

# Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose : revue systématique

## Educational Tools to Improve the Therapeutic Relationship of Psychiatrists and Psychiatric Residents with Patients Suffering from Psychosis: A Systematic Review

Laurie Pelletier, Sylvain Grignon et Kevin Zemmour

Volume 46, numéro 2, automne 2021

Premiers épisodes psychotiques : défis pratiques de l'intervention précoce

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1088191ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1088191ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pelletier, L., Grignon, S. & Zemmour, K. (2021). Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose : revue systématique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 417–438. <https://doi.org/10.7202/1088191ar>

Résumé de l'article

**Objectif** Cette revue systématique recense les écrits sur les outils pédagogiques ciblant spécifiquement 2 des compétences clés requises par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour devenir psychiatre : la relation thérapeutique et l'empathie, dans le cadre de la psychose.

**Méthode** Cette recension a été effectuée dans les bases de données Medline via Ovid, PsycInfo (EBSCO) et Scopus en utilisant des combinaisons de termes associés aux outils thérapeutiques, à l'empathie, aux résidents en psychiatrie, aux psychiatres et à la psychose. Deux évaluateurs indépendants ont ensuite examiné 1169 titres et résumés, puis ont conservé 5 articles.

**Résultats** Tous les articles analysés explorent les habiletés de communication, en particulier le Communication Skills Training et 3 des articles portent sur l'une de ses adaptations en psychiatrie : le ComPsych. Il se centre sur l'annonce du diagnostic et du pronostic de la schizophrénie via 5 domaines de compétences, soit l'agenda de la rencontre, l'identification, le questionnaire, l'organisation de l'information et la communication empathique. Ces études utilisent les jeux de rôles, des patients simulés standardisés, des vidéos et de la rétroaction. Une amélioration de la confiance concernant le pronostic est notée quoique l'amélioration obtenue soit inconstante selon les modalités utilisées. Un quatrième article a utilisé le modèle TEMPO (Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis) qui ressemble au modèle ComPsych, mais inclut, entre autres, l'utilisation de patients réels. TEMPO se base également sur la mesure du *Self Repair*, un outil déterminant la façon dont une personne s'efforce de parler de manière compréhensible et acceptable pour l'auditeur lors d'une conversation en général et lors de rencontres psychiatriques. Dans l'étude, une amélioration de la relation thérapeutique (effet modéré) autant de la part des psychiatres que des patients est observée. Le dernier article propose un protocole d'étude randomisée contrôlée le SDM-Plus (*Shared decision making Plus*) une formation sur l'interaction entre les médecins et les patients avec une emphase sur la prise de décision partagée et explicite. Un module concerne les médecins, l'autre les patients.

**Conclusion** Bien que de nombreux manuels pédagogiques et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada insistent sur le rôle et l'importance d'établir une relation thérapeutique positive, cette revue systématique de la littérature montre qu'il n'existe qu'un nombre limité d'études sur ce sujet, et que celles-ci sont de faible puissance. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche sur ce sujet et de développer de nouveaux outils pédagogiques. Nous faisons ici quelques recommandations.

## MOSAÏQUE

# Outils pédagogiques pour améliorer la relation thérapeutique des psychiatres et résidents en psychiatrie envers les patients souffrant de psychose : revue systématique

Laurie Pelletier<sup>a</sup>

Sylvain Grignon<sup>b</sup>

Kevin Zemmour<sup>c</sup>

**RÉSUMÉ Objectif** Cette revue systématique recense les écrits sur les outils pédagogiques ciblant spécifiquement 2 des compétences clés requises par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour devenir psychiatre : la relation thérapeutique et l'empathie, dans le cadre de la psychose.

**Méthode** Cette recension a été effectuée dans les bases de données Medline via Ovid, PsycInfo (EBSCO) et Scopus en utilisant des combinaisons de termes associés aux outils thérapeutiques, à l'empathie, aux résidents en psychiatrie, aux psychiatres et à la psychose. Deux évaluateurs indépendants ont ensuite examiné 1169 titres et résumés, puis ont conservé 5 articles.

**Résultats** Tous les articles analysés explorent les habiletés de communication, en particulier le Communication Skills Training et 3 des articles portent sur l'une de ses

- 
- Médecin résident, Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke.
  - MD, Ph. D., Professeur titulaire, Départements de psychiatrie et de pharmacologie et physiologie, FMSS, Université de Sherbrooke.
  - MD, M. Sci, Professeur adjoint clinique, Département de psychiatrie, Université McGill; Médecin psychiatre au Centre Hospitalier de St-Mary, Département de psychiatrie; Professeur associé au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Département de psychiatrie.

adaptations en psychiatrie: le ComPsych. Il se centre sur l'annonce du diagnostic et du pronostic de la schizophrénie via 5 domaines de compétences, soit l'agenda de la rencontre, l'identification, le questionnaire, l'organisation de l'information et la communication empathique. Ces études utilisent les jeux de rôles, des patients simulés standardisés, des vidéos et de la rétroaction. Une amélioration de la confiance concernant le pronostic est notée quoique l'amélioration obtenue soit inconstante selon les modalités utilisées. Un quatrième article a utilisé le modèle TEMPO (Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis) qui ressemble au modèle ComPsych, mais inclut, entre autres, l'utilisation de patients réels. TEMPO se base également sur la mesure du *Self Repair*, un outil déterminant la façon dont une personne s'efforce de parler de manière compréhensible et acceptable pour l'auditeur lors d'une conversation en général et lors de rencontres psychiatriques. Dans l'étude, une amélioration de la relation thérapeutique (effet modéré) autant de la part des psychiatres que des patients est observée. Le dernier article propose un protocole d'étude randomisée contrôlée le SDM-Plus (*Shared decision making Plus*) une formation sur l'interaction entre les médecins et les patients avec une emphase sur la prise de décision partagée et explicite. Un module concerne les médecins, l'autre les patients.

**Conclusion** Bien que de nombreux manuels pédagogiques et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada insistent sur le rôle et l'importance d'établir une relation thérapeutique positive, cette revue systématique de la littérature montre qu'il n'existe qu'un nombre limité d'études sur ce sujet, et que celles-ci sont de faible puissance. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche sur ce sujet et de développer de nouveaux outils pédagogiques. Nous faisons ici quelques recommandations.

