

UNIVERSITE DE FRIBOURG, SUISSE  
CENTRE DE DIDACTIQUE UNIVERSITAIRE

CREATION D'UN DISPOSITIF DE FORMATION CONTINUE  
DANS LE DOMAINE DE LA COMMUNICATION  
ENTRE MEDECIN-PATIENT

Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du  
Diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Education

Sous la direction de la Prof. Bernadette Charlier Pasquier

Marco GEMMITI

Département de psychologie | Université de Fribourg

2022

Je déclare sur mon honneur que mon travail de fin d'étude est une œuvre personnelle, composée sans concours extérieur non autorisé.

## Table des matières

<b>1. Remerciements .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Ma vision de l'enseignement.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Problématique et objectifs de ce projet pédagogique.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Description du contexte .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Le contexte spécifique de la communication entre médecin-patient .....</b>	<b>10</b>
3.1.1 Sensibilité interpersonnelle .....	11
3.1.1.1 Précision interpersonnelle .....	12
3.1.1.2 Empathie .....	13
3.1.1.3 Régulation des émotions.....	16
<b>3.2 La formation d'adulte.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Approche didactique dans la formation médicale .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Mise en œuvre du projet .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Description générale du projet.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Choix du dispositif .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Module 1 : Précision interpersonnelle.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4 Module 2 : Empathie .....</b>	<b>29</b>
<b>4.5 Module 3 : Régulation des émotions.....</b>	<b>32</b>
<b>5. Réflexion personnelle.....</b>	<b>35</b>
<b>6. Bibliographie.....</b>	<b>37</b>

## **1. Remerciements**

J'adresse mes sincères remerciements à toute l'équipe de la formation du diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Éducation et aux intervenant.e.s professionnel.le.s. Leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont contribué à mon développement professionnel, guidé mes réflexions et permis la rédaction de ce travail de fin d'étude.

Ma reconnaissance va tout particulièrement à la Prof. Bernadette Charlier Pasquier pour son ouverture concernant la thématique élaborée dans ce travail ainsi que son encadrement et ses précieux conseils. Je remercie également la Dr. Marie Altermatt-Lambert pour son implication tout au long de la formation, son soutien et ses conseils très appréciés.

## 2. Introduction

Ce travail de fin d'études est le fruit d'expériences, d'apprentissages et de réflexions qui ont émergé, au fil des années, dans mes différents rôles : étudiant, assistant-doctorant et, actuellement, enseignant au sein de l'Université de Fribourg. En débutant en tant qu'étudiant en psychologie, j'ai été amené à me confronter au système universitaire avec son côté souvent très théorique de l'enseignement et basé sur l'évaluation des connaissances. Pendant les années qui ont suivi la fin de mes études, mon rôle d'assistant-doctorant m'a permis de faire mes premiers pas dans l'enseignement académique et de trouver des repères dans ce nouveau rôle d'enseignant. Cette expérience, comme les années suivantes en tant que chargé de cours, ont fait émerger des questionnements et des réflexions concernant mes motivations profondes liées à l'enseignement. Je me demandais particulièrement comment celles-ci pouvaient façonner ma vision de l'enseignement et, par conséquent, se traduire dans la conception d'un dispositif d'apprentissage.

Dans cette quête, le cursus de formation du diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Éducation m'a aidé à conscientiser mes motivations intrinsèques liées à l'enseignement. Bien conscient du plaisir et de la passion que j'éprouve à transmettre mon savoir aux autres, j'ai découvert une forte motivation pour la formation pratique, c'est-à-dire le fait d'allier la théorie à la pratique et, ainsi, promouvoir le savoir-faire et le savoir-être chez les adultes. Cela m'a également permis de formuler une vision de l'enseignement qui reflète mes valeurs et aspirations. Ce travail de fin d'étude reflète donc l'aboutissement de cette réflexion qui a mûri davantage. Celle-ci est concrétisée dans l'élaboration d'un dispositif de formation continue dans le domaine de la communication entre médecins et patient.e.s, avec pour but de développer des compétences pratiques pour des médecins exerçant leur métier.

Concernant l'organisation de ce travail de fin d'études, je vais tout d'abord décrire ma vision de l'enseignement, qui permettra de mieux situer ce projet de dispositif de formation. La problématique et les objectifs de ce projet ainsi que sa mise en œuvre seront explicités dans un deuxième temps. Une réflexion personnelle concernant les apprentissages liés au développement de ce dispositif de formation

ainsi qu'au diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Éducation va conclure ce travail.

## **2.1 Ma vision de l'enseignement**

En réfléchissant à mon expérience et tant qu'étudiant et enseignant à l'université, je constate que la formation académique vise majoritairement l'acquisition de connaissances, suivie par l'acquisition de compétences spécifiques. Par contre, elle vise très peu le savoir-être des étudiant.e.s, ce qui représente pour moi une lacune majeure, principalement dans les professions humaines comme la psychologie ou la médecine. Cette source de frustration m'a amené à réfléchir à ma propre posture et à ma motivation concernant l'enseignement, qui, selon moi, devrait également inclure le savoir-être des apprenant.e.s. Je peux dire qu'à la base de ma vision de l'enseignement et de la transmission du savoir se trouve la rencontre entre individus qui s'engagent dans une relation formateur - apprenant. D'après le modèle de compréhension pédagogique de Houssaye (1988), cette relation est perçue comme pédagogique et permet le processus de formation des apprenant.e.s. J'ai découvert que cette posture me convient le mieux, car lors de mes situations d'enseignement du passé et actuelles, je me sens à l'aise dans la création de situations d'échanges et de débats qui favorisent la construction de l'opinion et des valeurs de l'apprenant.e. En effet, pour moi, l'apprentissage représente la capacité d'aller au-delà de la simple acquisition cognitive d'une matière. Il comprend la faculté d'un apprenant à mener une réflexion critique du sujet traité, ainsi que la capacité de le mettre en pratique. Dans cette optique, j'aperçois mon rôle comme celui d'un accompagnant qui facilite le processus d'apprentissage des apprenant.e.s. Cette posture de facilitation a été élaborée par l'approche constructiviste, que je vais développer davantage ultérieurement.

Je trouve également important de créer une atmosphère de travail basée sur la confiance et le respect mutuel qui permettra aux apprenant.e.s de développer tout leur potentiel. Cette atmosphère peut être créée en prenant en compte leurs besoins et en proposant des activités qui favorisent l'autonomie et la participation active. Cette posture présuppose également que chaque apprenant.e soit animé d'une motivation intrinsèque et que la motivation ne réside pas uniquement dans l'obtention de crédits

ou dans les exigences d'évaluation. Ainsi, l'encouragement à la participation des apprenant.e.s est un élément non négligeable. D'une part, cela permet un échange et des discussions qui permettent à l'enseignant.e de connaître le niveau d'acquisition de la matière enseignée. D'autre part, les apprenant.e.s deviennent acteurs de leur propre enseignement et contribuent à mieux s'approprier le sujet traité. Cela leur permettra aussi de faire le lien entre leurs apprentissages et la pertinence dans la pratique. Des activités telles que des discussions de groupes, des présentations d'étudiant.e.s ou des questions discutées favorisent l'implication des étudiant.e.s dans leurs apprentissages et leur permettent une meilleure acquisition des savoirs.

Entretenir une relation de qualité en tant que formateur avec les apprenant.e.s tel que je viens de le décrire plus haut me semble moins facile dans le contexte d'enseignement que je retrouve à l'université. En effet, je suis souvent obligé d'adopter une posture d'enseignant lorsque je donne des cours ex cathedra face à un public de 80 et 140 étudiant.e.s. Dans ces contextes, le but principal est la transmission du savoir à un large public. Le défi essentiel est de m'assurer que cette transmission se fasse de la meilleure façon possible. Pour bien le relever, j'estime que la préparation en amont de l'intervention est essentielle. J'ai toujours fait l'expérience que la décomposition, la (re-) structuration et l'approfondissement de certains aspects de mon cours me permettent de gagner en assurance ainsi que de développer une aisance adaptative lors de l'enseignement. En effet, l'apprenant.e reçoit le contenu de mon enseignement de manière construite et pensée. Dans ce contexte, il y a peu de place pour de l'échange en comparaison avec une situation d'enseignement où j'adopte une posture de facilitateur. Ainsi, n'ayant pas ou peu d'échanges directs avec l'apprenant.e, celui-ci effectue son apprentissage de manière plutôt autonome. C'est-à-dire par l'écoute et la prise de notes lors du cours, ou après celui-ci à travers la relecture des notes, la discussion avec des pairs ou la recherche d'informations complémentaires. Ce constat me motive à explorer des contextes d'enseignement supplémentaires dans lesquelles je peux pleinement m'identifier et vivre ma vision de l'enseignement.

## 2.2 Problématique et objectifs de ce projet pédagogique

Le but de ce travail de fin d'études est double. Premièrement, il vise à élaborer un dispositif de formation continue dans le domaine de la communication entre médecins et patient.e.s. Plus précisément, l'objectif est de donner des outils aux médecins pour améliorer leur sensibilité interpersonnelle, c'est-à-dire de développer leur habilité perceptive, de savoir démontrer un comportement empathique adapté et de savoir gérer leurs propres émotions dans le travail avec les patient.e.s. Cela inclut également le développement d'un certain savoir-être au niveau de la prise de conscience de soi, de ses émotions et de celles des autres. Il s'agit de pouvoir s'engager pleinement envers le ou la patient.e et ne pas simplement appliquer des compétences empathiques selon un schéma prédéfini, ce qui affecterait leur lien et favoriserait en même temps l'épuisement du/ de la médecin à long terme. Deuxièmement, j'aimerais pouvoir m'inspirer des éléments théoriques et pratiques élaborés dans ce travail afin de pouvoir les transposer dans d'autres contextes. En effet, les thématiques abordées dans ce dispositif de formation sont également pertinentes dans des contextes professionnels et privés, tels que le travail en équipe dans une entreprise, le leadership, le développement personnel, la communication dans le couple, etc.

