

**UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST**

Année 2011 n°

**ENSEIGNER L'EMPATHIE EN MEDECINE ?**

**Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> décembre 2011  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Elsa MARIN**

**Née le 16-05-1980 à Bonneville (74)**

émotion  
différenciation soi  
neurons  
résonance **empathie** autrui  
authenticité processus miroirs  
compréhension écoute  
singularité

---

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

## COMPOSITION DU JURY

---

### **Président du jury:**

Monsieur le Professeur Pascal Sève, médecine interne

### **Membres du Jury:**

Monsieur le Professeur Mohamed Saoud, psychiatrie

Monsieur le Professeur Alain Moreau, médecine générale

Madame le Docteur Corinne Perdrix, médecine générale

## REMERCIEMENTS

---

### **A Monsieur le Professeur Pascal Sève,**

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité et vos conseils pour ce travail, ainsi que pour votre implication dans la formation des médecins. J'espère que vous continuerez à venir dans la vallée de Chamonix pour d'autres soirées de formation si enrichissantes pour notre pratique (et aussi pour le plaisir). Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon sincère respect.

### **A Monsieur le Professeur Mohamed Saoud,**

Vous avez accepté immédiatement de venir juger ce travail, sans me connaître. Vous vous impliquez dans la formation des étudiants à la relation médecin-patient, je suis honorée de soumettre ce travail à votre jugement. Soyez assuré de mes remerciements sincères.

### **A Monsieur le Professeur Alain Moreau,**

Pour avoir accepté de venir juger ce travail,  
Pour votre enseignement et votre implication dans la filière universitaire de Médecine Générale qui nous permet une formation de qualité, adaptée à notre pratique. Soyez assuré de ma considération.

### **A Madame le Docteur Corinne Perdrix,**

Pour m'avoir guidée, dès mon projet de thèse et malgré quelques détours, vers une réflexion plus rigoureuse. Je vous remercie pour votre soutien et votre relecture attentive, ainsi que pour votre écoute et votre implication lors de mon SASPAS. Vous apportez beaucoup à la formation des internes de médecine générale. Croyez en mon estime et ma sincère gratitude.

Mes remerciements vont à tous ceux qui ont accompagné ce travail :

A Luisa Semedo, pour cette rencontre via internet, pour tes encouragements et tes conseils.

A Lien, Jean-Michel, Mélanie et François pour la relecture et les conseils,

A Charlotte, Jessica, Linda, Barbs pour leur aide.

A Mme Alvino pour la logistique et à Mme Bernard de la BU Santé pour ses conseils.

A tous les médecins et chercheurs qui ont répondu à mes mails :

B. Maxwell, D. Sander, C. Corradi-Dell'Acqua, A-C Zipper, R. Pedersen, M. Hojat, E. Godart, S. Kanoun, V. Boudjemadi, M. Winckler, M. Branchu, P. Molho, P. Jaury, F. Zenasni.

Aux médecins et soignants bloggeurs qui ont accepté d'être cités : Rémi, Stéphane, Borée, DocMam, DocMilie ;

Et à tous les autres comme Grange-Blanche, Jaddo, Fluorette, Gélule qui enrichissent et soutiennent ma pratique par leurs billets !

Mes remerciements et ma reconnaissance vont également à ceux qui m'ont formée pendant l'internat, et plus particulièrement :

Au Dr Gentil pour le soutien au cours de ma première garde.

Au Dr Chaulet pour mon premier contact avec la médecine générale et son accueil généreux, et au Dr Bernard pour la réflexion sur le médecin que je voulais devenir.

Au Dr Paola Rochaix, et aux Dr Guillaud et Verschelde, ainsi que toute l'équipe soignante de médecine 9 pour leur accueil et le thé du matin, aux équipes d'alcoologie, psychiatrie, soins palliatifs pour la collaboration si précieuse, à Nathalie des urgences pour nos discussions.

