 2010;2(4):292-8.
10. Decety J. L'empathie en médecine. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2020;178(2):197-206.
11. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract.* 23 janv 2014;15:15.
12. Nau JY. Empathie, pratique de la médecine et épuisement professionnel. *Rev Med Suisse.* 8 avr 2015;469:838-9.
13. Heyes C. Empathy is not in our genes. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 déc 2018;95:499-507.
14. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns.* avr 2009;75(1):3-10.
15. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ.* 14 oct 2014;14:219.
16. Hardy C. Empathizing with patients: the role of interaction and narratives in providing better patient care. *Med Health Care Philos.* 1 juin 2017;20(2):237-48.

17. Forrest DV. Teaching Affect Recognition to Medical Students: Evaluation and Reflections. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. juin 2011;39(2):229-41.
18. S.Arbour A. Enseigner l'empathie aux futurs médecins - Québec Science; 2021.
19. Ferrari M, Fazeli S, Mitchell C, Shah J, Iyer SN. Exploring Empathy and Compassion Using Digital Narratives (the Learning to Care Project): Protocol for a Multiphase Mixed Methods Study. *JMIR Res Protoc*. 13 janv 2022;11(1):e33525.
20. D'souza PC, Rasquinha SL, D'souza TL, Jain A, Kulkarni V, Pai K. Effect of a Single-Session Communication Skills Training on Empathy in Medical Students. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. juin 2020;44(3):289-94.
21. ORSAS Lorraine. Méthode Delphi. Dossier Documentaire - fev 2009 Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/016-delphi.pdf>
22. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manage*. déc 2004;42(1):15-29.
23. Booto Ekionea JP, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Rech Qual*. 2011;29(3):168.
24. Galam E. Le soignant patient : quelles spécificités ? - MACSF; 2018. Disponible sur: <https://www.macsfr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/soignant-patient-quelles-specificites>
25. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Acad Med*. août 2003;78(8):802.
26. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M.T. Guide d'évaluation de l'entrevue médicale de Calgary-Cambridge. Disponible sur: https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2021/09/Guide-d_evaluation-de-l_entrevue-medicale-de-Calgary-Cambridge.pdf
27. Poget S, Mespoulet V. De l'idée à l'écran. Initiation à l'écriture de scénario de court-métrage de fiction - écla Aquitaine; 2012. Disponible sur: https://alca-nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/alca/fichiers/boite_a_outils_-de_lidee_a_lecran_-_scenario_de_fiction_2012.pdf
28. Demeuse M. Echelles de Likert ou méthodes des classements additionnés. Partie V - Chapitre 3. Janvier 2004, mise à jour janvier 2008
29. Letrillard L. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* 2011;99:170-7.
30. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2002;29(2):213-37.

- 31.Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
- 32.Cavey M. Le tutoiement - Gériatrie, soins palliatifs. [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article23>
- 33.Dohms MC, Collares CF, Tibério IC. Video-based feedback using real consultations for a formative assessment in communication skills. *BMC Med Educ.* 24 févr 2020;20(1):57.
- 34.Marques AJ, Gomes Veloso P, Araújo M, de Almeida RS, Correia A, Pereira J, et al. Impact of a Virtual Reality-Based Simulation on Empathy and Attitudes Toward Schizophrenia. *Front Psychol.* 2022;13:814984.
- 35.Dyer E, Swartzlander BJ, Gugliucci MR. Using virtual reality in medical education to teach empathy. *J Med Libr Assoc JMLA.* oct 2018;106(4):498-500.

8 ANNEXES :

1. Message de recrutement des experts :

Message d'approche pour la méthode DELPHI.

Bonjour, je me présente, Karen Leparc, interne de médecine générale. Je vous sollicite aujourd'hui dans le cadre de ma thèse. Nous nous sommes rendus compte que l'empathie n'était pas réellement enseignée au cours des études médicales en France.

Je travaille donc actuellement sur la création d'une formation à l'empathie pour les internes et les médecins généralistes, avec mon directeur de thèse le Dr Birault, dans le but d'améliorer la qualité des soins proposés à chacune de nos patientèles.

Mon objectif est de créer trois scénarios dans lesquels un médecin généraliste sera en consultation face à un patient qui est lui-même soignant ; ces situations impliquant souvent plus d'émotions que face à un patient non soignant.

Chaque scénario sera joué de deux façons différentes : médecin Empathique/ Médecin non empathique. Je vous ajoute en lien un exemple de vidéo telle que souhaitée.

Cela permettra d'avoir à disposition des vignettes vidéos, qui seront ensuite utilisées dans la suite de notre étude. Elle consistera à étudier les modifications électro-physiologiques cérébrales du médecin généraliste suite à leur visualisation.

Afin de créer ces vignettes, nous avons décidé d'utiliser la Méthode DELPHI. C'est un outil d'enquête qui permet d'obtenir un consensus, une convergence d'idées en interrogeant un groupe d'experts par mail qui répondront anonymement, mais qui ne communiqueront pas entre eux. Si vous souhaitez plus d'informations au sujet de cette technique, vous trouverez un article en annexe de ce mail.