Deux éléments clés sont à l'origine de ce travail de fin d'étude. Le premier, c'est mon envie de m'orienter davantage dans la formation continue des adultes afin d'allier la théorie à la pratique. Cet aspect je l'ai déjà approfondi auparavant. Le deuxième, c'est l'achèvement de mon projet de thèse de doctorat en 2015, pendant lequel je me suis penché sur la thématique de la communication entre médecins et patient.e.s. Dans ce projet, j'ai cherché à mieux comprendre de quelle façon la communication des pédiatres, lors d'une visite médicale, influençait certains paramètres chez les parents comme le bien-être personnel, la satisfaction ainsi que les souvenirs des informations médicales reçues. Lors de ce projet, j'ai réalisé le rôle important que joue la communication dans le domaine de la santé. En même temps, je me suis vite rendu compte que la communication de la part du/ de la médecin laisse souvent à désirer sur le terrain. Du côté des patient.e.s, cette lacune est souvent source d'insatisfactions (Ha & Longnecker, 2010; Lee, Moriarty, Borgstrom, & Horowitz, 2020). Les raisons pour une communication déficitaire peuvent se situer à plusieurs niveaux. D'un côté,

les compétences communicatives des médecins sont peu développées une fois leur formation terminée (Deveugle, 2015), ce qui est également renforcé par le peu d'opportunités de formation continue dans le domaine de la communication pour les médecins (Rothoff et al., 2011). D'un autre côté, les médecins reçoivent très peu de feedback de la part des patient.e.s concernant leur manière de communiquer. De ce fait, les médecins ont tendance à montrer une confiance élevée dans leur capacité à communiquer. Cette confiance exagérée peut contribuer au manque de motivation des médecins à vouloir développer davantage leurs compétences de communication. En vue du besoin constaté dans ce domaine, il me semblait évident de développer un dispositif de formation continue à ce sujet.

Il est important de mentionner que ce projet est de nature personnelle et « expérimentale », c'est-à-dire que celui-ci ne s'inscrit pas dans un projet établi, et qu'il ne répond à aucune demande formelle formulée par un organisme de formation ou par des individus. Le dispositif de formation que je vais présenter ne va donc ni être appliqué, et, par conséquent, ni évalué dans le cadre de ce travail. Sa mise en pratique est souhaitée dans un futur plus ou moins proche, et dépendra de plusieurs facteurs, comme la disponibilité du public cible ainsi que le financement de sa mise en œuvre.

### **3. Description du contexte**

Afin de mieux situer ce projet de formation dans son contexte, il me semble important de donner un aperçu du domaine spécifique que représente la communication entre médecins et patient.e.s. Cette mise en perspective permettra de mieux comprendre les exigences ainsi que les défis qui s'adressent aux médecins et à leur comportement de communication. Il démontrera également l'importance de la sensibilité interpersonnelle, concept clé qui est au centre du dispositif de formation présenté dans ce travail. Je vais également mettre en évidence les spécificités qui caractérisent la formation d'adulte pour tracer les contours de mon approche pédagogique dans la mise en œuvre de ce projet.

### 3.1 Le contexte spécifique de la communication entre médecin et patient

Le dispositif de formation continue proposé dans ce travail s'inscrit dans le contexte particulier de la santé, où la relation établie avec le/la patient.e joue un rôle fondamental dans la pratique clinique du/ de la médecin. A ce sujet, même si la maladie reste l'objet principal, la communication entre médecin et patient.e occupe une place prépondérante lors de la visite médicale et endosse différentes fonctions (Dorr Goold & Lipkin, 1999). Celle-ci permet au/ à la médecin d'effectuer l'anamnèse du/ de la patient.e et récolter des informations au sujet de sa santé. D'autre part, il doit établir une relation thérapeutique avec le/la patient.e et veiller à celle-ci tout au long de leur relation. Enfin, il a également comme tâche de transmettre des informations concernant le diagnostic et le plan de traitement.

Dans ce contexte spécifique, la relation entre le/ la médecin et le/ la patient.e est asymétrique. De par sa position et son expertise, le/ la médecin possède davantage de pouvoir, alors que le/la patient.e s'appuie sur les connaissances et les compétences du/ de la médecin pour que ses propres besoins soient satisfaits. Cette spécificité relationnelle peut moduler en fonction de la posture communicative du/ de la médecin. Celui-ci peut accentuer la disparité relationnelle à travers son comportement verbal et non verbal, par exemple en utilisant un jargon médical, un langage complexe, en interrompant le/la patient.e ou en utilisant un langage dépourvu d'empathie (Mintz, 1992). Ces comportements reflètent une posture dominante et ont de fortes chances d'affecter négativement le/la patient.e à plusieurs niveaux (Kiesler & Auerbach, 2003).

En vue de son rôle important, l'exercice d'une communication efficace de la part du/ de la médecin devrait faire partie intégrante de sa pratique. Plusieurs bienfaits pour les patient.e.s en découlent, comme en témoignent de nombreuses études. Généralement, une communication qui prend en compte les besoins du/ de la patient.e est souvent associée à des résultats positifs tels qu'une meilleure satisfaction (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002; Buller & Buller, 1987; DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980), une meilleure adhérence des patient.e.s au traitement médical (Burgers, Beukeboom, & Sparks, 2012; Ha & Longnecker, 2010; Hall, Roter, & Katz, 1988), une meilleure adaptation des patient.e.s à la maladie (Arora, 2003) ainsi que la

réduction de leur détresse (Fogerty, Curbow, Wingard, McDonnell, & Somerfield, 1999; Roter et al., 1995).

Les caractéristiques d'une communication efficace du/ de la médecin sont reflétées dans l'approche centrée sur le/la patient.e (Epstein et al., 2005). Cette approche souligne l'importance, pour le/ la médecin, de s'intéresser à la réalité du/ de la patient.e et de répondre au mieux aux besoins et aux préférences de celui-ci. Pour ce faire, il est indispensable pour le/ la médecin de décoder correctement la communication du/ de la patient.e transmise à travers des indices verbaux et non verbaux, de comprendre les besoins et attentes correspondants et d'y répondre d'une manière adéquate. Cette intelligence relationnelle, nommé également « sensibilité interpersonnelle », a reçu d'avantage d'attention ces dernières années au niveau de la recherche comme dans la pratique.

### **3.1.1 Sensibilité interpersonnelle**

Le concept de la sensibilité interpersonnelle est étudié par les chercheur.e.s sous différents angles et méthodes, rendant difficile l'élaboration d'une théorie globale. Malgré la pluralité des approches, celui-ci est généralement vu comme la capacité d'une personne à percevoir correctement les états internes d'une autre personne et d'y répondre de façon appropriée (Hall & Bernieri, 2001). Derrière cette habilité se cachent plusieurs processus qui vont de la détection de stimuli sensoriels jusqu'aux comportements effectifs adoptés envers une autre personne. Bernieri (2001) souligne notamment qu'à l'origine de la sensibilité interpersonnelle se trouve toujours la capacité d'une personne à percevoir et à discriminer, dans son environnement, divers stimuli sensoriels (e.g. un sourire ou un hochement de tête). Cette information doit ensuite être identifiée et interprétée, ce qui demande à la personne de mettre des mots sur les indices perçus (par exemple de la joie ou de la peur) ainsi que sur le contexte interpersonnel (e.g. l'annonce d'une bonne ou d'une mauvaise nouvelle dans une visite médicale). Même si la personne a identifié et compris la situation correctement, elle doit comprendre ce que cela signifie pour elle et comment elle doit réagir. Ensuite, afin de pouvoir démontrer une réponse adaptée, la personne doit avoir l'opportunité et la capacité de le faire. Concernant la capacité de percevoir l'autre correctement, il peut s'agir notamment de discerner les traits de personnalité d'une

personne, mais également ses pensées, ses émotions, ses états affectifs et ses sentiments. Dans le contexte médical, la recherche a démontré que les médecins sont capables de détecter correctement diverses dimensions du/ de la patient.e (ses émotions, le degré de la douleur ressentie, ses symptômes dépressifs, son risque de suicide, sa détresse ainsi que sa démence et ses troubles cognitifs; Ruben, 2016) mais à des degrés différents.

Malgré la multitude des dimensions identifiées, ce travail va se concentrer sur la dimension empathique de la sensibilité interpersonnelle. Une des raisons de ce choix est que celle-ci représente l'une des dimensions la plus pertinente dans le contexte médical (Stosic, Ruben & Blanch-Hartigan, 2021). Une autre raison réside dans le fait que l'intégration des différents domaines mentionnés dans la section précédente nécessiterait l'élaboration d'un dispositif de formation beaucoup plus complexe et sophistiqué au niveau du contenu et du temps, ce qui n'est pas compatible avec mon but d'offrir des modules compactes et flexibles. En outre, la dimension empathique est également facile à transférer dans d'autres contextes d'application. Dans le prochain paragraphe, je vais donc présenter les trois composantes de la dimension empathique que l'on retrouve dans le concept de la sensibilité interpersonnelle (figure 1), et qui seront intégrées dans mon dispositif de formation continue sous la forme de trois modules distincts.