**MOTS CLÉS** relation thérapeutique, empathie, outils pédagogiques, résident, psychiatre, psychose, schizophrénie

### Educational Tools to Improve the Therapeutic Relationship of Psychiatrists and Psychiatric Residents with Patients Suffering from Psychosis: A Systematic Review

**ABSTRACT Objectives** This systematic review identifies the literature on educational tools specifically targeting 2 of the keys competencies that a psychiatrist must acquire according to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: the therapeutic relationship and empathy, in the context of psychosis.

**Method** This review was carried out in the Medline databases via Ovid, PsycInfo (EBSCO) and Scopus using combinations of terms associated with therapeutic tools, empathy, residents in psychiatry, psychiatrists and psychosis. Two independent reviewers reviewed 1169 titles and abstracts, and retained 5 articles.

**Results** All of the articles analyzed explore communication skills, in particular communication skills training, and 3 of the articles focus on one of its adaptations

in psychiatry: ComPsych. It focuses on the announcement of the diagnosis and prognosis of schizophrenia through 5 areas of expertise: the meeting agenda, identification, questionnaire, organization of information and empathetic communication. These studies use role plays, standardized simulated patients, videos and feedback. An improvement in confidence regarding the prognosis is noted although the improvement obtained is inconsistent depending on the modalities used. A fourth article used the TEMPO model (Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis) which resembles the ComPsych model, but includes, among other things, the use of real patients. TEMPO is also based on the Self-Repair measurement, a tool that determines how well a person strives to speak in a way that is understandable and acceptable to the listener in a conversation in general and in a psychiatric encounter. In the study, an improvement in the therapeutic relationship (moderate effect) by both psychiatrists and patients was observed. The last article provides a randomized controlled trial protocol for Shared decision making Plus (SDM-Plus) training in physician-patient interaction with an emphasis on shared and explicit decision-making. One module is for doctors, the other for patients.

**Conclusion** Although many educational manuals and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada stress the role and importance of establishing a positive therapeutic relationship, this systematic review of the literature shows that there are only a limited number of studies on this subject, and they have low statistical power. It is therefore necessary to continue research on this field and to develop new educational tools. Here we make some recommendations.

**KEYWORDS** therapeutic relationship, empathy, educational tool, resident, psychiatrist, psychosis, schizophrenia

## **Introduction**

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada s'attend à ce que le résident en psychiatrie acquière la compétence clé et habilitante suivante: « établir avec les patients (...) de bonnes relations thérapeutiques caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie » (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015). Cette relation thérapeutique est positive lorsque les participants, patients et soignants ont une relation ouverte, de confiance, collaborative, avec des effets thérapeutiques (Frank et Gunderson, 1990; Rosemarie, McCabe et Priebe, 2004).

La relation thérapeutique a un triple aspect: protecteur, diagnostique et thérapeutique. Elle semble avoir un effet protecteur contre l'épuisement professionnel chez les cliniciens. Elle aide au

diagnostic puisque plus le patient se sent entendu et compris, plus il donne de détails pertinents. Au niveau thérapeutique, en santé mentale et plus spécifiquement avec la schizophrénie, la relation thérapeutique est une des pierres angulaires de prise en charge (Farrelly et coll., 2014; Goldsmith et coll., 2015; O'Brien et coll., 2009). En effet, une mauvaise relation thérapeutique est corrélée avec: une mauvaise adhésion à la médication (Rosemarie, McCabe et coll., 2012; Tessier et coll., 2017), une augmentation des réhospitalisations (Frank et Gunderson, 1990), une mauvaise estime de soi (Shattock et coll., 2018), plus de symptômes négatifs (Browne et coll., 2019), une diminution de la fonctionnalité sociale (Browne et coll., 2019), et un désengagement des services de santé mentale (Shattock et coll., 2018).

Établir une relation thérapeutique positive dans son travail auprès des personnes avec la schizophrénie semble être toutefois un défi majeur pour les résidents en psychiatrie et les psychiatres. Ce défi est multidimensionnel. Dans la dimension reliée au patient, on trouve (Charpentier et coll., 2009; Houde et Baki, 2018; Shattock et coll., 2018):

- les expériences traumatisantes dans l'enfance;
- les mauvaises expériences avec la psychiatrie;
- l'autostigmatisation;
- les troubles de relations interpersonnelles;
- le déficit d'empathie cognitive (Berger et coll., 2019);
- le manque d'autocritique;
- les hallucinations auditives;
- les délires paranoïdes augmentant la méfiance;
- les troubles de la pensée (Cavelti et coll., 2016);
- les symptômes négatifs, dont l'émoussement affectif et l'asocialité.

Dans la dimension reliée au clinicien, on trouve:

- la difficulté de se mettre à la place du patient et de comprendre l'expérience psychotique;
- la réduction de l'empathie durant les études médicales et la résidence (Hojat et coll., 2009; Neumann et coll., 2011);
- la difficulté d'être à l'écoute et de partager la détresse du patient,
- l'épuisement émotionnel.

Dans la dimension reliée au contexte, on trouve:

- les soins involontaires;
- la relation asymétrique entre médecin et patient laissant ce dernier avec moins de pouvoir d'agir;

- le contexte de crise;
- l’hospitalisation;
- la stigmatisation liée au fait d’être traité en psychiatrie et à la psychiatrie en elle-même.

Par ailleurs, la schizophrénie représente un enjeu de santé publique au Canada tant par sa prévalence, 0,9 % en 2004 (Goeree et coll., 2005), que par son impact pour le patient, et par ses coûts financiers directs et indirects pour la société, 6,85 milliards de dollars par année en 2004 (Goeree et coll., 2005).

Pour les résidents en psychiatrie et les psychiatres, l’amélioration de leurs compétences de « compréhension, confiance, respect, honnêteté et empathie » (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015) est un enjeu majeur dans leur cursus pédagogique et pour la société. Même si certaines interventions pédagogiques semblent améliorer l’empathie durant les études médicales et la résidence (Batt-Rawden et coll., 2013; Chen et coll., 2018; Patel et coll., 2019; Riess et coll., 2012; Stepien et Baernstein, 2006), notamment en psychiatrie (Bentley et coll., 2018; Wünderich et coll., 2017), selon nos lectures il n’existe pas de consensus ou de guide de bonne pratique pour enseigner, améliorer ou maintenir les compétences clés pour établir une relation thérapeutique positive dans le cadre spécifique de la psychose. Il n’existe pas non plus de revue systématique sur ce sujet.