Au Dr Colle et au Dr Mounier pour le plaisir de travailler avec eux, ainsi que tous les autres médecins de l'Hôpital Desgenettes, pour leur implication et leur disponibilité dans la formation des étudiants en médecine. Aux infirmières d'endocrinologie pour leur savoir-faire.

Aux Dr Dumont, Dr Blanc, Dr Jaillet et à l'équipe soignante pour la formation en pédiatrie.

Au Dr Delhomme, pour son investissement dans la formation des internes qu'elle reçoit et pour m'avoir offert mon premier remplacement dans son cabinet,

Au Dr Farhat, pour son investissement dans la médecine générale, la gentillesse de son accueil et sa délicieuse cuisine libanaise.

A la mémoire du Dr Terrien, pour son investissement dans une médecine de proximité et pour l'égalité de l'accès aux soins de tous.

Merci à mes co-internes, surtout Nadir Kellou qui sans le savoir, en étant lui-même – passionné et investit dans son travail- m’a soutenue pendant ce semestre de pédiatrie où ma vie personnelle a été bousculée...

Une pensée pour tous ceux qui m’ont accompagnée au cours de ces études de médecine : Nadia, Hippolyte, Pauline (j’espère encore beaucoup de déjeuner ensemble) et ceux du Cha, Claire pour tout ce que l’on peut échanger, Céline pour l’Inde et les invitations pizza, Anne-Claire pour la hot-line, Kiki, Antoine, Greg, Batman, Eloi, Luc, Charles et Emilie, Céline et Damien, Lisa et Benoit...

Merci aux médecins qui m’ont fait confiance et m’ont ouvert leur cabinet : Dr Viry, Dr Gouvy, Dr Pache-Ville, Dr Bonnet...

Et un grand merci à leurs secrétaires tellement précieuses au quotidien pour travailler dans de bonnes conditions : Magali, Loubna, Mélanie à Lyon, Danièle à Chamonix.

Une pensée pour les Dr Marzais et Humbert-Gimeno, pour nos déjeuners et leurs conseils.

Merci aux médecins de la vallée de Chamonix pour leur accueil au sein de la FMC, et surtout aux Dr Bettin, Laspalles et Roure qui la font vivre. Violaine, Céline et Gaëlle, je suis ravie d’être bientôt une de vos consœurs et de vous savoir là !

Pour le groupe des terres à peutes et les échanges, les partages, les richesses de chacunes...

Parce que pour aller travailler en laissant ses enfants en confiance, ils sont là, un grand merci à :

L’équipe des ptits boutchs de la MJC de Chamonix : Hélène, Eliot, Sophie, François, Terry, Nordine, Julia et tant d’autres l’été : des jeux, de l’attention, des chansons pas possibles...

L’équipe de la Grainerie : Isabelle, Julie, Magali, Lydie, Valérie, Christine, Stéphanie, Aline, Magali, Céline, Isabelle, Catherine, Célia, Véronique et Monique, pour l’accueil le matin, les anecdotes du soir, l’écoute, les câlins quand il y a besoin, les chansons que j’oublie...

L’équipe de la périscolaire des Pélerins : Cathy, Cécile, Nordine, Nasma, pour le calme, le sourire même quand on oublie de rendre le planning, les coloriages...

Votre travail est tellement important et précieux, je suis heureuse de voir que mes enfants ne sont jamais trop pressés de rentrer à la maison !!

Et merci à Anne-Laure, Martine, Laure, Agnès, Sandryne et les enseignants et PE des écoles des Pélerins de l’engagement pour une école publique de qualité et attentive à chacun-e.