#### *3.1.1.1 Précision interpersonnelle*

La première étape nécessaire à la sensibilité interpersonnelle implique toujours un processus de perception, aussi appelé « précision interpersonnelle ». Ce terme caractérise le degré avec lequel une personne est capable de détecter et d'interpréter correctement les états internes d'une autre personne. Dans le domaine des émotions, différents auteur.e.s préfèrent ainsi parler de la « précision empathique » (Stosic, Ruben & Blanch-Hartigan, 2021). Spécifiquement, cette compétence implique de pouvoir juger avec précision les expressions émotionnelles, les sentiments et les pensées d'autres personnes (Bänziger, 2016; Ickes, 2016). Dans le contexte médical, les clinicien.ne.s peuvent utiliser plusieurs indices pour exercer leur précision interpersonnelle (Ruben, 2016). Ceux-ci peuvent être visibles, dans l'expression non verbale du/ de la patient.e, sa posture, le mouvement de ses bras et/ou ses mains. Mais on retrouve également des indices qui se transmettent à travers la qualité vocale

(vitesse, tonalité, volume, pauses, etc.) ou par des expressions verbales évidentes ou subtiles. Dans la pratique, les patient.e.s n'arrivent pas toujours à exprimer leurs émotions, leurs pensées et leurs besoins avec clarté au niveau verbal, les médecins doivent donc aussi bien être attentifs aux indices non et para verbaux des patient.e.s. Malgré son importance, Ruben (2016) fait remarquer que les professionnels de la santé (p. ex. psychologues ou étudiant.e.s en médecine) ne semblent pas démontrer des capacités de précision interpersonnelle supérieures à des personnes ne nécessitant pas de telles compétences dans leur profession. Cette réalité démontre d'une part le potentiel de progression possible et, d'autre part, le besoin de formation des professionnel.le.s de la santé au sujet de cette compétence.

Pour la sensibilité interpersonnelle, la précision empathique devient évidente si l'on considère les conséquences positives ou négatives que celle-ci peut avoir pour le ou la patient.e. Pour illustration, un patient qui ressent de l'anxiété vis-à-vis de son diagnostic et le traitement prévu peut exprimer cette émotion par le biais de questions qu'il pose au médecin, par l'intonation de sa voix ainsi que par son regard désorienté. Le médecin, s'il possède une précision empathique élevée, perçoit ces éléments verbaux et non-verbaux comme de l'anxiété. Par conséquent, il peut sonder le patient concernant ses peurs et utiliser des mots rassurants ainsi qu'un regard apaisant pour développer la confiance et la relation avec celui-ci. En revanche, le médecin qui fait preuve d'une précision empathique peu élevée ne perçoit pas l'émotion dans la communication de son patient et, par conséquent, ne contribue pas à diminuer la détresse de celui-ci. Ainsi, un.e médecin qui remarque et interprète avec précision les réactions émotionnelles de son/sa patient.e sera mieux équipé pour établir un rapport de confiance avec celui-ci/celle-ci. Il en résulte du bien-être et une meilleure santé pour le ou la patient.e. Des études dans ce domaine ont d'ailleurs démontré que les patient.e.s sont plus satisfait.e.s (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980) et manquent moins de rendez-vous médicaux (DiMatteo, Hays, & Prince, 1986) plus la précision interpersonnelle du/ de la médecin est élevée. Le premier module de ce dispositif de formation se concentre donc sur le développement de la précision empathique du/ de la médecin.

### 3.1.1.2 *Empathie*

Si la précision empathique permet au/ à la médecin de percevoir et d'interpréter

les émotions ainsi que les pensées du/ de la patient.e pendant l'entretien, celui-ci/celle-ci doit ensuite comprendre ce que cela signifie pour lui/ elle et quel comportement choisir en conséquence. Cet aspect illustre la deuxième composante de la sensibilité interpersonnelle, qui consiste en la réponse empathique du/ de la médecin en réaction aux indices perçus chez le/la patient.e. L'empathie est essentielle dans les soins de qualité aux patient.e.s, car elle contribue au développement de la relation avec ceux-ci et affecte la satisfaction des patient.e.s (Weilenmann et al., 2018). Elle a également été associée à une diminution de la durée et de la sévérité de la grippe chez les patient.e.s (Rakel et al., 2009) ainsi qu'à un meilleur contrôle de leur taux de glycémie et de cholestérol (Hojat et al., 2011). Dans l'effort de proposer une définition acceptable de l'empathie, on est rapidement confronté à la multiplicité des propositions concernant l'utilité même du concept, de sa définition, de sa fonction ainsi que des méthodes pour la mesurer (Hall & Schwartz, 2019). Malgré ces désaccords, l'empathie est généralement perçue comme un processus ayant au moins deux composantes : l'une affective et l'autre cognitive. Ces composantes permettent de partager et de comprendre les états émotionnels et affectifs des autres (Decety, 2020). Pour que cela puisse avoir lieu, il est nécessaire pour l'observateur/observatrice de reconnaître les émotions de son/sa interlocuteur/interlocutrice (Hatfield, Bensman, Thornton, & Rapson, 2014). Dans cette perspective, il est important de mentionner que la précision empathique peut être vue comme une composante de l'empathie. Au vu de la complexité de la thématique et pour le but que je me suis fixé dans ce travail, il me semblait judicieux de traiter le sujet de la précision empathique de manière indépendante et privilégier ainsi la compréhension du/ de la lecteur/lectrice. En outre, l'empathie discutée dans cette section se focalise plutôt sur le comportement empathique du/ de la médecin en réponse aux indices émotionnels perçus chez le/la patient.e. Pour en revenir aux deux composantes mentionnées, l'empathie cognitive fait référence à la capacité de prendre la perspective de l'autre, pour comprendre ce qu'il pense ou ressent. Bien qu'il s'agisse d'un aspect important, cette composante n'est pas suffisante pour le processus empathique. En effet, en plus de comprendre l'état affectif de l'autre d'un point de vue cognitif, il est également nécessaire de partager dans une certaine mesure l'état émotionnel de l'autre. Cette réactivité émotionnelle fait partie de l'empathie affective, souvent appelée contagion émotionnelle. Cette composante est certes importante, mais comporte quelques risques. Par exemple, le/la médecin peut internaliser les émotions de son/ sa patient.e

au point que celles-ci le/la submergent ou le/la conduisent à l'épuisement émotionnel voire professionnel. Le remède à ce danger ne consiste pas dans le fait de cesser de ressentir de l'empathie affective, mais d'apprendre à réguler ses propres émotions d'une manière équilibrée, aspect que je vais traiter en détails dans la prochaine section. Pour la pratique en médecine, Decety (2020) propose d'ailleurs que la régulation émotionnelle constitue l'une des composantes fonctionnelles de l'empathie en plus de l'empathie cognitive et affective.

Pour développer de l'empathie, la littérature distingue deux formes d'interventions : celles basées sur l'expérience et celles basées sur l'expression (Weisz & Zaki, 2017). Les interventions basées sur l'expérience visent plutôt à développer l'empathie affective en encourageant les participant.e.s à s'identifier avec les états cognitifs et émotionnels d'autrui. En revanche, les interventions basées sur l'expression visent l'empathie cognitive et apprennent aux participant.e.s à répondre d'une manière adéquate aux états intérieurs de leur interlocuteur/interlocutrice. Cette approche me semble la plus appropriée dans le contexte de ce travail, car le but n'est pas d'augmenter l'intensité de l'empathie ressentie, puisque cela pourrait interférer avec la prise de décision du/ de la médecin et favoriser l'épuisement.

Autrement, d'un point de vue pratique, le modèle NURSE développé par Back, Arnold et Tulsy (2009) est un bon moyen pour appliquer les principes qui sous-tendent à l'empathie et peut être utilisé dans le cadre d'une formation. De mon point de vue, ce modèle a l'avantage de viser le savoir-faire comme le savoir-être du/ de la médecin, des éléments clés que j'essaie de transmettre dans ce module. Le modèle NURSE se décline en cinq étapes qui guident le/ la médecin à adopter une réponse empathique, au niveau verbal comme au niveau non verbal :

1. *Nommer (Naming)* : nommer les émotions en faisant une proposition. En effet, les perceptions et interprétations du/ de la médecin peuvent se révéler justes ou fausses. Il est donc nécessaire de vérifier la justesse de ses observations auprès du/ de la patient.e. Cette manière de procéder, en plus de permettre au/ à la patient.e de corriger l'évaluation par le/ la médecin, peut encourager le/ la patient.e à s'ouvrir davantage et permet au/ à la médecin de récolter des informations supplémentaires.

2. *Comprendre (Understanding)* : comprendre les émotions avec une réelle sincérité. Une communication empathique de façon mécanique et sans intention va être mal perçue par les patient.e.s.
3. *Respecter (Respecting)* : montrer du respect. Les patient.e.s trouvent souvent des solutions dans leurs difficultés, ce qui commande notre respect.
4. *Soutenir (Supporting)* : si possible, proposer un soutien dans des situations qui sont particulièrement difficiles et douloureuses.
5. *Explorer (Exploring)* : découvrir/explorer des émotions dans le cas où le/ la médecin a l'impression que l'émotion n'a pas été complètement nommée ni comprise.

D'un point de vue non verbal, Back, Arnold et Tulsy (2009) encouragent des comportements de base qui démontrent une attitude ouverte et bienveillante : (1) faire face au/ à la patient.e pour montrer son intérêt, (2) adopter une posture ouverte du corps, (3) se pencher vers le/ la patient.e, (4) utiliser le contact visuel pour montrer que vous êtes attentifs et (5) maintenir une posture corporelle détendue. En plus de cela, d'autres comportements comme le hochement de tête, le toucher, l'intonation de la voix et le sourire peuvent représenter de la bienveillance et de l'empathie.