Ainsi, l’objectif de cette revue systématique de la littérature est de répertorier l’ensemble des outils pédagogiques permettant d’enseigner, d’améliorer ou de maintenir ces compétences clés pour établir une relation thérapeutique positive avec les personnes aux prises avec la psychose, et de suggérer des recommandations concernant les futures recherches et les orientations en pédagogie médicale.

## **Méthode**

### **Protocole**

La stratégie de recherche utilisée pour la revue systématique est celle de PRISMA-P (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols*) (Shamseer et coll., 2015).

### **Recherche dans la littérature et critère d’éligibilité**

Les bases de données électroniques Medline via Ovid, PsycInfo (EBSCO) et Scopus ont été utilisées pour relever la littérature pertinente. La même

stratégie de recherche a été appliquée pour chacune des banques de données en utilisant une combinaison de termes et de mots clés standardisés (incluant *Therapeutic Alliance*, *Empathy*, *Psychosis*, *Schizophrenia* et *Psychiatry Resident* et leurs dérivés) (tableaux 2 à 4 pour les critères de recherche détaillés). Lors de la révision des résultats obtenus par ces moteurs de recherche, les articles en double ont été retirés.

La revue de littérature inclut tous les articles écrits en anglais et révisés par les pairs sur les outils influençant la relation thérapeutique et l'empathie entre les psychiatres et les patients aux prises avec la psychose. Le terme de « relation thérapeutique » ayant été décrit la première fois par Freud en 1912 comme un « sentiment d'affection amicale » sous forme de transfert positif, les articles publiés entre 1912 et juin 2020 (date de fin des inclusions) ont été inclus. Seules les études comprenant des adultes entre 18 et 65 ans et comprenant plus de 50 % des patients avec un diagnostic de psychose, schizophrénie ou trouble schizoaffectif ont été incluses. Les études ont été retenues si au moins 50 % des professionnels étaient des résidents en psychiatrie ou des psychiatres. Nous n'avons pas retenu les études portant sur la psychothérapie puisque Shattock et coll., (2018) ont déjà réalisé une revue de littérature exclusivement sur le sujet. Les outils portant spécifiquement sur l'alliance thérapeutique n'y sont toutefois pas abordés.

### Sélection des articles

Deux des auteurs (LP et KZ) ont identifié indépendamment les articles pertinents à lire en se basant sur la révision des titres et des résumés. Lors d'un différend à la lecture du résumé, l'article était lu au complet par un auteur avant d'être retenu pour lecture complète par les 2 auteurs s'il répondait aux critères. Les désaccords ont été réglés par consensus.

### Extraction des données et synthèse

Le texte complet des articles sélectionnés a été révisé indépendamment par les deux auteurs selon les critères prédéterminés. Les divergences d'opinions, mineures, ont été facilement résolues par consensus.

### Évaluation de la qualité

Étant donné l'hétérogénéité des études et les échantillons faibles, nous n'avons pu juger de manière standardisée la qualité des articles. Cette hétérogénéité est d'ailleurs l'une des principales limitations communément soulevées par les auteurs des articles sélectionnés.

## Analyse

Nous avons choisi d'analyser et de présenter les résultats en fonction des différents niveaux du modèle Kirkpatrick. En effet, ce modèle permet d'analyser et d'évaluer l'impact concret des formations et programmes pédagogiques (Smidt et coll., 2009). Le modèle comporte 4 niveaux :

- 1) Le niveau **réaction** évalue comment les étudiants perçoivent le degré d'efficacité concernant la communication ;
- 2) Le niveau **apprentissage** se concentre sur l'évaluation des apprentissages de façon objective, quantitative ;
- 3) Le niveau **comportement** compare la performance avant et après l'apprentissage ;
- 4) Le niveau **résultat** considère les impacts de l'apprentissage sur les résultats (*outcomes*) des patients (Kirkpatrick, 2016 ; Smidt et coll., 2009).

## Résultats

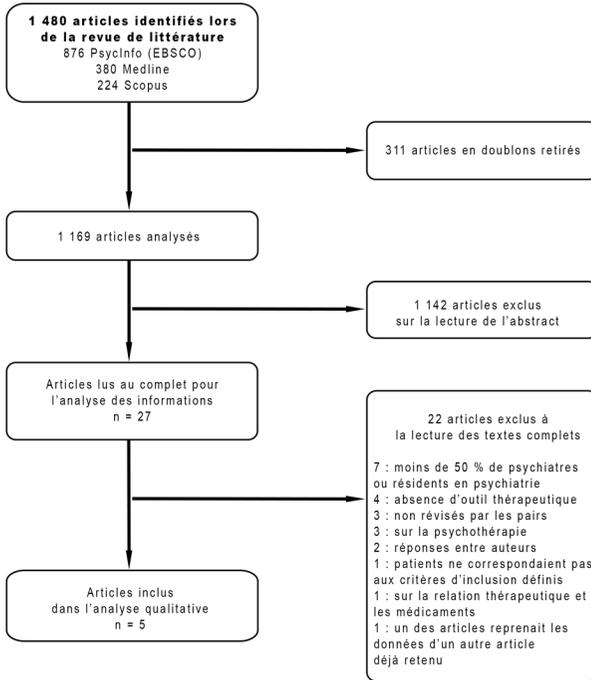
### Recherche et sélection

Les recherches initiales dans les bases de données ont permis d'identifier 1480 articles potentiels. Après suppression des doublons, il est resté 1169 articles (tableau 5). La majorité de ces études a été exclue (1142) lors de l'examen de leur pertinence (fig. 1) puisqu'elles ne traitent pas d'outils thérapeutiques sur la relation thérapeutique ou l'empathie en lien avec les psychiatres/résidents et les patients avec psychose. Le texte complet des 27 articles restants a été lu et évalué. Dans l'analyse de leurs références, nous n'avons pas identifié de nouveaux articles potentiels. Au final, 5 publications ont été retenues, dont :

- une revue de littérature sur les compétences en communication existantes ;
- trois études comprenant de manière cumulée 85 psychiatres et résidents en psychiatrie, 64 patients ;
- un protocole proposant d'inclure 276 patients et un nombre non spécifié de psychiatres.