Je suis heureuse de toutes les belles rencontres et amitiés trouvées ou retrouvées à Chamonix. Gaëlle, Jess et Flon, Mumu et F., Steph et N., Amel et Fab, et aussi Géraldine et Simon pour la Corse ! Et puis JM et Virginie, Stéphanie, Babeth et tant d’autres. Elise et Passang, Carole, Jean-Luc, Jacques et Hélène merci pour ce « vrai repas de festin » partagé au sommet de la Dent d’Oche. N’ayons pas peur de la gourmandise : mes remerciements à la « maison Richard » sans qui la vie à Chamonix ne serait pas aussi délicieuse ! Et à tous ceux d’AMAPlace sur la Terre : des produits et des rencontres savoureuses ! Merci les amis ! Ceux du 74 de Lyon, JF et Paola, Amélie et Sylvain, Alex, Rémi, Nico, Tigroo et Lucile et bien d’autres ; MLF, Vince et Caro, Loïc/éClaire, Cédric et Anne-Claire, Etienne et Alexis, Claire et Arnaud, Lynda, Manue, Laure... Merci à toi Sylvaine, pour m’avoir fait découvrir la CNV.

A toute notre famille, de Grand-Mamie au cousin(e) qui arrive, des tirages au sort de Noël au spectacle surprise dans un gîte du Queyras, et pour tous les moments partagés passés et à venir : Tom et Marie, Marie et Thomas, Mamie, Sylvie et Michel, Marianne et Catherine, Louis-Mandrin et Delphine, Jeremy, Jean-Michel et Claudia, Papa et Ghislaine...

Merci Brigitte pour ton aide au quotidien, ton accueil à Lyon ou à Jalinard et tout ce que tu fais avec tes petits-enfants !

A mon frère et à ma sœur,  
Aloïs tu m'épates d'avoir tenté l'aventure en Chine, prend soin de toi et de Xiu-Wen,  
Julia pourvu que tu nous écrives encore de tellement belles choses, ne nous ménage pas et compte sur nous pour tes projets à venir.

A mes parents,  
Papa pour le camp de base, la sécurité de pouvoir réaliser nos rêves, la curiosité, le goût de faire plaisir et des belles assiettes...et les histoires de petites fourmis ;

Pour toi Maman,  
L'eau sur les poignets, le chant sous le tilleul, les petits pianos dans le dos  
Et tant de petites magies qui m'accompagnent au quotidien

A Théoden et Ismaëlle, pour m'avoir faite maman, et pour l'envie qu'ils nous donnent de  
« bâtir un monde meilleur » *avec des ptits picôts....*

Merci à François mon amoureux, pour m'avoir aidée/supportée/relue/encouragée...et ce n'est pas fini ! Pour son sourire et pour nos rires ; et les masalas dosais à venir...



*« Je suis les liens que je tisse avec les autres. »*

*Albert Jacquard, Petite philosophie à l'usage des non-philosophes, Editions Calmann-Lévy*

*« N'essaye pas, fais le. »*

*M. Y.*

*« L'intelligence est la force, solitaire, d'extraire du chaos de sa propre vie la poignée de lumière suffisante pour éclairer un peu plus loin que soi – vers l'autre là-bas, comme nous égaré dans le noir. »*

*Christian Bobin, L'inespérée, Editions Gallimard*

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>I    DEFINIR L'EMPATHIE .....</b>	<b>11</b>
<b>II   LES COMPETENCES DU MEDECIN .....</b>	<b>13</b>
II.1    Une charte internationale sur le professionnalisme médical .....	13
II.2    Professionnalisme et compétence.....	14
II.3    Le « bon » médecin .....	16
II.4    L'empathie, un élément des compétences médicales ? .....	16
<b>III  L'EMPATHIE EN MEDECINE .....</b>	<b>17</b>
III.1   Relation médecin-patient de qualité .....	17
III.2   Fonctions et effets d'une communication efficace dans la relation thérapeutique.....	18
III.2.1   Fonctions .....	18
III.2.2   Effets .....	19
<b>III.3   Un élément dans l'évaluation et la formation médicale .....</b>	<b>20</b>
III.3.1   Dans les programmes.....	20
a) <i>En France</i> .....	20
b) <i>En Angleterre:</i> .....	20
c) <i>Au Canada:</i> .....	21
d) <i>Aux Etats-Unis :</i> .....	21
III.3.2   Dans les référentiels.....	22
a) <i>Conférences de consensus</i> .....	22
b) <i>En médecine générale</i> .....	23
c) <i>Le rapport ministériel sur la bientraitance</i> .....	24
<b>III.4   Le constat d'un manque .....</b>	<b>25</b>
<b>III.5   Un besoin de formation .....</b>	<b>26</b>
<b>IV   PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>27</b>