### 3.1.1.3 Régulation des émotions

Les deux composantes présentées dans les sections précédentes concernaient la perception des émotions et des pensées du/ de la patient ainsi que la réponse appropriée du/ de la médecin en termes d'empathie. Pour compléter les composantes de la dimension empathique de la sensibilité interpersonnelle, Decety (2020) soulève l'importance de la régulation émotionnelle dans le processus empathique. Celle-ci est définie comme la capacité de moduler ses propres états émotionnels. En effet, les émotions générées par la perception de l'état ou de la situation de l'autre nécessite une régulation et un contrôle pour l'expérience de l'empathie. Sans un tel contrôle, la simple activation de la représentation partagée, y compris les réponses autonomes et somatiques associées, entraînerait une contagion émotionnelle excessive ou une détresse émotionnelle (Decety & Jackson, 2004). En particulier dans le contexte médical, « l'empathie peut être une source de vulnérabilité dans un environnement stressant qui facilite la fatigue compassionnelle et l'épuisement émotionnel professionnel » (Decety, 2020, p. 3). En plus d'affecter la santé mentale du/ de la médecin, cela peut également impacter négativement ses performances, la qualité des

soins et la satisfaction des patient.e.s (Weilenmann, 2018). La régulation émotionnelle représente donc une compétence/composante nécessaire dans le processus empathique et pour la sensibilité interpersonnelle de manière général. Car en assurant l'équilibre entre la composante affective et cognitive de l'empathie, celle-ci favorise une réponse empathique adaptée tout en maintenant le bien-être du/ de la médecin sur le long-terme.

Les stratégies de régulation émotionnelle peuvent être distinguées en deux catégories : la régulation centrée sur les antécédents émotionnels et la régulation centrée sur les réponses émotionnelles (Gross, 2007). Basé sur cette distinction, Gross (2007) propose cinq stratégies : les quatre premières consistent à agir sur les antécédents de la réponse émotionnelle. Et la cinquième consiste à agir sur cette réponse elle-même.

La première stratégie est la *sélection de la situation*, qui consiste à éviter ou s'approcher de certaines situations ou personnes dans le but d'engendrer une émotion souhaitée et, ainsi, éviter une émotion indésirable. Cette stratégie permet d'agir directement sur les circonstances qui les déclenchent. La deuxième stratégie, la *modification de la situation*, vise à modifier la situation de manière à influencer son impact émotionnel. Cette stratégie peut être mise en œuvre lorsque la personne se trouve déjà dans une situation qui déclenche des émotions et dans laquelle elle tente de modifier certains paramètres de la situation-même. La troisième stratégie, le *déploiement attentionnel*, consiste à diriger son attention sur un élément particulier avec le but d'influencer la réponse émotionnelle. La personne pourrait par exemple se distraire en pensant à autre chose ou bien se focaliser sur un aspect non émotionnel de la situation. La quatrième stratégie mise en évidence par Gross est le *changement cognitif*. Cette stratégie consiste à modifier la manière dont nous évaluons une situation chargée en émotions avec le but d'en altérer sa signification. Ce changement cognitif au niveau de la signification à comme conséquence la modification de la réponse émotionnelle. La cinquième stratégie, la *modulation de la réponse*, se concentre sur les conséquences de la réponse émotionnelle déclenchée par une situation spécifique. Cette stratégie vise à modifier directement les réponses physiologiques, expérientielles et comportementales de la personne. La relaxation, l'exercices physique ou bien la prise de médicaments (e.g. anxiolytiques, bêta-

bloquants) sont quelques exemples qui peuvent être employés pour modifier cette réponse émotionnelle.

Dans son métier, le/ la médecin est régulièrement confronté à des situations qui pourraient évoquer des émotions négatives : la maladie du/ de la patient.e, son angoisse, sa tristesse, sa frustration ou sa colère. Le champ d'action du/ de la médecin est ainsi restreint, car il/ elle ne peut pas choisir ou modifier ni les situations ni les patient.e.s afin d'éviter ou modifier l'impact émotionnel indésirable. Pour ce module, je vais donc focaliser sur deux stratégies principales qui me semblent les plus appropriées dans ce contexte : le changement cognitif et la modulation de la réponse. Ces stratégies vont permettre au/ à la médecin d'influencer des paramètres dont il/ elle a le contrôle, ses pensées, ainsi que ses réactions physiologiques face à une situation. Dans ce module, les participant.e.s vont ainsi apprendre : à réguler efficacement leurs émotions ainsi qu'à identifier et éviter des stratégies dysfonctionnelles (e.g. répression, évitement, auto-accusation).

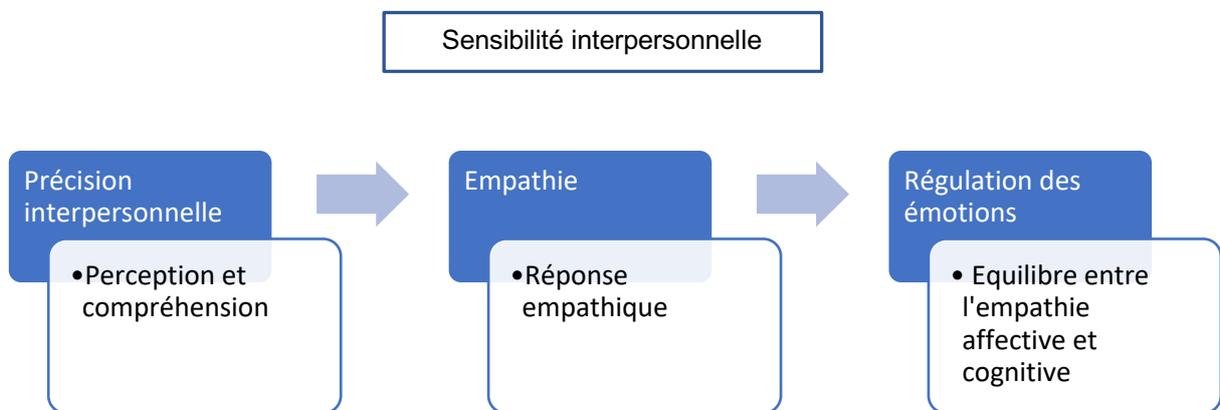


Figure 1 : Composantes de la sensibilité interpersonnelle

### 3.2 La formation d'adulte

Le dispositif de formation continue proposé dans ce travail s'adresse à des médecins qui exercent actuellement leur métier. Il s'agit donc d'adultes qui possèdent une certaine expérience dans leur métier, qui sont autonomes, et qui aimeraient se

développer d'avantage au niveau professionnel. Les caractéristiques et les besoins d'un tel public diffèrent de celui que l'on retrouve dans des contextes habituels d'apprentissage, tels que les enfants à l'école ou, jusqu'à un certain degré, les jeunes adultes de l'Université. La question se pose donc de comment conceptualiser ce dispositif de formation et les scénarios pédagogiques afin que ceux-ci puissent répondre aux besoins et aux caractéristiques de l'apprenant.e adulte. Pour ce faire, je m'inspire des principes concernant l'apprentissage des adultes énoncés par Knowles (Knowles, Holton, & Swanson, 2015), connu également sous le nom d' « andragogie ». Dans la version la plus récente de son modèle, Knowles propose 6 principes qui caractérisent l'apprenant adulte et qui favoriseraient son apprentissage (figure 2) :

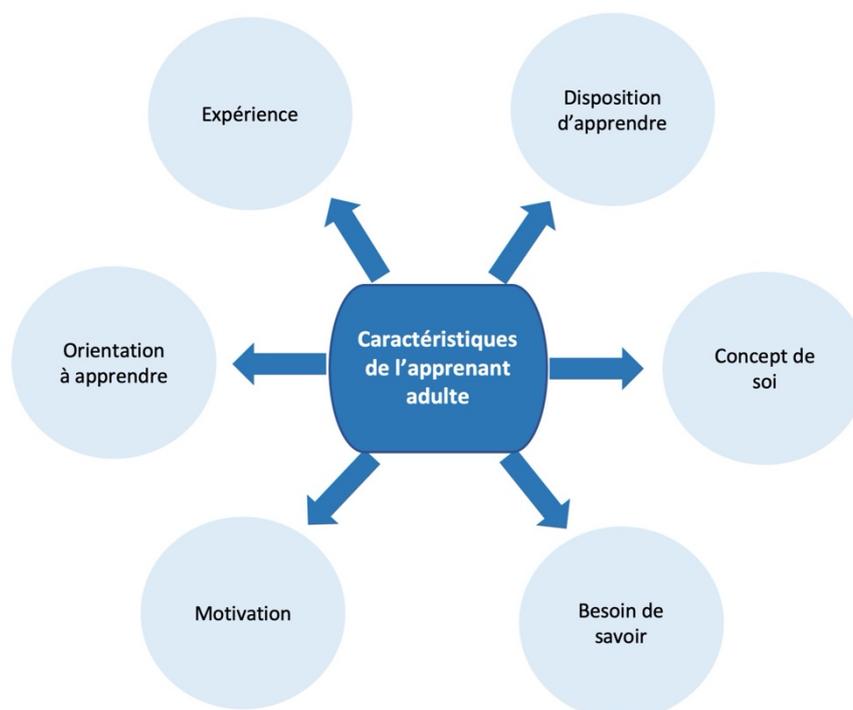


Figure 2 : Principes andragogiques selon Knowles (Knowles, Holton, & Swanson, 2015)

Le premier principe s'oriente vers le **besoin de savoir** de l'apprenant.e. Celui-ci/ celle-ci doit comprendre les raisons pour lesquelles il/ elle devrait apprendre et comment l'apprentissage va s'effectuer. Pour répondre à ce besoin, le formateur a la responsabilité de démontrer l'utilité et l'applicabilité des apprentissages pour le contexte personnel et professionnel de l'apprenant.e. En plus de cette mise en