FIGURE 1

Diagramme des études



Caractéristiques des études

Les caractéristiques des 5 études sont présentées dans le tableau 1. La totalité des études ont été publiées dans les 5 dernières années soit de 2015 à 2017. 80 % des études sont de type quantitatif. 40 % utilisent un devis avant/après et 40 % sont plutôt des essais cliniques randomisés par grappe.

Population des études

Les études retenues ont testé des interventions pédagogiques impliquant des résidents en psychiatrie (66 %) et des psychiatres (33 %).

TABLEAU 1

## Caractéristiques des 5 études incluses

Référence (année)	Devis de l'étude Population N (intervention)/ N (contrôle)	Niveau du modèle Kirkpatrick*	Type de formation Compétences et comportements enseignés	Type d'intervention	Principaux résultats
1. Loughland et coll. (2015)	Évaluation de type avant/après Résidents en psychiatrie de 25-49 ans 38 interventions/ aucun contrôle	1	Formation Compsych** : – Annonce d'un diagnostic de schizophrénie; – Annonce du pronostic d'une schizophrénie.	2 sessions de 2 h dans le même mois : – Exposé didactique sur la théorie de la communication avec des exemples vidéo; – Jeu de rôle entre résidents et patients simulés standardisés; – Enregistrements des sessions pour la rétroaction.	– Pas de différence significative concernant le module d'annonce du diagnostic. – Amélioration significative de la confiance pour discuter du pronostic (Modèle ANCOVA 44,4 % à 88,9 % $p = 0,012$ ) et de l'autoévaluation sur leur propre habileté de communication autant pour le diagnostic que pour le pronostic (respectivement : Modèle ANCOVA 85,7 % à 100 % $p = < 0,001$ et 83,3 % à 94,4 % $p = 0,019$ ).
2. Ditton-Phare et coll. (2015)	Revue de littérature/Aperçu sur les compétences en communication Résidents en psychiatrie	1	Formation ComPsych : 5 catégories de compétences – Agenda de la rencontre; – Vérification (de la compréhension du patient et de sa préférence); – Questionner; – Organisation de l'information; – Communication empathique.	Nb de session : NC Exposé didactique avec des exemples vidéo (comment discuter le diagnostic et le pronostic de la schizophrénie) Rencontre en petit groupe – Jeu de rôle entre résidents et patients standardisés simulés – Rétroaction par utilisation de vidéos des participants et discussions dirigées	– Amélioration de la confiance pour l'annonce du diagnostic – L'amélioration de la communication et la transférabilité à la clinique sont à valider
3. Ditton-Phare et coll. (2016)	Étude pilote Évaluation de type avant/après Résidents en psychiatrie de 26-46 ans, dont 15H et 15F 30 interventions/ aucun contrôle	2	Formation ComPsych 5 catégories de compétences : – Agenda de la rencontre; – Vérification (de la compréhension du patient et de sa préférence); – Questionner; – Organisation de l'information; – Communication empathique.	4 sessions Continuité de leur étude de 2015 (Ditton-Phare [2015] <sup>25</sup> ) avec la formation ComPsych Ajout d'une évaluation standardisée avec patient standardisé simulé sous forme d'un enregistrement de 15 minutes pré et post formation	– Amélioration significative p/r à l'agenda de la rencontre, identifier les points à aborder par le médecin et le patient, vérifier les préférences quant aux informations reçues ( $d = -0,82$ ) – Diminution des questions ouvertes ( $d = 0,56$ ). – Pas de différence significative dans les autres compétences

4. Rose McCabe et coll. (2016)	Essai clinique randomisé par grappe Patients de 15-65 ans ayant un diagnostic de schizophrénie ou tr. schizoaffectif selon le DCI-10 9 psychiatres — 35 patients/ 8 psychiatres — 29 patients	3	Formation développée par l'équipe des auteurs 4 thèmes sont travaillés : – Compréhension du patient vivant des expériences psychotiques : réflexion sur l'expérience du patient et la réponse professionnelle et émotionnelle aux symptômes psychotiques ; – Les techniques de communication pour travailler avec les symptômes positifs et négatifs ; – Comment rendre plus indépendant le patient ; – Comment impliquer le patient dans la prise de décision par rapport à sa médication.	4 sessions de groupe hebdomadaires de 3 h puis 1 session individuelle de rétroaction auprès des psychiatres (Maximum de 9 participants) – Vidéo et études de textes – Simulation de voix*** – Discussion de groupe avec animateurs – Jeu de rôle entre psychiatres et avec des patients simulés – Enregistrements vidéo d'entretiens de chaque participant médecin avec un patient réel et rétroaction à T0 puis à 5 mois	– Augmentation de 44% de l'index <i>self-repair</i> **** des psychiatres ( $d = 0,91$ et une différence moyenne ajustée de 6,39, un intervalle de 1,46-11,33 avec un $p = 0,011$ ) – Augmentation du niveau de confiance du psychiatre (autoquestionnaire de 0 à 10), en moyenne de 6,9 à 8,5 pré/postformation – Amélioration significative de l'alliance thérapeutique (échelle STAR) – chez le psychiatre (différence de moyenne 0,20, intervalle de confiance [IC] à 95% 0,03-0,37 ; $d = 0,4$ soit un effet modéré ; $p = 0,022$ ) – chez les patients (différence de moyenne 0,21, IC 0,01-0,41 ; $d = 0,56$ , soit un effet modéré ; $p = 0,043$ )
5. Hamann et coll. (2017)	Protocole d'étude randomisée contrôlée par grappe 276 patients Nombre de psychiatres = NC Répartition = NC	4	<u>Formation SDM-PLUS</u> ***** <u>Pour l'équipe médicale</u> <b>Groupe d'intervention</b> – Technique de communication selon le modèle de négociation de Harvard – Technique de l'entretien motivationnel dont l'écoute réflexive <b>Groupe contrôle</b> – Analyse de décision pour et contre  <u>Pour les patients</u> <b>Groupe d'intervention</b> Objectif: devenir un partenaire actif dans la prise de décision – Se préparer au rdv médical – Questionner – Exprimer son opinion par des jeux de rôle et des travaux. <b>Groupe contrôle</b> – Pas de mesure	2 sessions d'une demi-journée auprès de l'équipe en l'espace de 2 semaines puis supervision sous forme de rencontre hebdomadaire 5 rencontres avec les patients pendant leur hospitalisation, deux rencontres d'une heure par semaine – Groupes de discussion – Jeux de rôle – Travaux à la maison	Collecte d'informations à 3, 6, 9 et 12 mois à l'aide de différentes échelles ( <i>Autonomy Preference Index [API], PatPart-19, Helping Alliance Scale</i> )