<b>METHODE :</b> .....	<b>30</b>
<b>I TYPE D'ETUDE.....</b>	<b>31</b>
<b>II METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>31</b>
<b>II.1 Ressources .....</b>	<b>31</b>
<b>II.2 Bases de données et sites consultés.....</b>	<b>33</b>
<b>III STRATEGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>	<b>36</b>
<b>III.1 Mots clés .....</b>	<b>36</b>
III.1.1 Retenus.....	36
III.1.2 Explosions.....	37
III.1.3 Non retenus.....	37
<b>III.2 Limites de la recherche .....</b>	<b>37</b>
III.2.1 Dates.....	37
III.2.2 Types d'articles.....	38
III.2.3 Enseignement médical .....	38
<b>IV ÉQUATIONS DE RECHERCHE .....</b>	<b>39</b>
<b>IV.1 Dans PubMed.....</b>	<b>39</b>
<b>IV.2 Dans les autres bases de données .....</b>	<b>39</b>
IV.2.1 EBSCOhost .....	39
IV.2.2 Web of sciences.....	40
IV.2.3 Banque de données de santé publique.....	40
IV.2.4 Bases de recommandation.....	41
<b>V ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>41</b>
<b>V.1 Exclusions des doublons et hors-sujets .....</b>	<b>41</b>
<b>V.2 Critères d'inclusion .....</b>	<b>42</b>
<b>V.3 Critères d'analyse .....</b>	<b>42</b>
V.3.1 Par types et thèmes principaux.....	42
V.3.2 Par éléments.....	43
V.3.3 Par occurrence de mot .....	43

V.4	Version originale et traduction.....	43
VI	RECHERCHE D'OUTILS PEDAGOGIQUES .....	44
<b>RESULTATS</b>	.....	<b>45</b>
<b>I</b>	<b>PRESENTATION DES RESULTATS</b> .....	<b>46</b>
I.1	Validation des équations de recherche .....	46
I.2	Par bases de données.....	46
I.3	Présentation des résultats par méthodologie, lieu de l'étude et sujet principal abordé : .....	50
I.3.1	Pays d'origine .....	50
I.3.2	Spécialité du premier auteur :.....	52
I.3.3	Méthodologie des articles.....	54
<b>II</b>	<b>L'EMPATHIE : DEFINITION ET IMPORTANCE</b> .....	<b>56</b>
II.1	Plusieurs définitions.....	56
II.1.1	Éléments d'analyse de ces définitions .....	56
II.1.2	Quatre éléments de définition du concept.....	56
II.1.3	Les phénomènes explicatifs .....	57
II.1.4	Valeurs associées à l'empathie .....	59
II.2	Les références de ces définitions.....	60
II.3	Concepts liés à l'empathie .....	60
II.3.1	Par opposition .....	60
II.3.2	Par association .....	61
II.4	Une place certaine .....	61
<b>III</b>	<b>FACTEURS LIES AU DEVELOPPEMENT DE L'EMPATHIE AU COURS DE LA FORMATION MEDICALE</b> .....	<b>62</b>
III.1	La formation médicale .....	62
III.1.1	Le « curriculum caché » et les « role models » .....	62
III.1.2	Curriculum formel et dichotomie perçue dans la culture médicale .....	64