évidence, des expériences simulées pendant la formation peuvent mettre en évidence des lacunes chez les apprenant.e.s et, ainsi, accroître leur prise de conscience de l'utilité de la formation. Le deuxième principe prend en compte le **concept de soi** de l'apprenant.e adulte. Celui-ci/ Celle-ci est indépendant.e et autonome, il/ elle a donc besoin de faire ses propres choix et se sentir en contrôle. De ce fait, il/ elle s'attend alors à être perçu et traité de cette façon par les autres. Le troisième principe reconnaît **l'expérience de l'adulte** en étant sa plus riche ressource d'apprentissage. L'apprenant.e adulte possède un cumul d'expériences qui s'inscrit dans sa personne et son identité. Cette richesse peut être exploitée à travers des méthodes expérimentales et des activités d'échanges (p. ex. discussions de groupe ou exercices de simulation). En même temps, les différences individuelles peuvent être plus marquées et, par conséquent, contribuer à des groupes d'apprentissages plutôt hétérogènes au niveau de : l'arrière-plan, le style d'apprentissage, la motivation et les objectifs. Le défi pour le formateur réside ainsi dans l'individualisation des stratégies d'enseignement et d'apprentissage. La **disposition à apprendre** de l'apprenant.e représente le quatrième principe postulé par le modèle de Knowles. Celle-ci est renforcée si l'apprentissage permet à l'apprenant.e de mieux affronter des situations réelles et pertinentes dans son quotidien professionnel. Pour y arriver, il est nécessaire que les contenus d'apprentissages répondent aux besoins de développement de l'apprenant.e. De plus, l'intérêt pour l'apprentissage peut être stimulé à l'aide de méthodes expérimentales qui démontrent une certaine pertinence pour la pratique. Le cinquième principe, **l'orientation des apprentissages**, met en évidence les besoins éducatifs de l'adulte qui sont centrés sur ses intérêts et ses besoins, afin que celui-ci puisse affronter des tâches ou résoudre des problèmes qu'il rencontre au quotidien. Enfin, le dernier principe est celui qui concerne la **motivation** de l'apprenant.e. Même si la motivation extrinsèque peut jouer un rôle, par des mesures incitatives par exemple, la motivation intrinsèque reste prédominante chez l'adulte. Cela peut se traduire par exemple par un désir personnel de vouloir développer ses compétences et ainsi accroître sa satisfaction professionnelle ou l'estime de soi.

A partir de ces propositions, on peut constater que Knowles met l'expérience et l'autonomie de l'apprenant.e adulte au centre de l'apprentissage. Des similitudes émergent entre les principes proposés par Knowles et certaines théories

d'apprentissages qui convergent en faveur de son modèle d'andragogie. Par exemple, dans l'approche constructiviste développé par Piaget (1964), l'apprenant.e est mis au centre de l'équation : il/ elle n'absorbe pas la matière d'une manière passive mais construit sa connaissance d'une manière active (Brooks & Brooks, 1993). Concrètement, l'apprentissage s'effectue dans l'interaction entre le sujet et son environnement (Crahay, 1999). Ainsi, c'est à travers l'interaction et la réflexion que les structures cognitives autour de l'objet sont construites. Dans une veine similaire, l'apprentissage expérientiel selon le modèle de Kolb (1984) est une démarche centrée sur l'individu, dont le point de départ est l'expérience elle-même (Menard, 2016). Cet apprentissage passe par un processus qui se décline en 4 phases. D'abord, il y a l'expérience concrète dans laquelle l'apprenant.e vit une situation ou effectue une tâche. Celle-ci doit ressembler au plus près à la réalité de son contexte professionnel. S'ensuit l'observation réfléchie, par laquelle l'apprenant.e va prendre du recul et analyser son expérience. Cette réflexion donne lieu à la conceptualisation, qui permet à l'individu d'élaborer des concepts qu'il pourra transférer à d'autres situations. La dernière phase dans le modèle de Kolb consiste à transférer des principes élaborés dans de nouveaux contextes et situations. Les principes et approches abordés dans ce paragraphe démontrent bien la spécificité que représente la formation d'adulte, et celles-ci demandent à être intégrées dans ce dispositif de formation. Mais avant de décrire la mise en œuvre du présent projet, il me semble important de préciser comment ces éléments, nécessaires dans la formation d'adultes, sont articulés dans le cadre de la formation des médecins.

### **3.3 Approche didactique dans la formation médicale**

L'importance de prendre en compte les caractéristiques de l'apprenant.e adulte dans la conceptualisation d'un dispositif de formation a également fait l'objet de réflexions dans le domaine de la formation des médecins. Afin de créer des conditions optimales pour l'apprentissage et satisfaire les besoins des apprenant.e.s adultes, Green et Ellis (1997) suggèrent, par exemple, d'inclure des éléments qui favorisent l'initiation personnelle, l'autogestion, des solutions d'apprentissage réalistes, les motivations intrinsèques ainsi que la possibilité de recevoir et d'offrir un feedback. Dans leur ouvrage de référence sur l'enseignement de la communication en médecine, Kurtz, Silverman et Draper (2004) préconisent d'ailleurs une approche qui prendrait en

compte ces aspects plutôt qu'une approche visant la transmission des connaissances. Concrètement, les auteurs soulignent l'importance de délimiter et définir systématiquement les compétences visées lors d'une formation. Une fois ces compétences définies, celles-ci doivent être pratiquées par les participant.e.s de manière active, idéalement en petits groupes ou de manière individualisée. Ils motivent leur démarche par la considération que malgré l'importance que l'on peut attribuer à la transmission des connaissances sur les compétences de communication efficaces, cela ne signifie pas nécessairement que les médecins savent comment les appliquer dans la pratique. Ainsi, dans le domaine de la communication entre médecins et patient.e.s, focaliser sur le développement des compétences nécessaires permettrait de mettre en pratique les connaissances, les attitudes ainsi que les intentions du/ de la médecin. Les raisons qui permettent un tel transfert sont multiples (Kurtz, Silverman, & Draper, 2004) : **Premièrement**, l'apprentissage des compétences constitue la partie essentielle dans l'enseignement et l'apprentissage de la communication. Bien que les apprenant.e.s puissent avoir une certaine compréhension du sujet, celle-ci peut seulement se traduire dans la pratique à travers une approche basée sur les compétences. **Deuxièmement**, l'acquisition de compétences en communication est importante même en absence de problème au niveau de l'attitude et de la compréhension. Les médecins peuvent avoir de bonnes intentions et une volonté de prendre soin des patient.e.s, mais leur compétence de communication peut toujours être améliorée. **Troisièmement**, l'approche basée sur les compétences est moins menaçante pour un.e apprenant.e qui adopte une attitude défensive. Ainsi, pour des apprenant.e.s qui ne sont pas très motivé.e.s, pratiquer les compétences plutôt que de discuter autour des attitudes à adopter peut s'avérer moins menaçant. Par conséquent, cette démarche peut amener d'avantage d'ouverture face au changement. **La dernière raison**, c'est que l'acquisition de compétences peut donner lieu à des changements d'attitudes et, ainsi, favoriser le savoir-être. Il n'est pas obligatoire d'induire un changement d'attitude en premier pour pouvoir développer des nouvelles compétences. Cela dit, Kurtz, Silverman, & Draper, 2004 ne minimisent pas le rôle que jouent l'attitude et la compréhension du/ de la médecin dans l'acquisition des compétences communicatives. L'approche qu'ils privilégient essaie plutôt d'inclure l'enseignement des attitudes dans des dispositifs de formation qui sont axés sur les compétences. Dans cette perspective, je vais détailler dans le prochain paragraphe la mise en œuvre de ce projet de formation continue.

## 4. Mise en œuvre du projet

### 4.1 Description générale du projet

Comme mentionné au début de ce travail, ce dispositif de formation ne répond pas à une demande formelle d'un organisme institutionnel, mais s'inscrit plutôt dans un projet personnel qui vise à être proposé à des médecins en pratique et qui désirent se développer au niveau professionnel. Ce dispositif est conçu en 3 modules thématiques, qui peuvent être proposés à la carte ou comme formation entière. Concrètement, je pourrais proposer des ateliers sur la sensibilité interpersonnelle à travers des flyers et de la publicité qui ciblent les cabinets médicaux et les hôpitaux. Je pourrais également essayer de proposer ces ateliers en collaboration avec des organismes de formation, tel que le service de formation continue de l'Unifr ou des institutions impliquées dans la formation médicale.

### 4.2 Choix du dispositif

Pour la mise en œuvre de chaque module, j'ai opté pour une approche multimodale. La méta-analyse de Blanch-Hartigan, Andrzejewski et Hill (2016) a démontré qu'une combinaison entre l'apport théorique (méthode didactique), la pratique ainsi que du feedback est l'intervention la plus efficace pour entraîner la sensibilité interpersonnelle dans le contexte médical. Ces éléments concordent avec les approches identifiées par Kurtz, Silverman et Draper (2004), incluant des méthodes d'apprentissages expérientielles et axées sur les problèmes ainsi que des méthodes didactiques. Cette approche maximise l'apprentissage dans un dispositif de formation en communication.

Chaque module proposé commence par une **introduction** qui vise à répondre à plusieurs questions et réduisent ainsi certaines peurs et/ou blocages de la part des participant.e.s (Noyé & Piveteau, 2016) : (1) Qui est le formateur et quel genre de relation va-t-il instaurer avec les participant.e.s ? (2) Quel est le but de la formation ? (3) Qui sont les autres participant.e.s ? (4) Que va-t-on faire ? Concernant les présentations, je trouve que cela permet à ce que chaque personne soit reconnue « comme un élément social qui dispose d'une identité, d'un espace physique et d'un

espace sonore » (Noyé & Piveteau, 2016, p. 97). Cet élément est essentiel pour moi, car le climat d'ouverture créé permet aux participant.e.s de s'impliquer dès le début et d'adopter une posture active envers son apprentissage. Je vais également sonder les attentes des participant.e.s concernant les buts et apprentissages qu'ils aimeraient atteindre. Ceux-ci peuvent être annotés sur un support (e.g. tableau blanc) et être repris à la fin du module. Les attentes vont servir pour l'évaluation, car les participant.e.s peuvent refléter quels sont les apprentissages perçus et dans quelle mesure ceux-ci correspondent aux besoins et attentes exprimés.