Légende = NC : non connu ; N : nombre de personnes ; H : homme, F : femme.

\*Le modèle Kirkpatrick permet de classer et d'évaluer l'impact concret des formations et programmes pédagogiques (Smidt et coll., 2009).

\*\* Formation ComPsych : Formation sur les compétences de communication en psychiatrie.

\*\*\* Deegan PA. Hearing Voices That Are Distressing: A Training and Simulated Experience. Lawrence, 1996.

\*\*\*\* Self Repair : outil de mesure pour déterminer si une personne s'efforce de parler de manière compréhensible et acceptable pour un auditeur dans une conversation en général et lors d'entretiens psychiatriques. (Pueria, 1977; Hayashi et coll., 2012).

\*\*\*\*\* SDM-Plus: Shared decision making Plus, Formation sur l'interaction entre médecins et patients, avec une emphase sur la prise de décision partagée et explicite. La formation est divisée en deux modules : l'un pour les médecins, l'autre pour les patients.

## Types d'interventions pédagogiques

(tableau 1. Caractéristiques des 5 études incluses)

Les types d'interventions sont hétérogènes et souvent plus d'une modalité est utilisée. Les études impliquent un nombre d'interventions variant d'une seule session à un nombre indéterminé étalées sur plusieurs mois. La durée des interventions pédagogiques est d'une heure à une demi-journée. Toutes ces études incluent des petits groupes de participants, quoique le nombre exact soit rarement mentionné. Une seule étude compte également une session individuelle. La majorité des études incorpore des interventions centrées sur les habiletés de communication. Parmi les modalités utilisées, toutes les études utilisent des jeux de rôle entre participants, 80 % utilisent des patients standardisés et 20 % de vrais patients. La totalité utilise au minimum un exposé didactique avec études de textes et de vidéos ainsi qu'une discussion avec les pairs. La vidéo est utilisée comme outil de rétroaction individualisé dans 80 % des cas. Une seule étude utilise l'écoute de voix simulée. Selon le modèle de Kirkpatrick :

- 2 études sont au niveau 1 (réaction) ;
- 1 étude au niveau 2 (apprentissage) ;
- 1 étude au niveau 3 (comportement) ;
- 1 étude au niveau 4 (résultat).

## Discussion

Dans cette revue systématique, nous avons révisé la littérature scientifique actuelle sur les outils pédagogiques ciblant l'amélioration des compétences des psychiatres et des résidents en psychiatrie pour établir une relation thérapeutique positive dans le cadre spécifique de la psychose. Notre principal résultat est qu'il existe des outils pédagogiques permettant l'amélioration de ces compétences, sans pour autant pouvoir établir de consensus clair sur les meilleures pratiques dans ce domaine.

Dans cette revue systématique, nous nous sommes concentrés sur la révision des facteurs liés au clinicien dans l'objectif de pouvoir répertorier tous les outils pédagogiques efficaces afin de guider les professeurs à enseigner efficacement et de manière reproductible la relation thérapeutique, et les compétences associées, aux résidents en psychiatrie et psychiatres dans le contexte spécifique des patients aux prises avec la psychose. En effet, plusieurs études et manuels pédagogiques (comme

aussi l'approche EEAP [Écoute-Empathie-Accord-Partenariat] [Amador, 2012]) montrent que les capacités d'établir une relation thérapeutique positive et de l'empathie ont de nombreux effets positifs, sans pour autant fournir d'outils concrets pour y parvenir. Pourtant dans d'autres disciplines de la santé, des auteurs comme Ziółkowska-Rudowicz et Kładna (2010) ont fait une revue de littérature des méthodes utilisées pour améliorer l'empathie clinique chez les étudiants en médecine et ont réussi à les regrouper en 5 approches :

- une exposition clinique précoce;
- jouer le rôle d'un patient;
- des études de textes;
- l'amélioration des habiletés associées à l'empathie;
- l'exposition à des modèles de rôle.

D'autres auteurs comme Younas et Maddigan (2019) élaborent un cadre afin d'améliorer l'empathie des infirmiers et infirmières envers les patients en ciblant le domaine affectif. Enfin, en oncologie, l'approche *Comskill* est utilisée afin d'améliorer la communication entre le médecin et son patient depuis plusieurs années.

D'autres avenues sont prometteuses pour améliorer l'empathie et la relation thérapeutique, comme :

- la simulation d'hallucinations auditives chez les étudiants en médecine (Bunn et Terpstra, 2009; Galletly et Burton, 2011), les étudiants en soins infirmiers (Fossen et Stoeckel, 2016), les étudiants en pharmacie (Skoy et coll., 2016) et les psychologues (Riches et coll., 2019);
- l'utilisation de jeux vidéo comme *That Dragon, Cancer* pour les 3<sup>e</sup> années de médecine (Chen et coll., 2018);
- l'utilisation des nouvelles technologies, particulièrement la réalité virtuelle pour améliorer l'empathie des étudiants en médecine (Louie et coll., 2018).
- Les approches thérapeutiques centrées sur le patient (Carl Rogersen, 1951; Santana et coll., 2018) et celles orientées vers le rétablissement (Warner, 2009; Anthony, 1993) apportent aussi une réflexion sur la modification des rapports interpersonnels soignant/soigné et des savoirs expérientiels/universitaires. Cela permettrait une redéfinition de la relation thérapeutique et éventuellement une amélioration de celle-ci.