III.1.3	Environnement culturel .....	66
<b>III.2</b>	<b>Facteurs inhérent au métier de médecin .....</b>	<b>67</b>
<b>III.3</b>	<b>Facteurs personnels .....</b>	<b>68</b>
III.3.1	Des appels pour l'enseignement de l'empathie .....	69
a)	<i>Enseigner l'empathie</i> .....	69
b)	<i>Enseigner ses limites</i> .....	71
<b>III.4</b>	<b>Peut-on enseigner l'empathie ? .....</b>	<b>72</b>
<b>IV</b>	<b>EVALUER L'EMPATHIE .....</b>	<b>74</b>
<b>IV.1</b>	<b>Méthodes .....</b>	<b>75</b>
IV.1.1	Auto-évaluation.....	75
IV.1.2	Evaluation par les pairs .....	75
IV.1.3	Evaluations par un tiers.....	76
IV.1.4	Evaluation par le patient .....	76
<b>IV.2</b>	<b>Problèmes évoqués.....</b>	<b>77</b>
<b>V</b>	<b>PEDAGOGIE DE L'EMPATHIE .....</b>	<b>77</b>
<b>V.1</b>	<b>Une palette variée .....</b>	<b>77</b>
<b>V.2</b>	<b>Outils proposés .....</b>	<b>78</b>
V.2.1	Techniques de communication .....	78
V.2.2	Connaissances sur l'empathie et les émotions .....	78
V.2.3	Self-care/ self-awareness .....	79
V.2.4	Enseignement et mise en pratique du raisonnement médical et de la réflexion éthique .....	79
V.2.5	Ecriture et analyse de récits.....	80
V.2.6	Arts .....	81
V.2.7	Jeux de rôle.....	81
V.2.8	Echanges et réflexion en groupe.....	82
V.2.9	Expérimentation : « se mettre à la place » .....	82
V.2.10	Recevoir une évaluation par le patient .....	83
<b>V.3</b>	<b>Éléments pour construire des enseignements de l'empathie.....</b>	<b>83</b>

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>86</b>
<b>I A PROPOS DE LA METHODE .....</b>	<b>87</b>
<b>I.1 La position du chercheur .....</b>	<b>87</b>
<b>I.2 Choix méthodologique .....</b>	<b>88</b>
<b>II A PROPOS DES RESULTATS .....</b>	<b>88</b>
<b>II.1 Une vision occidentale, principalement américaine .....</b>	<b>88</b>
<b>II.2 Un manque d'interdisciplinarité ? .....</b>	<b>88</b>
<b>II.3 Principaux biais recensés dans les résultats .....</b>	<b>89</b>
<b>II.4 Cohérence externe.....</b>	<b>90</b>
<b>II.5 Que retenir pour des recherches ultérieures.....</b>	<b>91</b>
<b>II.6 Eléments non abordés.....</b>	<b>93</b>
II.6.1 Influence du genre ou du sexe .....	93
II.6.2 Lien entre le niveau d'empathie et la spécialisation.....	93
<b>III DEFINIR ET UTILISER L'EMPATHIE EN MEDECINE .....</b>	<b>95</b>
<b>III.1 Les principaux éléments de définition .....</b>	<b>95</b>
III.1.1 Quatre dimensions complémentaires de l'empathie .....	95
III.1.2 Comprendre le patient .....	97
a) <i>La tendance à une définition de l'empathie propre au domaine médical .....</i>	<i>97</i>
b) <i>Nature de la compréhension empathique.....</i>	<i>99</i>
III.1.3 Utiliser la résonance émotionnelle .....	100
a) <i>L'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive se complètent.....</i>	<i>100</i>
b) <i>Ne pas avoir d'exigence.....</i>	<i>103</i>
III.1.4 Autres phénomènes dans l'empathie .....	103
a) <i>Distinction soi/autrui n'est pas un détachement .....</i>	<i>103</i>
b) <i>Conscience de soi.....</i>	<i>104</i>
c) <i>Assertivité.....</i>	<i>105</i>
<b>III.2 L'empathie « en action ».....</b>	<b>106</b>
III.2.1 Un modèle pour comprendre .....	106