C'est ici que j'ai besoin de vous. Si vous acceptez cette mission, vous vous engagez à répondre à différents mails durant les différentes étapes de la mise en forme de ces scénarios.

La première étape consistera à répondre à cette question : « Quelles sont les situations où il vous semble qu'un soignant face à un autre soignant est le plus sollicité dans son empathie ? ».

Vous pourrez ici proposer tous les thèmes de scénario que vous le souhaitez et qui vous semble les plus pertinents.

Lorsque j'aurai obtenu suffisamment de réponses, un questionnaire vous sera envoyé afin de choisir lesquels selon vous sont les plus adaptés au sujet, jusqu'à ce que trois thèmes soient définitivement choisis pour la prochaine étape.

L'étape suivante sera l'écriture et la construction des scénarios en suivant les thèmes choisis par vos soins. Le but sera d'y insérer des techniques de communication verbales et non verbales qui seront perçues par les spectateurs et qui engendreront une réaction de leur part.

En espérant que ce sujet vous intéresse et que vous participerez activement à la création de cette formation, je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Je vous laisse le soin de me contacter par mail si vous acceptez cette mission, en y insérant votre numéro de téléphone et le mail sur lequel vous souhaitez que je vous contacte.

Merci d'avoir pris le temps de lire ce message,

Cordialement

2. Message explicatif pour l'élaboration des scénarios :

Bonjour à tous. La première partie pour le choix des thèmes est enfin terminée.

Voici les trois thèmes sélectionnés pour les scénarios que nous allons créer ensemble :

- Un médecin généraliste reçoit un enfant pour suivi d'un cancer cérébral avec ses deux parents, eux-mêmes médecins.
- Un médecin généraliste reçoit un médecin retraité, avec antécédents de cancer pulmonaire, qui se présente pour pleurésie. Découverte d'une reprise d'un cancer à un stade avancé où un traitement curatif n'est plus envisageable.
- Un médecin généraliste reçoit un patient interne en médecine, refusant un arrêt de travail pour ne pas impacter ses co-internes malgré des signes d'épuisement professionnels clairs.

Nous allons désormais passer à la deuxième partie qui reprendra un peu les principes précédents. Pour chaque sujet, nous répèterons les mêmes consignes.

Travaillons tout d'abord sur le premier sujet : Un médecin généraliste reçoit un enfant pour suivi d'un cancer cérébral avec ses deux parents, eux-mêmes médecins.

L'idée est de créer une vidéo d'environ 6 minutes (et ceci pour les trois thèmes) :

- Une phase où le médecin est sympathique, c'est-à-dire qu'il ressent les émotions du patient et se les approprie.
- Une deuxième phase où il se rend compte que son attitude sympathique est une erreur.
- Enfin, une phase où il devient empathique : il ressent les émotions du patient mais ne les vit pas personnellement.

Ainsi, cela permettra de visualiser les modifications électrophysiologiques à l'EEG du cerveau d'un groupe de médecins lors de la lecture de la vidéo, en fonction des différentes phases. Puis une comparaison sera réalisée avant et après formation à l'empathie afin de voir si elle a permis un changement.

Ce que je vous demande ici :

1) Imaginez des phrases de dialogue permettant de mettre en avant chaque phase :
sympathie/questionnement/empathie

- pour le médecin
- pour le/les patient(s)

Je ne vous demande pas de créer le dialogue entier, mais de proposer des phrases impactantes en vous inspirant de la grille Calgary Cambridge ci-dessous, qui permettrait de bien faire la distinction entre chacune des 3 phases. (Par exemple des petits bouts de questions/réponses que je pourrai intégrer dans le dialogue, ou encore comment le médecin leur dit bonjour, les accueille, leur dit au revoir...)

2) Imaginez des indications non verbales afin que les acteurs puissent mettre en avant la distinction entre les trois phases. (Cela peut être des attitudes, des adjectifs qualificatifs, l'utilisation d'objets, comment il ouvre la porte, comment il dit bonjour etc...)

Je vous laisse jusqu'au **dimanche 24 juillet** afin de répondre à ce mail. Cette étape est celle où vous devez apporter vos idées et cela sera le cas pour chaque thème, mais ne vous inquiétez-pas, les mails

suivants seront aussi des questionnaires à choix comme vus précédemment et vous prendrons moins de temps.

Je vous remercie encore de votre participation.

Karen

3. Questionnaire de validation finale des scénarios : exemple thème 1

Validation des trois scénarios

Je vous laisse ici, le soin de lire avec attention les scénarios que je vous ai envoyé dans le mail.

Dans ce questionnaire vous allez devoir donner votre avis au sujet de leur pertinence et me proposer si vous le souhaitez et si vous le pensez nécessaire, des modifications. L'objectif est de retrouver dans ces histoires, les trois phases "non empathique" mise en question du médecin- empathique".