Chaque module va également comporter un **élément théorique**. Nous avons vu précédemment que l'apport théorique n'est pas approprié pour changer ou développer un comportement ou une compétence. Néanmoins, son utilisation peut se révéler complémentaire, car il apporte des connaissances nouvelles sur le sujet en question. En particulier, la connaissance sur la relation entre les différentes composantes de la sensibilité interpersonnelle est très importante. En plus, démontrer l'importance de ces habiletés pour la pratique clinique devrait stimuler la motivation intrinsèque et favoriser l'implication des participant.e.s pendant le module de formation (Hall, 2011). Cette partie ne devrait pas occuper plus d'un tiers du temps alloué pour chaque module, le reste étant dédié aux apprentissages expérientiels. A noter que la partie théorique ne doit pas nécessairement être l'élément premier présenté lors d'un module après l'introduction. Il peut, par exemple, être présenté après avoir effectué un exercice pratique (comme dans le module 3 de ce travail). Dans ce sens, les éléments théoriques sont toujours consolidés avec des éléments expérientiels (e.g. discussion, brainstorming, exercices en petit groupe ou en binôme ; Kurtz, Silverman, & Draper, 2004) et ceci indépendamment de leur position dans le module.

Comme détaillé dans la section 3.3, l'approche privilégiée dans ce dispositif de formation est axée sur le développement des compétences, **les méthodes expérientielles** y occupent donc une place importante. A ce sujet, j'ai choisi des méthodes adaptées à chaque module et qui me semblent se prêter au mieux pour développer les compétences visées. Par exemple, le module 3 implique une mise en situation avec des exercices de régulation émotionnelle à effectuer. Cet exercice est centré sur le vécu personnel du ou de la participant.e. Il vise en premier lieu à ce qu'il ou elle conscientise ce vécu et expérimente comment ces stratégies de régulation

agissent sur sa personne. Pour le module 1, je propose une sorte de jeux de rôle où les participant.e.s prennent un rôle actif d'observateur/observatrice en visionnant des vidéo séquences simulant un contexte professionnel. Le but de cet exercice étant de développer leur capacité d'identifier l'état émotionnel et les pensées d'une autre personne. Il n'est pas forcément requis qu'ils/ elles endossent un rôle actif comme acteurs/ actrices, comme c'est par exemple le cas dans un entretien simulé. Cette démarche reste néanmoins une possibilité si le contexte et l'organisation de la formation le permettent. En revanche, le module 2 opte pour une simulation d'entretien classique impliquant les participant.e.s à la fois comme acteurs/ actrices et observateurs/ observatrices. Cette méthode se justifie par le fait que les participant.e.s doivent appliquer et démontrer des comportements spécifiques en lien avec la thématique du module. Le jeu de rôle classique comporte également certains défis, car l'implication personnelle de l'apprenant.e dans un tel exercice peut amener de l'insécurité. Il ou elle s'expose à un jugement ou à une critique de la part des autres (Kurtz, Silverman, & Draper, 2004). Cette appréhension est légitime, car l'observation des apprenant.e.s lors de l'exercice des compétences reste un élément essentiel pour l'apprentissage et peut être appuyé d'un enregistrement vidéo pour l'analyse.

Pour pallier à ce défi, j'inclus le **feedback** personnalisé dans le module 1, afin de favoriser la sécurité ainsi que l'apprentissage dans le groupe. A la fin de l'exercice, le feedback donné par les autres (participant.e.s et moi-même) permet aux participant.e.s de se réguler et de favoriser la réflexivité vis-à-vis de leur pratique. Pour que le feedback soit profitable, constructif et bienveillant, Kurtz, Silverman, & Draper 2004 mettent en avant plusieurs aspects à respecter lors de la transmission : premièrement, le feedback doit être spécifique, détaillé et doit se focaliser sur un comportement observé. Deuxièmement, le feedback doit être descriptif au lieu d'être évaluatif ou jugeant. Troisièmement, celui ou celle qui donne le feedback doit se concentrer à partager des informations et non à donner des conseils. Le dernier point consiste à limiter l'information à donner sur ce que le récepteur peut effectivement utiliser et sur des choses qu'il peut changer.

Un autre élément, **les discussions en petits groupes**, est utilisé dans les modules 1 et 3 afin de favoriser la participation active et les interactions sociales entre participant.e.s. Au vu du nombre restreint, cette méthode permet aux participant.e.s

un temps de parole plus important et encourage ainsi la réflexion individuelle. Un autre avantage réside dans le fait que les échanges au sein du groupe renforcent l'écoute réciproque, la cohésion du groupe et le lien entre les participant.e.s (Noyé & Piveteau, 2016). D'autres études montrent également que la pensée critique et l'apprentissage approfondi est promu à travers les discussions en petits groupes (Bender, 2003; Garside, 1996).

Pour terminer, **l'évaluation** du dispositif de formation est également un élément important et inclus la fin de chaque module. Celle-ci est divisée en différentes composantes. D'une part, pour évaluer et démontrer l'efficacité de chaque module, le niveau de compétences avant la formation est comparé avec celui acquis après la formation. Pour ce faire, des mesures subjectives (questionnaires auto déclarés) ou objectives (test de performance) avant, ainsi qu'après le module, seront appliquées. Cette approche permet également aux participant.e.s de prendre conscience de leur évolution. D'autre part, un questionnaire d'évaluation du module de formation sera proposé à la fin afin d'évaluer la qualité du dispositif de formation et la satisfaction des participant.e.s. Le feedback reçu permettra ainsi au formateur d'avoir des éléments concrets concernant les points forts des modules ainsi que ceux à développer. Un temps de partage est également prévu pour permettre aux participant.e.s de conscientiser les apprentissages perçus et d'évaluer si ceux-ci correspondent aux attentes formulées en début de chaque module. Dans les prochains paragraphes je vais présenter les différents modules avec leurs objectifs, les méthodes utilisées et le leur déroulement.

### 4.3 Module 1 : Précision interpersonnelle

Module 1	Précision interpersonnelle
Objectifs	Prendre connaissance du rôle de la précision interpersonnelle (précision empathique) pour la sensibilité interpersonnelle Prendre conscience de son importance pour l'activité clinique Identifier les indicateurs verbaux et non verbaux et savoir les interpréter Savoir inférer les pensées, émotions et sentiments d'une autre personne
Méthodes	Apport théorique Analyse de vidéos avec feedback (jeu de rôle) Discussion en petits groupes
Évaluation	En début et en fin de module
Durée	4h

#### Apport théorique

Le but de l'apport théorique est de motiver les participant.e.s à développer leur précision empathique, c'est-à-dire la capacité à juger d'une manière exacte les expressions émotionnelles, les sentiments et les pensées d'une autre personne à travers les canaux verbaux et non verbaux. Cette partie leur permet aussi de développer leur connaissance sur les indicateurs verbaux et non verbaux ainsi que leurs significations. Ces connaissances vont être affirmées à travers des opportunités de mise en pratique et de feedback. Concrètement, les thématiques suivantes seront abordées :

- a. La sensibilité interpersonnelle : de quoi parle-t-on ? Différentes facettes
- b. La précision interpersonnelle (précision empathique) comme prérequis pour l'empathie
- c. L'importance de cette compétence pour l'activité clinique et ses bienfaits pour les patient.e.s
- d. La détection d'expressions faciales

## **Analyse de vidéos**

Le jeu de rôle se base sur les travaux de Ickes (1997, 2003) portant sur la précision empathique (empathic accuracy paradigm). L'idée de base prévoit pour les participant.e.s de devoir identifier l'état émotionnel et les pensées d'une autre personne à des moments prédéfinis lors d'une interaction. L'exercice lui-même peut se décliner sous différentes formes selon les ressources à disposition. La version la moins contraignante et privilégiée dans ce module consiste à utiliser un enregistrement vidéo préparé à l'avance et qui sera utilisé durant l'exercice. Pour préparer ce matériel, des entretiens entre un/ une médecin et un.e patient.e sont enregistrés. Ensuite, le/ la patient.e regarde la vidéo et note ce qu'il elle a ressenti et pensé à des moments précis pendant l'entretien. Ces ressentis ainsi que leur occurrence pendant l'entretien sont récoltés. Dans le cadre de l'exercice, les participant.e.s sont invités à regarder la séquence vidéo. Celle-ci est arrêtée à chaque moment où le/ la patient.e avait exprimé.e un ressenti ou une pensée. Les participant.e.s doivent alors noter ce qu'ils imaginent que le/ la patient.e ressent ou pense à ce moment-là. Le formateur donne ensuite un feedback direct concernant les pensées et les émotions du/ de la patient.e. La correspondance ou la divergence des impressions identifiées permet aux participant.e.s de se faire une idée de leur degré de précision empathique, ce qui contribue à améliorer la précision empathique des sujets.

## **Discussion en petits groupes**

Après le jeu de rôle, les participant.e.s vont être répartis en petits groupes dans lesquels ils vont discuter sur les questions suivantes : (1) « En quoi l'observation de cet enregistrement a-t-elle amené des réflexions, des questionnements en vous? », (2) « Quelles difficultés avez-vous rencontrées à ce sujet ? » et (3) « Quelles questions restent en suspens suite à cet exercice ? ». Les questions peuvent ensuite être posées en plénière et permettre une discussion générale avec l'apport du formateur.