III.2.2	Du côté du patient.....	108
III.2.3	Les six étapes de la relation empathique.....	110
III.2.4	Conséquences pour la formation.....	110
<b>IV</b>	<b>L'EMPATHIE EST-ELLE NECESSAIRE ? .....</b>	<b>111</b>
<b>IV.1</b>	<b>Des différences individuelles.....</b>	<b>111</b>
<b>IV.2</b>	<b>Contexte .....</b>	<b>112</b>
<b>IV.3</b>	<b>L'empathie et le raisonnement clinique .....</b>	<b>113</b>
IV.3.1	Qualité de l'entretien et de la prise en charge .....	113
IV.3.2	Empathie et prise de décision .....	113
IV.3.3	Empathie, raisonnement éthique et responsabilité .....	114
<b>V</b>	<b>L'EMPATHIE EST-ELLE SUFFISANTE ? .....</b>	<b>116</b>
<b>V.1</b>	<b>Biais et limites.....</b>	<b>116</b>
<b>V.2</b>	<b>D'autres aptitudes .....</b>	<b>117</b>
<b>VI</b>	<b>PLUSIEURS POINTS DE VUE SUR LA MALADIE ET LA SANTE .....</b>	<b>118</b>
<b>VII</b>	<b>UN BESOIN D'EVALUATIONS ADAPTEES .....</b>	<b>120</b>
<b>VII.1</b>	<b>Du savoir aux compétences .....</b>	<b>120</b>
<b>VII.2</b>	<b>Mesurer l'empathie .....</b>	<b>121</b>
VII.2.1	Auto-évaluations .....	122
VII.2.2	Evaluation par le patient .....	122
VII.2.3	Evaluation par un tiers .....	123
VII.2.4	Intérêts de ses mesures .....	124
<b>VIII</b>	<b>UN BESOIN DE RECHERCHES COMPLEMENTAIRES.....</b>	<b>125</b>
<b>IX</b>	<b>ENSEIGNER L'EMPATHIE :.....</b>	<b>128</b>
<b>IX.1</b>	<b>Des connaissances théoriques et pratiques .....</b>	<b>128</b>
IX.1.1	Éléments évoqués .....	128
IX.1.2	Connaissance des représentations des médecins et des patients et des déterminants de la prescription.....	129
IX.1.3	Le déroulement de la consultation .....	129

IX.1.4	Des modèles existants.....	131
a)	<i>L'approche centrée sur le patient</i> .....	132
b)	<i>L'entretien motivationnel</i> .....	132
c)	<i>L'apprentissage par la résolution de problèmes</i> .....	133
<b>IX.2</b>	<b>Jeux de rôles .....</b>	<b>133</b>
IX.2.1	Considérations générales.....	133
IX.2.2	Propositions.....	134
<b>IX.3</b>	<b>Ecriture narrative et réflexive .....</b>	<b>135</b>
IX.3.1	Considérations générales.....	135
IX.3.2	Le phénomène des blogs médicaux.....	136
IX.3.3	Propositions.....	137
<b>IX.4</b>	<b>Expérimenter sur soi : « l'auto-empathie » ?.....</b>	<b>138</b>
IX.4.1	Considérations générales.....	138
IX.4.2	Propositions.....	140
<b>IX.5</b>	<b>Enseigner une attitude : modèles et réflexions, deux éléments principaux de la formation à l'empathie en médecine .....</b>	<b>141</b>
<b>X</b>	<b>L'EMPATHIE : UN OUTIL POUR LA RELATION, UN ELEMENT DU PROFESSIONNALISME .....</b>	<b>143</b>
X.1	Pour synthétiser.....	143
X.2	Revenir à des choses simples .....	144
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>146</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>150</b>
<b>ANNEXE 1 : L'EMPATHIE</b>	<b>.....</b>	<b>151</b>
<b>ANNEXE 2 : LES COMPETENCES EMOTIONNELLES</b>	<b>.....</b>	<b>179</b>
<b>ANNEXE 3 : TABLEAU D'EXTRACTION DES DONNEES POUR LES RESULTATS</b>	<b>.....</b>	<b>184</b>
<b>ANNEXE 4 : DEFINITIONS DE L'EMPATHIE DANS LES RESULTATS</b>	<b>.....</b>	<b>199</b>
<b>ANNEXE 5 : OUTILS PEDAGOGIQUES</b>	<b>.....</b>	<b>208</b>