Vous allez devoir répondre à ces questions en utilisant une échelle de notation allant de 0 à 10,

sachant que 0= pas du tout d'accord, 5= ni d'accord, ni pas d'accord, 10= totalement d'accord.

Vous pourrez ensuite proposer les modifications qui vous semblent nécessaires

Merci de votre aide et bonne lecture.

karen.lepore@gmail.com [Changer de compte](#)

Non partagé

* Indique une question obligatoire

Lisez le scénario n°1.

Le manque d'empathie est-il retrouvé au début du scénario de façon pertinente sur le plan verbal, dans les dialogues ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L'empathie est-elle retrouvée à la fin du scénario de façon pertinente sur le plan non verbal, dans les gestes et l'environnement décrits ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si cette partie n'est pas pertinente selon-vous que changeriez-vous?

Votre réponse

Pensez-vous que le changement d'attitude du médecin est bien visible ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Souhaitez-vous proposer une modification afin que ce changement d'attitude soit plus marqué?

Votre réponse

Le manque d'empathie est-il retrouvé au début du scénario de façon pertinente sur le plan non verbal, dans les gestes et l'environnement décrits ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si cette première partie n'est pas pertinente selon-vous, que changeriez-vous?

Votre réponse

L'empathie est-elle retrouvée à la fin du scénario de façon pertinente sur le plan verbal, dans les dialogues ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Proposition de modification avant validation finale des scénarios :

Scénario n°1 :

- Sur le plan verbal, je trouve que cela n'est pas forcément flagrant (il leur demande comment ça va, dit que ça doit être difficile ect), le fait de couper la parole et l'attitude décrite en revanche oui.
- Accentuer le côté non verbal peut-être (bras croisés, regarder les CR sur l'ordinateur sans regarder les parents...)
- J'essaierais peut-être de trouver des phrases qui montrent sa participation à l'émotion sans pour autant placer la conversation autour de SON ressenti, je trouve que c'est presque auto centré sur le médecin. J'enlèverais les phrases comme « je n'aurais pas cette force » peut-être ?
- Parfait, on ressent bien la sympathie et non l'empathie
- Peu de description sur l'attitude non verbale vers la fin
- Moins d'indication sur la deuxième moitié du dialogue quant au positionnement du médecin, qu'il ne reste pas toute cette partie avec les bras posés sur le bureau.

Scénario n°2 :

- Projection personnelle du médecin bien visible donc parfait, plan non verbal pourrait être à peaufiner cf proposition plus loin
- Verbal quasi parfait, seule chose : le médecin répète deux fois qu'il sera présent pour B si besoin, cela fait peut-être répétition et revient du coup à un peu trop de sympathie ? Une fois cela me paraît suffisant :)
- Peut-être rajouter une partie sur l'examen clinique, que le médecin l'examine comme n'importe quel patient et non pas juste se fier à ce que dit son patient-médecin pas assez marquée, je développerais plus, « cad »: début de première partie médecin fuyant (du regard, corps pas totalement tourné vers le patient, regard bas, tête un peu baissée) puis médecin insiste pour essayer une nouvelle chimio: là il pourrait être intéressant que le médecin soit totalement tourné vers le patient, le buste très en avant, de grands gestes avec les bras: comme s'il s'emportait et essayer de convaincre B de reprendre un traitement, puis pour la transition j'aurai rajouté un moment de silence où on pourrait voir dans le regard du médecin qu'il s'aperçoit qu'il est en train "d'aller trop loin" c'est à dire d'avoir une attitude d'ami et non de soignant neutre: j'aurais ajouté donc un silence = prise de conscience, puis le médecin viendrait à une posture de soignant, bien assis dans sa chaise, avant-bras sur le bureau, bras non croisés, laissant un vrai temps de parole à B

Scénario n°3 :

- Accentuer le côté non verbal (au départ le médecin est face à son ordinateur/ne regarde pas le patient, à la fin du scénario il pourrait tourner son écran vers le patient pour lui montrer et lui expliquer quelque chose (résultats du score ? classes thérapeutiques?))
- Toujours plus difficile de montrer le comportement empathique non verbal, jouer sur la caricature de la première partie pour montrer un décalage probablement
- Sur le plan verbal : j'ai un doute sur le fait que M oublie de faire l'ordo à la fin, ça ne fait pas très pro bien que cela soit un reflet de la vraie vie, et ça pourrait faire un peu un retour vers le "je m'en foutisme" du début ;) (PS: bizarre que le médecin ne propose pas un antidépresseur ...) sur le plan non verbal c'est assez peu développé, mais bon le verbal est top et le médecin sourit gentiment donc ça me paraît très bien et adapté comme ça.

5. Scénarios définitifs :

Scénario n°1

Thème 1 : Un médecin généraliste reçoit en consultation les parents, eux-mêmes médecins, de Tom, jeune enfant atteint d'un cancer cérébral en cours de traitement.