## **Évaluation**

Pour évaluer le module en question, je planifie d'utiliser deux mesures différentes. Premièrement, les participant.e.s vont effectuer un test de performance pour évaluer l'efficacité de la formation suivie. Celui-ci sera administré avant le début de la formation (p.ex. avant le jour de formation) par le biais d'un test pouvant être effectué en ligne. En début du module, chaque participant.e reçoit les résultats du test

effectué. Le même test est effectué à la fin du module pour évaluer l'évolution de la compétence (il peut être rempli après la formation). Les participant.e.s recevront un retour via email concernant leur résultat final qu'ils peuvent comparer avec le premier résultat. Le test choisi est le Geneva Emotion Recognition Test (GERT-S; Schlegel & Scherer, 2016), qui est la version courte du GERT. Il comprend 42 vidéos avec du son, d'une durée d'une à trois secondes. Il présente 10 acteurs/ actrices exprimant 14 émotions différentes. Après visionnement de chacune des vidéos, les participant.e.s sont invité.e.s à sélectionner parmi les 14 émotions proposées. Ce test mesure donc la capacité du/de la participant.e à reconnaître des émotions à partir d'expressions faciales et vocales, de gestes, et de postures corporelles.

L'autre mesure utilisée est basée sur une évaluation auto-reportée d'un questionnaire que les participant.e.s peuvent remplir à la fin. Un moment sera également prévu pour une discussion concernant les apprentissages effectués ainsi que sur les aspects du module à améliorer. Cette partie permettra ainsi de vérifier si le contenu du module est perçu comme pertinent et s'il répond aux attentes formulées par les participant.e.s en début du module.

#### 4.4 Module 2 : Empathie

Module 2	Empathie dans la relation médecin-patient
Objectifs	Prendre connaissance des différentes composantes de l'empathie et les distinguer des concepts adjacents Savoir écouter activement Connaitre et mettre en pratique les indicateurs verbaux et non verbaux de l'empathie Savoir établir une relation empathique avec le/ la patient.e dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins
Méthodes	Apport théorique Jeux de rôle avec feedback Discussion en petits groupes
Évaluation	En début et en fin de module
Durée	4h

## **Apport théorique**

L'apport théorique dans le module 2 vise à développer des connaissances sur le processus empathique chez les participant.e.s, mais également à démontrer son importance dans la pratique clinique. Les bienfaits potentiels pour les patient.e.s devraient représenter un atout majeur dans la pratique des participant.e.s et les motiver à s'engager davantage. Concrètement, les thématiques suivantes seront abordées :

- a. L'empathie : de quoi parle-t-on ? Différentes facettes de l'empathie, délimitation avec des concepts avoisinants
- b. L'importance de l'empathie pour l'activité clinique
- c. Les éléments verbaux et non-verbaux de l'empathie
- d. L'explication du modèle NURSE

## **Jeu de rôle**

Les participant.e.s vont chacun.e effectuer un jeu de rôle dans lequel ils/ elles vont mener un entretien avec un.e patient.e simulé.e (joué par un.e autre participant.e ou par un.e comédien.ne). Celui-ci/ celle-ci jouera son rôle selon un script défini à l'avance. Pendant l'entretien, le/la patient.e exprime plusieurs états émotionnels à travers des canaux verbaux et non-verbaux. Le/la participant.e devra répondre aux signaux d'émotion à travers son comportement verbal et non verbal selon le modèle NURSE. Les observateurs/observatrices recevront une consigne d'observation en lien avec le modèle NURSE.

## **Feedback**

Après le jeu de rôle, chaque participant.e pourra exprimer les difficultés qu'il ou elle a rencontrées lors de l'exercice et l'aide souhaitée de la part des autres. Le facilitateur encourage le/la participant.e à l'auto-évaluation pour commencer et le/ la questionne sur des propositions de solutions avant d'impliquer le groupe pour un avis supplémentaire. Ensuite, le facilitateur ainsi que les autres participant.e.s peuvent donner un feedback constructif sur ce qui a bien et moins bien fonctionné pendant l'exercice.

## Évaluation

Comme pour le module 1, je prévois d'utiliser une mesure objective pour évaluer l'efficacité du module de formation. En amont de la formation, les participant.e.s peuvent effectuer une mesure de leur empathie à travers un test pouvant être effectué en ligne. Le même test peut être effectué à la fin du module pour évaluer l'évolution de la compétence. La version française (Zenasni et al., 2012) de l'échelle « Jefferson Scale of Physician Empathy » (Hojat, 2001) me semble particulièrement adapté pour ce module de formation car l'échelle a été conçue pour le milieu médical. Celle-ci inclut le fait de savoir adopter le point de vue de l'autre, de donner de l'attention au vécu émotionnel de l'autre et la capacité de se mettre à la place du/ de la patient.e. Il existe également une version qui permet au/ à la patient d'évaluer son/ sa médecin. Cette option d'hétéro-évaluation me semble également intéressante à deux niveaux : elle permettrait au/ à la médecin de recevoir un retour concernant l'empathie perçue du ou de la patient.e, et en même temps, comparer à quel point celle-ci converge avec sa propre perception. Cela peut donner au/ à la participant.e un indice de l'exactitude de son propre jugement.

L'autre mesure utilisée est basée sur une évaluation auto-reportée d'un questionnaire que les participant.e.s peuvent remplir à la fin du module. Un moment sera également prévu pour une discussion concernant la perception des participant.e.s quant aux apprentissages effectués, ainsi que sur les aspects à améliorer. Cette partie permettra également de vérifier si le contenu du module est perçu comme pertinent et s'il répond aux attentes formulées par les participant.e.s en début du module.

#### 4.5 Module 3 : Régulation des émotions

Module 3	Régulation des émotions et prévention du burnout
Objectifs	Prendre connaissance du processus émotionnel ainsi que du lien entre travail émotionnel et burnout Connaitre et exercer des stratégies de régulation émotionnelle Savoir gérer ses réactions émotionnelles lors de l'annonce d'une "mauvaise nouvelle" à un.e patient.e
Méthodes	Apports théoriques Discussions en petits groupes Mise en situation avec exercices
Évaluation	En fin de module
Durée	4h

#### Exercice et petits groupes

Après une courte introduction, ce module va commencer avec un exercice en petits groupes afin de susciter une prise de conscience auprès des participant.e.s concernant leur manière d'appréhender leur vécu émotionnel dans des situations difficiles. Les questions à aborder sont les suivantes : (1) Quelles émotions représentent un défi pour vous ? (2) Quelles situations (professionnelles) sont déclencheurs de ces émotions ? (3) Quelles stratégies utilisez-vous en général pour faire face à ces situations ?

#### Apport théorique

Après l'exercice en groupe, l'apport théorique vise à mettre en évidence les enjeux liés au travail émotionnel pour la santé de l'individu. Bien que l'empathie soit un élément essentiel dans la relation avec le/ la patient.e, il est nécessaire de savoir identifier ses propres états émotionnels et pouvoir les gérer d'une manière constructive. Concrètement, les thématiques suivantes seront abordées :

- a. Les deux faces de l'empathie : un atout important et une source de vulnérabilité
- b. L'investissement émotionnel et le burnout
- c. Les émotions « intenses » liées à l'annonce d'une mauvaise nouvelle
- d. Prendre soin de soi-même (stratégies de régulation émotionnelle)

## **Exercices de régulation émotionnelle**

L'exercice pratique de ce module vise à permettre aux participant.e.s d'exercer les stratégies de régulation émotionnelle présentées dans la partie théorique. Avec l'aide de vignettes cliniques/séquences vidéos, les participant.e.s sont confronté.e.s à des scénarios ayant un potentiel d'évocation d'intenses émotions. Après avoir visionné la séquence, les participant.e.s sont amené.e.s à :

1. Respirer tranquillement, ne rien faire
2. Percevoir les sensations physiques intérieures et les réactions émotionnelles sans jugement. Essayer de mettre des mots sur les émotions ressenties.
3. Accepter les émotions
4. Effectuer des exercices de respiration abdominale/PMR/Mindfulness
5. Essayer de changer de perspective concernant le scénario visionné en focalisant sur des aspects positifs

## **Discussion en plénière**

Après l'exercice, les participant.e.s ont la possibilité de donner un retour sur l'expérience faite. Le but est d'identifier les aspects de l'exercice qui étaient faciles à mettre en œuvre mais aussi les aspects plus difficiles. Les participant.e.s peuvent également poser des questions sur des aspects qui ne sont pas clairs dans les exercices.

## **Évaluation**

Ici également, je prévois d'utiliser une mesure objective pour évaluer l'efficacité du module de formation. En amont de la formation, les participant.e.s peuvent effectuer une mesure de leur stratégies de régulation des émotions à travers un test pouvant être effectué en ligne. Le même test peut être effectué à la fin du module pour évaluer l'évolution de la compétence. A ce sujet, le questionnaire «Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)» de Garnefski, Kraaij et Spinhoven (2001; version du CERQ traduite et validée en français par Jermann, Van der Linden, d'Acremont & Zermatten, 2006) sera utilisé. Ce questionnaire permet d'identifier neuf différents types de stratégies de régulation émotionnelle : le blâme de soi, l'acceptation, la rumination, la centration positive, la centration sur l'action, la réévaluation positive, la mise en

perspective, la dramatisation et le blâme d'autrui. Ces stratégies peuvent être regroupées en stratégies de régulations émotionnelles adaptatives (i.e., l'acceptation, la centration positive, la centration sur l'action, la réévaluation positive et la mise en perspective) et en stratégies de régulations émotionnelles non adaptatives (i.e., le blâme de soi, la rumination, la dramatisation, et le blâme d'autrui).

L'autre mesure utilisée est basée sur une évaluation auto-reportée à travers un questionnaire que les participant.e.s peuvent remplir à la fin du module. Un moment sera également prévu pour une discussion concernant la perception des participant.e.s quant aux apprentissages effectués, ainsi que sur les aspects à améliorer. Cette partie permettra également de vérifier si le contenu du module est perçu comme pertinent et s'il répond aux attentes formulées par les participant.e.s en début du module.