**ANNEXE 6 : LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION DE L'EMPATHIE.....237**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 242**

Tables des illustrations :

---

FIGURE 1 : LA MARGUERITE DES COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE (CNGE).....	15
FIGURE 2 : NOMBRE DE PUBLICATIONS INDEXEES DANS PUBMED AVEC « EMPATHY [MESH MAJOR TOPIC] » EN FONCTION DES ANNEES. ....	38
FIGURE 3 : PROCESSUS DE SELECTION DES RESULTATS.....	48
FIGURE 4 : DISCIPLINE DES AUTEURS .....	52
FIGURE 5 : EVOLUTION DE LA REPOSE EMPATHIQUE DE MEDECINS AVANT ET APRES UNE FORMATION, PAR RAPPORT A DES MEDECINS NON FORMES .....	74
FIGURE 6 : MODELE DU ROLE DE L'EMPATHIE EN CONSULTATION .....	84
FIGURE 7 : SEQUENCES DES INTERACTIONS MEDECIN-PATIENT SELON LES SIGNAUX IMPLICITES OU EXPLICITES DU PATIENT ET LE TYPE DE REPOSES DU MEDECIN .....	107
FIGURE 8 : « <i>MODELE DES RAISONS CONTRIBUANT A UN DECLIN DANS L'EMPATHIE PENDANT LA FORMATION INITIALE ET L'INTERNAT</i> » .....	125
FIGURE 9 : COMMENT L'EMPATHIE AGIT DANS LA CONSULTATION : « <i>HOW AN EMPATHIC COMMUNICATING CLINICIAN CAN ACHIEVE IMPROVED PATIENT OUTCOMES</i> » .....	213
FIGURE 10 : S'ADAPTER AU CONTEXTE.....	214
FIGURE 11 : ELEMENTS ESSENTIELS DE LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT D'APRES L'EXPERIENCE DE MEDECINS DEVENUS PATIENTS ET SUIVI POUR DES MALADIES GRAVES ET CHRONIQUES .....	216
FIGURE 12 : EXEMPLE D'UTILISATION DU PROCESSUS DE LA CNV .....	223
TABLEAU 1 : LES FONCTIONS DES TACHES DE COMMUNICATION LORS D'UNE ENTREVUE MEDICALE .....	23
TABLEAU 2 : RESUME DE LA PROBLEMATIQUE .....	28
TABLEAU 3 : BASES DE DONNEES .....	35
TABLEAU 4 : MOTS CLES .....	36