M : médecin / P1 : le père / P2 : la mère

Le médecin ouvre la porte, regarde les parents timidement, tristement, les yeux larmoyants.

M : « Bonjour, entrez » *tape amicale sur l'épaule du père avec un air de désolation puis enchaîne*
« J'ai reçu le dernier compte rendu d'hospitalisation de Tom, j'imagine que ça doit être difficile... »

Les parents s'installent

P1 « Merci de nous avoir donné un rendez-vous rapidement, on avait besoin de discuter avec vous de tout ça, on n'a pas amené Tom, je pense qu'il n'a pas besoin d'être là aujourd'hui, il a déjà bien assez subi ces derniers jours. »

Le médecin avance sa chaise pour se rapprocher des parents

M : « Mon enfant a presque le même âge, si j'étais à votre place, j'aimerais que mes confrères en fassent autant. C'est terrible ce qu'il vous arrive. »

Recule la chaise, reprend sa place derrière le bureau, regarde son ordinateur en croisant les bras

« Tom a commencé la chimiothérapie depuis plusieurs semaines maintenant. J'imagine que les allers-retours à l'hôpital son fatigants, avec nos emplois de temps de médecins, je ne sais pas comment vous faites. Je n'aurais pas cette force. »

La mère, triste, baisse le visage et serre les mains

P1 : « Je ne sais pas, c'est plutôt lui qui a de la force, on ne peut pas se permettre de craquer mais ça devient de plus en plus dur à la maison. »

M : « Oui j'imagine bien... Vous avez pu vous dégager du temps de travail pour être un peu plus présents ? »

P1 « Oui, oui, on se débrouille, les collègues sont vraiment arrangeants. Mais... »

M : *Coupe la parole* « Ah bon, ça me fait plaisir d'entendre qu'il y'a toujours de la solidarité à l'hôpital. Moi qui pensais que l'hôpital allait mal en ce moment, les gens arrivent à rester humains. »

Vous vous souvenez, je vous avais donné mon numéro de téléphone depuis la dernière consultation, il fallait m'écrire ou m'appeler plutôt que de prendre rendez-vous par la secrétaire ! » *puis dit à voix basse* « C'est tellement dur... »

P1 : *Le père et la mère se lancent un regard rapide gêné* « Oui, bon... Pour reprendre par rapport à Tom »

Le médecin se reprend, toussotte, s'installe convenablement à son bureau, les bras posés sur le bureau, en les regardant.

M : « Oui pardon, expliquez-moi, racontez-moi comment va Tom ? »

P2 : « On voit bien que la situation est de plus en plus compliquée à la maison, entre ses maux de tête, les modifications dues aux traitements, il a même fait une crise d'épilepsie qui a duré une éternité la dernière fois ! On ne voit l'oncologue que finalement très peu, les chimios avancent mais les effets secondaires sont de pire en pire, on se sent un peu démunis face à tout ça. On aurait bien envie de modifier son traitement par nous-même... »

P1 : « Oui, mais on s'est dit que ce n'était pas la chose à faire. C'est pour ça qu'on est là aujourd'hui. On n'a pas envie de prendre de décision médicale. On veut laisser cette place aux autres.

M : « D'accord, je comprends... Quand vous dites que vous ne voyez pas souvent l'oncologue, il ne vous donne pas des rendez-vous réguliers ? »

P1 : « Oh, si, mais vous savez, les vraies consultations avec lui c'est uniquement une fois par mois. Sinon on le voit, quoi, 5 minutes max le jour où il fait sa chimio. Vous savez comment ça fonctionne... »

M : « Ok, donc si je résume, *(Avance son buste légèrement, se tient les mains et regarde les deux parents un à un)* Tom présente des maux de tête très souvent et la dernière fois il a fait une crise d'épilepsie. Vous avez revu le spécialiste depuis, vous aviez le traitement pour l'épilepsie ? Il prend quoi pour ses maux de tête ? »

P2 : « Oui oui, pour l'épilepsie c'est réglé, il est sous traitement maintenant, il n'en a pas refait depuis. Par contre ses maux de tête, ça s'aggrave, et ça commence vraiment à l'handicaper dans la vie quotidienne. Il a des corticoïdes et beaucoup d'autres choses regardez. »

Elle lui tend l'ordonnance

M : « Oui, effectivement, il prend déjà beaucoup de choses. Je pense qu'il serait nécessaire qu'un médecin l'examine avant de modifier les médicaments qu'il prend. Ce que je vais faire, c'est passer un coup de fil à l'oncologue, pour qu'il le voit rapidement, et qu'il puisse adapter les traitements, je ne veux pas faire de bêtises entre les traitements de chimiothérapie et tout ça, je pense que ce n'est pas mon rôle de modifier l'ordonnance, et je suis d'accord avec vous, ce n'est pas votre rôle non plus.