En psychiatrie, alors que la relation thérapeutique est capitale, le domaine a été peu exploré. À ce jour, seuls des outils gravitant autour

des habiletés de communication ont majoritairement été explorés chez les résidents en psychiatrie. Nos résultats sont consistants avec la revue systématique de Ditton-Phare et coll. (2017). Toutefois, étant donné la grande hétérogénéité des interventions et des outils d'évaluation, il est difficile de comparer les études selon leur efficacité globale, leur impact réel en pratique clinique ou leur impact sur les résultats des patients, et selon la rémanence de leur effet à moyen et long terme. Ces habiletés de communication incluent diverses modalités dont la communication verbale et non verbale (contact visuel, langage corporel, gestuelle, expression faciale) ainsi que l'écoute active. Il est à noter que Brown et Bylund (2008) considèrent que ces habiletés peuvent être apprises.

Les formations sur les compétences de communication (CST, Communication Skills Training), dont celle développée pour la schizophrénie, *ComPsych*, sont l'une de ces méthodes démontrées efficaces dans le domaine médical selon Maguire et Pitceathly, (2002). En effet, on retrouve chez les patients une plus grande satisfaction, une meilleure adhésion au traitement, une meilleure compréhension de leur maladie et des traitements (Ditton-Phare et coll. 2015) ainsi qu'une plus grande autocritique. Loughland et coll., (2015) ont également démontré que chez le clinicien, la méthode de *ComPsych* permet une meilleure identification des problèmes des patients, améliore le bien-être, la confiance en ses capacités et diminue le stress tout en diminuant la détresse vécue. Ditton-Phare et coll. (2016) constatent aussi une amélioration concernant la discussion sur l'agenda de la rencontre et la validation des préférences du patient à la suite de l'information reçue. Les compétences concernant le questionnaire, particulièrement pour poser des questions ouvertes, se sont toutefois détériorées. Cela soulève un questionnement quant à savoir si l'introduction et l'emphase mises sur de nouvelles techniques n'entraîneraient pas un délaissement des anciennes.

Rose McCabe et coll. (2016) analysent aussi les habiletés de communication en psychiatrie, dans le cadre d'un programme pédagogique multimodal<sup>1</sup> que les auteurs ont développé durant une année. Les auteurs montrent que la volonté de parler de manière compréhensible et acceptable pour le patient avec l'objectif d'avoir une bonne compréhension partagée entre le psychiatre et le patient peut être spécifiquement enseignée et que cela améliore la relation thérapeutique avec les patients aux prises avec une psychose.

---

1. [http://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschooll/profiles/TEMPO\\_full\\_manual.pdf](http://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschooll/profiles/TEMPO_full_manual.pdf)

Une des limitations majeures de notre revue découle du peu d'études sur le sujet. En conséquence, les mêmes études sont souvent citées entre elles et les mêmes auteurs sont ressortis à de plusieurs reprises. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la revue de littérature de Papageorgiou et coll. (2017), spécifiquement sur le CST, n'a retenu qu'une seule étude, soit celle de Rose McCabe et coll. (2016) que nous avons également retenue lors de notre revue de littérature. Les études sont également peu explicites sur les détails des sessions pour les reproduire ou sur les données sociodémographiques des participants pour les comparer.

Cette revue de littérature souffre d'autres limitations :

- l'absence de définition consensuelle des concepts de relation thérapeutique et d'empathie ;
- la variation des outils de mesures ;
- les échantillons de faible nombre ;
- l'absence d'étude de reproductibilité ;
- le manque d'étude randomisée contrôlée et de niveau 4 du modèle Kirkpatrick similairement à ce qui est rapporté par Ditton-Phare et coll., 2015 ;
- l'utilisation de différentes échelles et mesures subjectives de l'empathie d'une étude à l'autre, rendant leur comparaison ardue. Les plus utilisées sont l'échelle STAR et la *Working Alliance Inventory* (WAI) (Harris et Panozzo 2019) ;
- l'absence de groupe de comparaison dans les études avec d'autres techniques permettant l'amélioration de la relation thérapeutique et de l'empathie est également un autre enjeu limitant la puissance des études.

Il nous est apparu aussi que les aspects multidimensionnels de la relation thérapeutique et de l'empathie rendent leur enseignement difficile. Cela se reflète à travers la littérature où plus d'une méthode est proposée. Par exemple, l'empathie est un processus multidimensionnel qui peut être subdivisé en 3 aspects : émotionnel, cognitif et comportemental d'après Thompson et coll. (2019). Tous ces aspects doivent être réunis pour produire une empathie dite mature et donc une relation thérapeutique de bonne qualité (Stepien et Baernstein, 2006).

En conclusion, même si notre revue de la littérature ne permet pas de donner des conclusions formelles afin de guider les pédagogues et les professeurs, elle suggère que l'enseignement de telles compétences est possible. Ceci est en accord avec la pratique clinique, le sens clinique et

les manuels pédagogiques nous indiquant qu'enseigner les compétences pour établir une relation thérapeutique positive améliore les résultats des patients. Cependant, il reste à démontrer à moyen et long terme que les méthodes proposées sont efficaces.