## 5. Réflexion personnelle

Le but principal de ce TFE était de conceptualiser un dispositif de formation continue dans le domaine de la communication entre médecins et patient.e.s, plus spécifiquement le développement de la sensibilité interpersonnelle chez les médecins dans le domaine de l'empathie. Malgré l'aspect conceptuel de ce dispositif, nombreux sont les apprentissages personnels que j'ai pu effectuer pendant l'élaboration de ce travail, tant au niveau théorique qu'au niveau de la conceptualisation.

D'abord, j'ai pu prendre conscience de la complexité que constitue la conceptualisation d'un scénario pédagogique et les enjeux y associés. En particulier, comprendre les caractéristiques inhérentes à la formation continue avec des apprenant.e.s adultes m'a aidé à mieux définir l'approche que j'aimerais adopter, les contenus et activités à choisir qui s'y apprêteraient le mieux. Cela m'a également conduit à travailler sur la cohérence entre les éléments qui constituent ce dispositif de formation (objectifs, méthodes et évaluation). J'ai également réalisé l'importance de mettre en avant le côté expérientiel dans les modules afin de favoriser les apprentissages du savoir-faire et du savoir-être.

Conscient des limites de ce travail conceptuel, la mise en pratique future de ce module de formation me permettra de mener une réflexion supplémentaire concernant sa mise en œuvre ainsi que son efficacité. Il est certainement probable que des divergences puissent émerger entre les attentes personnelles suscitées en amont, à travers la conceptualisation de ce dispositif, et la réalité de sa mise en pratique avec des participant.e.s. Malgré ce fait, mes propres observations et le retour des participant.e.s me permettront d'effectuer des ajustements qui vont développer la qualité et la pertinence de ce dispositif de formation. C'est principalement la cohérence entre les objectifs, les méthodes et l'évaluation telle qu'elle sera perçue par les participant.e.s qui me permettra d'apporter les ajustements nécessaires dans le cas où une différence devait se révéler.

Dans un deuxième temps, ce travail est censé servir comme base pour pouvoir dispenser des formations continues sur la même thématique (la sensibilité interpersonnelle) dans des contextes différents. (e.g. dans le travail d'équipe, dans le

couple, le leadership). En réfléchissant à l'approche et aux méthodes choisies, il me semble que celles-ci s'approprient bien pour la formation d'adultes dans d'autres contextes. Je pourrais idéalement utiliser cette structure de base et apporter les modifications nécessaires aux différents éléments en fonction du public cible. En plus, grâce aux connaissances et compétences développées, ma « boîte à outils » est suffisamment remplie et je me sens davantage en confiance pour aborder des situations de formations continues dans le futur.

Pour conclure, ce TFE ainsi que toute la formation du diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Éducation m'ont amené à réfléchir aux valeurs qui sous-tendent mon enseignement et à la posture qui caractérise ma démarche professionnelle. Comme je l'ai mentionné dans l'introduction, je me perçois comme un facilitateur qui veut surtout promouvoir le savoir-faire et le savoir-être chez les apprenant.e.s. Cette prise de conscience, ainsi que les connaissances et les compétences acquises, me donnent confiance pour les défis futurs qui m'attendent en tant que formateur adulte. Au même temps, j'ai hâte de voir comment ces opportunités futures vont contribuer davantage à mon développement personnel et professionnel.

## 6. Bibliographie

- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, *57*, 791–806.
- Back, A., Arnold, R., & Tulsy, J. (2009). *Mastering communication with seriously ill patients: balancing honesty with empathy and hope*. Cambridge University Press.
- Bänziger, T. (2016). Accuracy of judging emotions. In J. A. Hall, M. S. Mast, & T. V. West (Eds.), *The social psychology of perceiving others accurately* (pp. 23–51). Cambridge University Press.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, *15*, 25–38.
- Bender, T. (2003). *Discussion-Based Online Teaching to Enhance Student-Learning*. Sterling, VA: Stylus.
- Bernieri, F. J. (2001). Toward a taxonomy of interpersonal sensitivity. In J. A. Hall & F. J. Bernieri (Eds.), *Interpersonal sensitivity: Theory and measurement* (pp. 3–20). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Blanch-Hartigan, D., Andrzejewski, S. A., & Hill, K. M. (2016). Training people to be interpersonally accurate. In J. A. Hall, M. S. Mast, & T. V. West (Eds.), *The social psychology of perceiving others accurately* (p. 253–269). Cambridge University Press.
- Brooks, J. G., & Brooks, M. G. (1993). *In Search of Understanding: The Case For Constructivist Classrooms*. Alexandria, VA.: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, *28*, 375–388.
- Burgers, C., Beukeboom, C. J., & Sparks, L. (2012). How the doc should (not) talk: When breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions. *Patient Education and Counseling*, *89*, 267–273.
- Crahay, M. (1999). *Psychologie de l'éducation*. Paris : PUF, 1er cycle.
- Decety, J. (2020). L'empathie en médecine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *178*(2), 197-206.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.12.015>

- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100.  
<https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Deveugele, M. (2015). Communication training: skills and beyond. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1287–1291.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health psychology: Official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 5(6), 581–594. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.5.6.581>
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*, 18(4), 376–387. <https://doi.org/10.1097/00005650-198004000-00003>
- Dorr Goold, S., & Lipkin, M., Jr (1999). The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Internal Medicine*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S26–S33. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient–physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61, 1516–1528.
- Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17, 371–379.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garside, Colleen. (1996). “Look Who’s Talking: A Comparison of Lecture and Group Discussion Teaching Strategies in Developing Critical Thinking Skills.” *Communication Education*, 45(3), 212-227.
- Green, M. L., & Ellis, P. J. (1997). Impact of an evidence-based medicine curriculum based on adult learning theory. *Journal of General Internal Medicine*, 12(12), 742–750. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07159.x>

- Gross, J. J. (Ed.). (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner journal*, 10(1), 38–43.
- Hall, J. A. (2011). Clinicians' accuracy in perceiving patients: Its relevance for clinical practice and a narrative review of methods and correlates. *Patient Education and Counseling*, 84, 319-324.
- Hall, J. A., & Bernieri, F. J. (eds.). (2001). *Interpersonal Sensitivity: Theory and Measurement*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657–675.
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2019). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225–243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hatfield, E., Bensman, L., Thornton, P. D., & Rapson, R. L. (2014). New perspectives on emotional contagion: A review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. *Interpersona*, 8(2), 159-179.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349–365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Hojat, M., Louis, D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86, 359-364.
- Houssaye, J. (1988). *Théorie et pratique de l'éducation scolaire, le triangle pédagogique*. Berne: Peter Lang.
- Ickes, W. (2016). Empathic accuracy: Judging thoughts and feelings. In J. A. Hall, M. S. Mast, & T. V. West (eds.), *The social psychology of perceiving others accurately* (pp. 52–70). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316181959.003>
- Ickes, W. J. (ed.). (1997). *Empathic Accuracy*. New York: Guilford Press.
- Ickes, W. (2003). *Everyday Mind Reading: Understanding What Other People Think and Feel*. Amherst, N.Y.: Prometheus Books.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and

- psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126–131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
- Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: The interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine*, 57(9), 1707–1722. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00558-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00558-0)
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner. The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Abingdon, Oxon: Routledge.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning as the Science of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kurtz, S., Silverman, J. and Draper, J. (2004). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd éd.). Radcliffe Publishing: Oxon, UK.
- Lee, A. V., Moriarty, J. P., Borgstrom, C., & Horwitz, L. I. (2010). What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine*, 5(9), 514–520. <https://doi.org/10.1002/jhm.861>
- Ménard, L. (2016). Apprentissage expérientiel. Dans C. Raby & S. Viola (dir.), *Modèles d'enseignement et théories d'apprentissage* (2ème éd., pp. 100-109). Montréal, Québec: Éditions CEC.
- Mintz, D. (1992). What's in a word: The distancing function of language in medicine. *Journal of Medical Humanities*, 13, 223–233. <https://doi.org/10.1007/BF01137420>
- Noyé, D. & Piveteau, J. (2016). *Le guide pratique du formateur : Concevoir, animer, évaluer une formation*. Eyrolles.
- Piaget, J. (1964). *Six Études de Psychologie*. Genève: Editions Gonthier.
- Rakel, D. P., Hoefft, T. J., Barrett, B. P., Chewing, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine*, 41(7), 494–501.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians interviewing skills and reducing patients' emotional

- distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877–1884.
- Rotthoff, T., Baehring, T., David, D. M., Bartnick, C., Linde, F., Willers, R., Schäfer, R. D., & Scherbaum, W. A. (2011). The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 170–175.
- Ruben, M. (2016). Interpersonal accuracy in the clinical setting. In J. Hall, M. Schmid Mast, & T. West (Eds.), *The Social Psychology of Perceiving Others Accurately* (pp. 287-308). Cambridge: Cambridge University Press.  
doi:10.1017/CBO9781316181959.014
- Stosic M. D., & Ruben M. A., & Blanch-Hartigan, D. (2021). Perception of emotion in the medical visit. In R. Schwartz, & J. A. Hall, & L. G. Osterberg (Eds.), *Emotion in the Clinical Encounter*. McGraw Hill.
- Schlegel, K., & Scherer, K. R. (2016). Introducing a short version of the Geneva Emotion Recognition Test (GERT-S): Psychometric properties and construct validation. *Behavior Research Methods*, 48(4), 1383–1392.  
<https://doi.org/10.3758/s13428-015-0646-4>
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., von Känel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion Transfer, Emotion Regulation, and Empathy-Related Processes in Physician-Patient Interactions and Their Association With Physician Well-Being: A Theoretical Model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 389. doi:10.3389/fpsy.2018.00389
- Weisz, E., & Zaki, J. (2017). Empathy-building interventions: A review of existing work and suggestions for future directions. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 205–217). Oxford University Press.
- Zenasni, F., Boujut, E., de Vaure, C. B., Catu-Pinault, A., Tavani, J. L., Rigal, L., et al. (2012). Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2, 759–766.