Pause ...

Je vous sens un peu dépassés par la situation actuellement, ce qui est compréhensible, vous en avez discuté avec quelqu'un ? »

P1 : « On n'en parle pas trop, on veut rester forts, puis tous les collègues qui s'apitoient, bof bof.. »

M « Je parle d'en discuter avec un professionnel de santé peut-être ? Vous en ressentiriez le besoin ? »

Le papa fait signe de la tête non. La Maman hausse les épaules :

P2 : « Je pense que ça m'aiderait oui... peut-être. »

M- « Si vous le souhaitez je vous note le numéro des infirmières psychologues du cabinet, elles sont très bien. Je peux vous conseiller un groupe de parole aussi si vous voulez. »

P2- « Oui je vois, je vais réfléchir...merci »

M : « Donc au sujet de Tom, j'appelle dès que possible l'oncologue pour refaire le point avec lui et je vous tiens au courant pour une consultation rapide. S'il ne peut pas le prendre rapidement, je verrai

avec lui ce que je peux faire pour ses douleurs. Ça vous convient comme ça? Ce que vous vivez actuellement n'est vraiment pas simple, réfléchissez vraiment pour le suivi.

Y'a-t-il autre chose que je peux faire pour vous ? »

P1 : « Je compte sur vous pour l'oncologue. On attend de vos nouvelles. Je ne supporterais pas de voir mon fils souffrir plus longtemps. »

P2 : « Merci pour les numéros, on va voir ce qu'on fait. »

Fin de consultation : médecin se lève les raccompagne vers la porte « J'entends tout à fait. Je vous souhaite bon courage. A bientôt, n'hésitez pas si besoin » (*signe de la tête*)

FIN

Scénario n°2

Thème 2 : Un médecin généraliste reçoit un médecin retraité, avec antécédents de cancer pulmonaire, qui se présente pour pleurésie. Découverte d'une reprise d'un cancer à un stade avancé où un traitement curatif n'est plus envisageable :

Le médecin va chercher le prochain patient dans la salle d'attente.

M : « Salut Bernard, viens entre et installe toi » *Tape sur l'épaule*

Bernard ne dit pas un mot.

M continue de parler alors qu'ils ne sont pas encore installés. M reste proche de B à l'avant du bureau.

« J'imagine que tu as lu les résultats du scanner...Je suis vraiment navré. »

B : « Je t'avoue que le scanner c'était hier et... j'ai eu les résultats oui mais... non je ne les ai pas lus »

M : « Ah pardon je pensais que tu n'allais pas attendre, je n'aurai pas pu à ta place. Le compte rendu du scanner indique qu'il y a bien une reprise du cancer. On avait été agressif pourtant la première fois, ça m'embête (souponner) ... Je suis vraiment désolé ... » *(passe une main amicale dans le dos de B)*

B : « Ah oui, d'accord. *(Pause)* Vu mon état je m'en doutais... Je savais que ça sentais le roussi, j'espérais une pneumopathie, ou des séquelles des rayons. Même quand je monte les escaliers maintenant je suis essoufflé. Je crois qu'il n'y a plus rien à faire pour moi. Je ne l'ai pas encore dit à Valérie, j'ai peur qu'elle ne le supporte pas. » *Se met à pleurer*

M : *regard fuyant* « Oui j'ai vu ta femme hier, elle semblait très inquiète. *Regarde son bureau et fait un « non » de la tête d'apitoiement. Les larmes aux yeux. Temps de pause. Puis reprend avec un élan de courage.*

"Attends, je vais reprendre un avis auprès du pneumologue, il doit y avoir quelque chose à te proposer."

B : « Oh il me semble qu'il avait été assez clair sur ce cas de figure . Et puis même, perdre mes cheveux je m'en fiche mais si c'est pour finir mes derniers mois de vie alité toute la journée avec même pas assez de force pour aller aux toilettes seul... non c'est hors de question »

M : *voix tremblante* « Mais Bernard, tu ne peux pas abandonner, s'il reste un espoir tu ne veux pas tenter ? Tu es encore jeune, ce n'est pas juste. Tu as l'âge de papa *(ou mon âge en fonction des acteurs)*. Je peux l'appeler moi, le pneumologue, il y'a pleins de nouveaux protocoles en cours. Je suis sûr que tu pourras rentrer dans l'un d'eux. Beaucoup font preuve d'une efficacité importante dans les dernières études, tu sais l'immunothérapie c'est l'avenir. »

B : « S'il y'avait eu un protocole intéressant, il me l'aurait déjà proposé je pense, même avant que j'en arrive à ce stade... Même me balader promener le chien c'est pire qu'un marathon tu te rends compte ?!»