### **Nos recommandations :**

- 1- Définir et utiliser des définitions consensuelles de l'alliance thérapeutique et des compétences clés associées, telles que l'empathie;
- 2- Continuer de réaliser des études en pédagogie médicale telles que soulevées par Teding van Berkhout et coll., (2016), spécifiquement chez les résidents en psychiatrie, dans le cadre de la psychose et d'autres troubles mentaux, afin de déterminer les compétences clés pour établir une alliance thérapeutique positive et améliorer l'empathie.
- 3- Continuer de réaliser des études en pédagogie médicale afin de trouver des interventions pédagogiques innovantes (allant des ateliers théoriques, aux ateliers de théâtre, aux ateliers servant à améliorer les compétences de communication et les relations interpersonnelles, aux jeux de rôle, aux patients simulés, aux exercices de prise de perspective, aux simulations utilisant les nouvelles technologies [Louie et coll., 2018], aux ateliers de pleine conscience...) comme le soulignait déjà Batt-Rawden et coll., (2013) et Patel et coll., (2019) afin d'enseigner une ou plusieurs compétences citées ci-dessus;
- 4- Élaborer des outils de pédagogie ciblant spécifiquement le domaine affectif (Younas et Maddigan, 2019) ainsi que les enjeux liés au patient limitant la relation thérapeutique: faire des interventions pédagogiques concernant des symptômes spécifiques comme des interventions pédagogiques ciblant l'entente de voix, et/ou la méfiance, et/ou les délires paranoïdes, et/ou les biais cognitifs de la psychose, et/ou la motivation, et/ou l'attention sociale et/ou d'autres symptômes négatifs de la psychose. (Krishnasamy et coll., 2019); en quelque sorte se mettre dans les chaussures de l'autre tel que le recommandent Corring et Cook, (1999);
- 5- Améliorer la méthodologie de ces études (puissance, validités interne et externe): échantillons plus grands, étudier un outil thérapeutique à la fois, études contrôlées randomisées, utiliser des outils de mesures validés;
- 6- Réaliser des études de niveau 4 du modèle de Kirckpatrick, tel que déjà proposé par Ditton-Phare et coll., (2015) afin d'évaluer l'efficacité de ces outils sur les patients et la stabilité et la rémanence de leurs effets;

- 7- Définir ensuite les meilleures pratiques (format, nombre de sessions, sessions de rappels, etc.).

## Remerciements

Nous tenons à remercier la Dre Larissa Takser pour son aide et sa relecture du présent article.

## Matériel supplémentaire

TABLEAU 2

Stratégie de recherche sur MEDLINE (OVID) — 4 MAI 2020

#	Searches	Results
1	((therapeutic or working or helping) adj2 alliance*).tw.	3 223
2	exp Professional-Patient Relations/	141 438
3	((patient ? or client ? or individual ? or interpersonal or professional or therapeutic or physician ? or doctor ?) adj2 relation*).tw.	45 576
4	Empathy/	18 706
5	empath*.tw.	15 342
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	196 136
7	exp Schizophrenia/	103 800
8	(schizophreni* or schizoaffective or « dementia praecox»).tw.	122 293
9	exp Psychotic Disorders/	51 658
10	(psychotic* or psychos?s).tw.	66 078
11	7 or 8 or 9 or 10	200 916
12	psychiatrist?.tw.	24 960
13	« Internship and Residency »/	49 009
14	(resident ? or residenc*3 or trainee ? or internship* or training).tw.	591 611
15	12 or 13 or 14	625 877
16	6 and 11 and 15	472
17	limit 16 to (yr= »1912 -Current » and english)	380

TABLEAU 3

## Stratégie de recherche sur PsycInfo (EBSCO) – 4 MAI 2020

#	Query	Results
S1	DE «Therapeutic Alliance»	4 875
S2	(therapeutic OR working OR helping) N2 alliance*	9 764
S3	(patient ? OR client ? OR individual ? OR interpersonal OR professional OR therapeutic OR physician ? OR doctor ?) N2 relation*	133 633
S4	empathy	29 539
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	164 918
S6	DE «Schizophrenia» OR DE «Acute Schizophrenia» OR DE «Catatonic Schizophrenia» OR DE «Childhood Schizophrenia» OR DE «Paranoid Schizophrenia» OR DE «Process Schizophrenia» OR DE «Schizo affective Disorder» OR DE «Schizophrenia (Disorganized Type)» OR DE «Schizophreniform Disorder» OR DE «Undifferentiated Schizophrenia»	100 126
S7	schizophreni* OR schizo affective OR «dementia praecox»	151 269
S8	DE «Psychosis» OR DE «Acute Psychosis» OR DE «Affective Psychosis» OR DE «Alcoholic Psychosis» OR DE «Capgras Syndrome» OR DE «Childhood Psychosis» OR DE «Chronic Psychosis» OR DE «Experimental Psychosis» OR DE «Hallucinosi» OR DE «Paranoia (Psychosis)» OR DE «Postpartum Psychosis» OR DE «Reactive Psychosis» OR DE «Schizophrenia» OR DE «Senile Psychosis» OR DE «Toxic Psychoses»	119 683
S9	psychotic OR psychos?s	127 868
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	197 055
S11	DE «Psychiatrists»	11 550
S12	Psychiatrist ?	45 071
S13	DE «Medical Residency»	4 475
S14	DE «Medical Internship»	503
S15	DE «Psychiatric Training»	4 302
S16	resident ? OR residenc ? OR trainee ? OR internship* OR training)	418 673
S17	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	455 301
S18	S5 AND S10 AND S17	1 001
S19	S18 Limiters - Published Date: 19120101- ; English	876

TABLEAU 4

## Stratégie de recherche sur Scopus – 4 MAI 2020

(( (TITLE-ABS-KEY(((therapeutic OR working OR helping) W/2 alliance\*))) OR (TITLE-ABS-KEY(((patient\* OR client\* OR individual\* OR interpersonal OR professional OR therapeutic) W/2 relation\*))) OR (TITLE-ABS-KEY(empath\*))) AND ((TITLE-ABS-KEY((schizophreni\* OR schizoaffective OR "dementia praecox"))) OR (TITLE-ABS-KEY((psychotic OR psychosis OR psychoses))) AND (TITLE-ABS-KEY((psychiatrist\* OR internship\* OR resident\* OR residenc\* OR training OR trainee\*)))) AND NOT (INDEX (medline)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) > 1912: **224 document results**

TABLEAU 5

## Récapitulatif de l'ensemble des résultats

## Recherche au 4 mai 2020

Medline (via Ovid)	380 références
PsycInfo (EBSCO)	876 références
Scopus	224 références
Total avant retrait des doublons	1 480 références
Total après retrait des doublons	1 169 références

## RÉFÉRENCES

1. Amador, X. F. (2012). *I am not sick, I don't need help! helping the seriously ill accept treatment: a practical guide for: families and therapists*. Vida Press.
2. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
3. Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B. et Flickinger, T. E. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
4. Bentley, P. G., Kaplan, S. G. et Mokonogho, J. (2018). Relational Mindfulness for Psychiatry Residents: a Pilot Course in Empathy Development and Burnout Prevention. *Academic Psychiatry*, 42(5), 668-673. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0914-6>
5. Berger, P., Bitsch, F., Jakobi, B., Nagels, A., Straube, B. et Falkenberg, I. (2019). Cognitive and emotional empathy in patients with schizophrenia spectrum disorders: A replication and extension study. *Psychiatry Research*, 276, 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.015>