M : « Ça ne coûte rien que je l'appelle pour en discuter avec lui ! » *Grands gestes avec ses mains, se précipite sur son téléphone fixe*

B : *Agacé, croise les bras* « Ecoute, ça fait 7 ans maintenant que ce fichu truc me suit. Je veux profiter du temps qu'il me reste, tu comprends. Mes enfants n'arrêtent pas de m'appeler, constamment pour avoir des nouvelles. Ma femme pleure en cachette. L'apitoiement des gens sur mon sort, je supporte plus. Ça me rend fou. Je n'ai pas envie de me justifier sur mes choix. J'ai juste pas envie de souffrir, de profiter du temps qu'il me reste pour profiter de ma famille et de mes petits-enfants. »

M : *long silence*, « Oui tu as raison, excuse-moi je me laisse dépasser par la situation.

C'est ton choix, je l'entends et je le respecte. » *S'installe derrière son bureau*

B acquiesce, les yeux larmoyants. M lui tend le paquet de mouchoirs puis reprend

M : *écoute attentive (buste en avant, bras non croisés)* « Je sais que ça fait beaucoup d'informations à intégrer tout ça. Si tu le souhaites je peux te proposer un rendez-vous dès que tu te sentiras prêt avec Valérie afin qu'on lui explique ensemble la situation ? »

B : *Rouvre les bras* « Oui, même cette semaine, je n'ai pas envie qu'on tourne autour du pot. Je n'ai pas envie de lui mentir, elle attend la suite des résultats elle aussi de toute façon... »

M : « Si tu veux jeudi soir, en fin de journée, je ne serai pas pris par d'autres consultations derrière, nous prendrons le temps. »

B : « oui c'est très bien, merci »

M : « Par rapport à tes difficultés à respirer, explique-moi un peu quand est-ce que ça arrive ? »

B : « En journée, c'est surtout quand je décide de faire des efforts, comme je te disais, monter les escaliers par exemple, puis je peux plus aller chercher les champignons ou marcher jusqu'à la boulangerie, pourtant tu sais bien, elle n'est pas si loin. Le soir, par contre, c'est pire, je ne sais pas si j'ai le souffle coupé par la maladie ou par l'angoisse. Je dors plus, j'ai gobé les lexiomil de ma femme... Moi ce que je veux surtout, c'est ne pas trop souffrir.»

M : « Oui, tu as raison, nous allons nous axer là-dessus. Je vais essayer d'appeler le pneumologue pour voir si ce n'est pas possible d'envisager une ponction, juste histoire que tu récupères un peu de souffle. Et si ça ne suffit pas, tu sais on pourra voir pour un peu d'Oxygène à la maison.

Pour les difficultés à t'endormir, as-tu pensé à discuter avec un psychologue ou quelqu'un que tu ne connais pas trop, pour parler de tes angoisses, ou simplement de ta situation, tiens je te donne la carte de celle-ci elle est super et pas très loin de chez toi. »

B : « Je suis pas sûr d'être prêt à ça mais merci » *Tends la main pour la prendre, la lit puis la range dans ses papiers*

M : « Je veux que tu saches que tu peux prendre rdv ici dès que tu le souhaites ou dès que tu as des questions. Pour la suite, nous en discuterons mais je pense que pour aujourd'hui c'est suffisamment d'informations, à moins que tu aies d'autres questions ? »

B : « Non ça va, de toute façon on reparlera de tout ça jeudi avec Valérie. Oui je veux bien que tu me tiennes au courant pour le pneumologue si ça peut me permettre d'être plus confortable, je prends ! »

M : « Je t'appelle dès que j'en sais un peu plus. Et sache que je peux faire des consults à domicile si tu te sens trop fatigué, d'accord ? »

B : « Ok, c'est bon à savoir, pour l'instant je préfère garder un peu de mobilité quand même donc je viendrai. Merci »

M : « Bon, d'accord, je te dis à Jeudi alors et puis n'hésite pas si besoin. » *Se lève pour raccompagner le patient à la porte*

B : « Oui, à jeudi » *Se serrent la main*

FIN

Scénario n°3

Thème 3 : Un médecin généraliste reçoit un patient interne en médecine, refusant un arrêt de travail pour ne pas impacter ses co-internes malgré des signes d'épuisement professionnels clairs :

Le médecin va chercher le prochain patient dans la salle d'attente. Ouvre la porte, le laisse entrer. Le laisse refermer la porte. Se réinstalle directement, regarde son ordinateur, le patient n'est pas encore assis, en train de retirer sa veste.

M : *Jette un coup d'œil rapidement au patient puis regarde son ordinateur* "Bonjour, entrez, installez-vous, qu'est-ce qui vous amène ? Je crois qu'on ne s'est jamais vu. "

P : « Bonjour, merci de m'avoir pris rapidement. Alors, en fait, j'ai des petits soucis de sommeil en ce moment. J'ai vraiment beaucoup de mal à m'endormir c'est l'enfer. »

M : « Un fléau ces troubles du sommeil actuellement... Je crois qu'il n'y a pas un patient qui n'a pas des soucis pour dormir ! *(Gestuelle importante avec ses mains, accentue le mot « fléau » et « un patient »)* Vous regardez beaucoup la télé le soir, qu'est-ce qu'il se passe ? »

P : « Non pas du tout, je rentre du travail, je suis pourtant épuisé par mes journées. »

M : « Ah oui vous faites quoi dans la vie ? »

P : « Je suis interne en stage de maladies infectieuses en ce moment, c'est mon 2e semestre d'internat, la charge de travail est assez importante, et l'ambiance assez affreuse. »

M : *Joue avec un stylo puis le lève en l'air en parlant* « Ah oui, ça c'est le métier qui rentre ! »

P : *Rires nerveux* « J'ai pleuré tous les soirs en rentrant cette semaine, je ne dors pas. Je voudrais bien quelque chose pour m'apaiser et m'aider à dormir"

M : « Eh oui c'est dur l'internat à l'hôpital, c'est stressant et fatigant mais quand c'est fini on en ressort grandi. Et je sais de quoi je parle ! Pourquoi vous pleurez tous les jours ? qu'est-ce qu'il se passe ? »

P : *regard dans le vide, se touche les mains sans arrêt* : Je ne sais pas...Le matin quand j'arrive à l'hôpital, je m'arrête aux toilettes du rez-de-chaussée juste à l'entrée, pour vomir... j'ai une si grosse boule au ventre. Après ça, je passe acheter un café et des croissants pour mes co-internes. Comme ça personne ne se rend compte de rien. Quand je rentre chez moi, je mets de la musique et je me roule en boule dans mon canapé pour pleurer. J'ai toujours peur que les voisins m'entendent. »

M : "Ah oui effectivement... mon pauvre *(s'avance au-dessus du bureau et réalise deux petites tapes rapides sur le bras du patient)*, je vois les conditions de travail à l'hôpital à la télévision comme tout le monde, ça me fait de la peine.... Je peux me permettre de te tutoyer ? *(n'attend pas son approbation)*. Je me souviens que c'était dur à mon époque également, je te comprends bien. Ça arrive de craquer. »

P: « Eu... oui oui allez-y. Le problème c'est que je commence à faire des erreurs. Je ne dors plus, j'ai beaucoup de mal à me concentrer. J'ai déjà piqué des benzos dans le bureau des inf en pleine journée parce que je sentais que je ne pouvais pas avancer, je pouvais plus rien supporter. J'ai pas du tout envie que les gens aient pitié de moi, alors je fais tout pour paraître normal. »

M : *Commence à relever la tête et donner un peu plus d'intérêt au patient. Arrête de jouer avec le stylo qu'il avait dans les mains* : « Ah oui d'accord, tu prends des médicaments régulièrement comme ça ou ce n'est arrivé qu'une seule fois ? Ça fait combien de temps que tout cela dure ? »

P : « Honnêtement ? Déjà le semestre dernier je sentais que mon état n'était pas comme d'habitude... Je me sens seul, je n'ai plus envie de rien, me lever le matin pour aller travailler, c'est la plus grosse des tortures, pourtant d'habitude j'ai jamais de soucis. »

M : « Ce que tu me racontes là m'interpelle, *(temps de pause)* tu sembles réellement épuisé de la situation. Je vais te faire le test HAD, je ne sais pas si tu connais ? »

P : « Eu... non ? »

M : « Cela me permettra d'évaluer ton niveau de tristesse et d'anxiété, et puis comme ça ensuite on discutera de ce qu'on pourra mettre en place pour toi »

P : « Ok, ça marche. »

TEST FAIT (On ne filme que le début)

M : *Tourne l'ordinateur vers lui* « Bon, regarde les résultats obtenus. Cela ne te parle surement pas trop mais je pense qu'il va falloir que tu te rapproches d'un ou une psychologue afin de mettre en place un suivi, pouvoir discuter, échanger de tes sentiments, essayer de déceler aussi comment tu en es arrivé là. »

(Le patient acquiesce)

M : « Est-ce que tu as pensé à t'arrêter un peu ? Je pense que cela serait nécessaire au vu de la situation. »

P : « Alors là, impossible ! J'ai repris des gardes pour mes co-internes qui sont déjà au bord du gouffre, je peux pas leur mettre à l'envers maintenant ils vont me détester et je vais me traîner une sale réputation pour tous les semestres qui me restent. »

M : « J'entends bien, eux aussi travaillent sûrement beaucoup, cet arrêt de travail pourrait en effet leur rajouter des heures, mais il faut que tu penses un peu à toi. Il ne faut pas que tu te sentes coupable de la situation. »

P : *(Se prend la tête dans les mains et souffle un bon coup)* « Ça n'est pas si simple, si je m'arrête ce sera la dégringolade pour les autres, vous imaginez le bazar ! »

M : "Je comprends ce sentiment de culpabilité vis-à-vis de tes co-internes, si tu ne veux pas t'arrêter je ne vais pas t'y obliger, mais je pense qu'il est important de souffler avant de complètement craquer. Je te propose plusieurs solutions : soit je t'arrête tout de suite une bonne semaine, soit tu testes une semaine au travail avec une petite aide pour dormir et tu vois comment ça se passe. Dans tous les cas, je te revois dans une semaine pour voir comment tu te sens, et s'il faut je t'arrête ou je te prolonge. Qu'est-ce que tu en dis ?"