6. Brown, R. F. et Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37-44. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
7. Browne, J., Bass, E., Mueser, K. T., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J. D., Estroff, S. E. et Penn, D. L. (2019). Client predictors of the therapeutic alliance in individual resiliency training for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 204, 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.035>
8. Bunn, W. et Terpstra, J. (2009). Cultivating empathy for the mentally ill using simulated auditory hallucinations. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 33(6), 457-460. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.6.457>
9. Cavelti, M., Homan, P. et Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 239, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.070>
10. Charpentier, A., Goudemand, M. et Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.enceph.2007.12.009>
11. Chen, A., Hanna, J. J., Manohar, A. et Tobia, A. (2018a). Teaching Empathy: the Implementation of a Video Game into a Psychiatry Clerkship Curriculum. *Academic Psychiatry*, 42(3), 362-365. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0862-6>
12. Corring, D. et Cook, J. (1999). Client-Centred Care Means that I am a Valued Human Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 71-82. <https://doi.org/10.1177/000841749906600203>
13. Ditton-Phare, P., Halpin, S., Sandhu, H., Kelly, B., Vamos, M., Outram, S., Bylund, C. L., Levin, T., Kissane, D., Cohen, M. et Loughland, C. (2015). Communication skills in psychiatry training. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 429-431. <https://doi.org/10.1177/1039856215590026>
14. Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R. et Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(7), 675-692. <https://doi.org/10.1177/0004867417707820>
15. Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Kelly, B., Kissane, D. et Loughland, C. (2016). Pilot Evaluation of a Communication Skills Training Program for Psychiatry Residents Using Standardized Patient Assessment. *Academic Psychiatry*, 40(5), 768-775. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0560-9>
16. Farrelly, S., Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W. et Thornicroft, G. (2014). Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research*, 220(1-2), 585-591. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.032>
17. Fossen, P. et Stoeckel, P. R. (2016). Nursing Students' Perceptions of a Hearing Voices Simulation and Role-Play: Preparation for Mental Health Clinical Practice. *The Journal of Nursing Education*, 55(4), 203-208. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160316-04>

18. Frank, A. F. et Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>
19. Galletly, C. et Burton, C. (2011). Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 473-476. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.541419>
20. Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J. et Tarride, J. -E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017-2028. <https://doi.org/10.1185/030079905X75087>
21. Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. et Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373. <https://doi.org/10.1017/S003329171500032X>
22. Harris, B. A. et Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
23. Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. et Gonnella, J. S. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School: *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
24. Houde, P. et Baki, A. (2018). Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques, 142.
25. Kirkpatrick, J. D. (2016). *Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation*. ATD Press (30 octobre 2016).
26. Krishnasamy, C., Ong, S. Y., Loo, M. E. et Thistlethwaite, J. (2019). How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical Teacher*, 41(11), 1220-1231. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1630731>
27. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie*. [http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry\\_otr\\_f](http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_otr_f)
28. Loughland, C., Kelly, B., Ditton-Phare, P. et Sandhu, H. (2015). Improving Clinician Competency in Communication About Schizophrenia: a Pilot Educational Program for Psychiatry Trainees. *Academic Psychiatry*, 39(2), 160-164. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0195-7>
29. Louie, A. K., Coverdale, J. H., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Guerrero, A. P. S. et Roberts, L. W. (2018). Enhancing Empathy: a Role for Virtual Reality? *Academic Psychiatry*, 42(6), 747-752. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0995-2>
30. Maguire, P. et Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7366), 697-700.
31. McCabe, Rose, John, P., Dooley, J., Healey, P., Cushing, A., Kingdon, D., Bremner, S. et Priebe, S. (2016). Training to enhance psychiatrist communication with

- patients with psychosis (TEMPO): cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 517-524. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179499>
32. McCabe, Rosemarie, Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H. J., Svensson, B., Torres-Gonzalez, F., van den Brink, R., Wiersma, D. et Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS ONE*, 7(4), e36080. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
  33. McCabe, Rosemarie et Priebe, S. (2004). The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
  34. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A. et Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents: *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
  35. O'Brien, A., Fahmy, R. et Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
  36. Papageorgiou, A., Loke, Y. K. et Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010006.pub2>
  37. Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S. et Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One*, 14(8), e0221412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>
  38. Riches, S., Khan, F., Kwieder, S. et Fisher, H. L. (2019). Impact of an auditory hallucinations simulation on trainee and newly qualified clinical psychologists: A mixed-methods cross-sectional study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(3), 277-290. <https://doi.org/10.1002/cpp.2349>
  39. Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J. et Phillips, M. (2012). Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280-1286. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>
  40. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H. et Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectation: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
  41. Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A. et the PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349(jan02 1), g7647-g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
  42. Shattock, L., Berry, K., Degnan, A. et Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e60-e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>

43. Skoy, E. T., Eukel, H. N., Frenzel, J. E., Werremeyer, A. et McDaniel, B. (2016). Use of an Auditory Hallucination Simulation to Increase Student Pharmacist Empathy for Patients with Mental Illness. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(8), 142. <https://doi.org/10.5688/ajpe808142>
44. Smidt, A., Balandin, S., Sigafoos, J. et Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 266-274. <https://doi.org/10.1080/13668250903093125>
45. Stepien, K. A. et Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524-530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
46. Teding van Berkhout, E., van Berkhout, E. T. et Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
47. Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Llorca, P.-M. et Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research*, 257, 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.063>
48. Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J. et Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation: An integrative account. Dans *Progress in Brain Research* (vol. 247, p. 273-304). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>
49. Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model: *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 374-380. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b>
50. Wünderlich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C. et Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students—a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>
51. Younas, A. et Maddigan, J. (2019). Proposing a policy framework for nursing education for fostering compassion in nursing students: A critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1621-1636. <https://doi.org/10.1111/jan.13946>
52. Ziółkowska-Rudowicz, E. et Kładna, A. (2010). [Empathy-building of physicians. Part I—A review of applied methods]. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 29(172), 277-281.