P : « Pour le moment je ne suis pas prêt à m'arrêter je suis désolé... Je préfère l'option n°2 et je suis d'accord pour qu'on se revoie la semaine prochaine. »

M : *Petit sourire* « Tu n'as pas à t'excuser de quoi que ce soit, il faut que tu te recentres sur toi-même, que tu penses à toi. On réévaluera tout ça jeudi prochain alors, ça te va ? En attendant réfléchis aussi à mettre en place un suivi psychologique, on pourra en rediscuter à ce moment-là. Jeudi à 15h30 c'est ok pour toi ? »

P : « Oui d'accord, ça marche. Et je peux avoir aussi les médicaments pour dormir »

M : « Ah oui l'ordonnance est prête ! Je l'imprime ensuite ! »

FIN.

RESUME

Introduction

L'empathie est une compétence nécessaire du médecin généraliste. Elle permettrait une diminution de l'épuisement professionnel et une amélioration de la relation médecin-patient. Pourtant, elle reste encore peu abordée dans la formation de l'interne de médecine générale, qui réduit inconsciemment ses capacités d'empathie au cours du cursus.

Objectif

L'objectif principal était la création d'un outil pédagogique pouvant s'intégrer dans une formation à l'empathie pour les internes de médecine générale en Poitou Charente. Ceci ayant pour but d'améliorer le professionnalisme du médecin généraliste.

Méthodologie

La méthode Delphi a été utilisée. Un groupe de 21 experts ont été inclus, principalement des internes de médecine générale. Trois étapes ont été réalisées afin d'obtenir trois scénarios de consultation entre un médecin généraliste et un patient, lui-même professionnel de santé. L'objectif étant de faire une distinction entre l'expression de la sympathie et l'expression de l'empathie par le médecin. Premièrement, trois thèmes de scénarios ont été sélectionnés. Puis chaque scénario a été écrit, en s'appuyant sur la grille de Calgary Cambridge. Enfin les experts devaient valider ces trois scénarios grâce à l'échelle de Likert.

Résultats

Trois tours de ronde Delphi ont été nécessaires pour choisir les thèmes abordés durant la première étape. Lors de la lecture de la banque de données, qui incluait les propositions des experts, chaque item redondant était inclus dans les scénarios. Les textes écrits ont été validés dès le premier tour de la troisième phase, avec une moyenne supérieure à 7/10 pour chacun.

Discussion

Malgré une méthode chronophage, seulement 5 experts ont été perdus de vue, 3 d'entre eux n'étaient pas des médecins. Une convergence dans les idées recueillies du groupe et la relecture par deux chercheurs ont permis de limiter le biais dû à l'analyse des informations.

Conclusion

Le développement d'une formation à l'empathie au cours des études médicales permettra aux internes d'appréhender des consultations difficiles avec des outils de communication adaptés, tout en se protégeant de l'épuisement professionnel que peut induire la sympathie.

Mots-clés : internes ; empathie ; formation ; médecine générale ; delphi

ABSTRACT

Introduction

Empathy is a necessary skill for general practitioners. It would reduce burnout and strengthen the doctor-patient relationship. Yet, empathy is still poorly addressed in the physicians studies, who unconsciously weaken their empathy skills over the years.

Objective

The main objective was to create an educational tool that could fit into empathy training for general medical residents in Poitou Charente. The aim was to improve the professionalism of general practitioners.

Methodology

The Delphi method was used. A group of 21 experts were involved, mainly general practitioners residents. Three stages had to take place in order to obtain three consultation scenarios between a general practitioner and a patient, himself a healthcare professional. The aim was to identify differences between doctors' sympathy or empathy expression. First, three scenario topics were selected. Then each scenario was written, using the Calgary Cambridge grid. Finally, the experts were asked to validate these scenarios using the Likert scale.

Results

Three Delphi rounds discussions were needed to select the three topics of the first stage. When reading the database that included the experts proposals, every recurring item was built in the scenario.

The written texts were validated in the first round of the third phase, with an average of over 7/10 for each.

Discussion

Despite a time-consuming method, only 5 experts ended up withdrawing from the study, 3 of whom were non-physicians.

Convergence in the ideas gathered from the group, as well as proofreading from two researchers helped limiting the information analysis bias.

Conclusion

The development of empathy training in the context of medical studies will enable residents to tackle difficult consultations with appropriate communication tools, while protecting themselves from the burnout that sympathy can induce.

Key words: residents; empathy; training; general practitioner; delphi

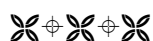


UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