TABLEAU 5 : RESULTATS BRUTS ET APRES UNE PREMIERE EXCLUSION DES DOUBLONS ET HORS SUJETS PAR BASES DE DONNEES CONSULTEES : .....	47
TABLEAU 6 : RESULTATS PAR PROVENANCE GEOGRAPHIQUE .....	51
TABLEAU 7 : RESULTATS PRESENTES PAR DISCIPLINE DU PREMIER AUTEUR .....	53
TABLEAU 8 : RESULTATS PAR METHODOLOGIE .....	55
TABLEAU 9 : NOMBRE D'UTILISATION DANS DES ETUDES DISTINCTES DES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION .....	75
TABLEAU 10: LES QUATRE DIMENSIONS DE L'EMPATHIE D'APRES MORSE : .....	96
TABLEAU 11 : TERMES DECRIVANT LES EXPRESSIONS D'AFFECTS PAR LE PATIENT ET LES TYPES DE REPONSES DU MEDECIN.....	107
TABLEAU 12 : CATEGORIES DE SIGNAUX OU « OPPORTUNITES D'EMPATHIE » EXPRIMES PAR LES PATIENTS.....	108
TABLEAU 13: RELATION ENTRE L'EMPATHIE ET LES ELEMENTS D'UNE DECISION ETHIQUE .....	115
TABLEAU 14 : LES SIX PHASES DE LA CONSULTATION ET LES APTITUDES REQUISES.....	130
TABLEAU 15 : TABLEAU DE PRESENTATIONS DES ARTICLES ANALYSES : .....	185
TABLEAU 16 : DEFINITIONS DE L'EMPATHIE EXTRAITES DES ARTICLES REVUS .....	200
TABLEAU 17 : QUELQUES REFERENCES POUR DEFINIR L'EMPATHIE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT .....	206
TABLEAU 18 : VOCABULAIRE EMOTIONNEL .....	209
TABLEAU 19 : VOCABULAIRE DES BESOINS .....	210
TABLEAU 20 : LES ATTITUDES D'ECOUTE SELON PORTER : .....	211
TABLEAU 21 : ELEMENTS ESSENTIELS A UNE RELATION EMPATHIQUE AVEC LE PATIENT.....	217
TABLEAU 22 : EXEMPLES D'EXERCICES D'ECRITURE PROPOSES : .....	219
TABLEAU 23 : EXEMPLES DE SUJET POUR ECRITURE ET EXPLORATION POSITIVE .....	220
TABLEAU 24 : QUATRES FAÇONS D'ANALYSER UNE SITUATION, UN ECHANGE, UN RESSENTI SELON LA CNV ...	224
TABLEAU 25 : EXERCICE D'UTILISATION DE LA CNV POUR LES SOIGNANTS :.....	225
TABLEAU 26 : JEFFERSON SCALE OF PATIENT'S PERCEPTIONS OF PHYSICIAN EMPATHY (JSPPPE).....	227
TABLEAU 27 : THE CARE MEASURE: MESURE DE L'EMPATHIE AU COURS DE LA CONSULTATION.....	229
TABLEAU 28 : GRILLE D'ANALYSE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN JEUX DE ROLE .....	232
TABLEAU 29 : ECHELLE D'ANALYSE D'UNE CONSULTATION REELLE PAR UN OBSERVATEUR .....	234
TABLEAU 30 : EMPATHIC COMMUNICATION CODING SYSTEM OU ECCS .....	235
TABLEAU 31 : JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY (JSPE) .....	237
TABLEAU 32 : INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI) .....	240

## INTRODUCTION

*« Parler du sens de la consultation avec des médecins préoccupés de ne pas se tromper quant à la nature et à la gravité de la maladie peut leur paraître secondaire. Leur mandat est celui de soigner et de contrôler la maladie. Toutefois nous voyons émerger lors de la consultation, chez les patients, des tourments existentiels récurrents : presque toujours la difficulté de vivre; très souvent la crainte de la mort ; dans bien des cas le commerce onéreux avec la chronicité ou encore l'isolement social ou familial dans lequel conduit la maladie. Pour «penser» le diagnostic, il convient de penser à la personne ; pour parler au patient, il faut d'abord le rencontrer. »*

( Vannotti 2008)

## I DEFINIR L'EMPATHIE

L'empathie ou l'idée de comprendre l'autre, semble autant à la portée de tous que difficile à saisir théoriquement et à mettre en pratique. Ce concept a été pensé et construit dans différents domaines et disciplines, de l'idéalisme romantique allemand à la psychologie, de la philosophie à la neurobiologie, et plus récemment par l'éthologie et les sciences sociales. Pour rendre compte de cette histoire de l'empathie, et donner un point de départ à ce travail, en voici trois définitions.

L'histoire de l'empathie commence avec le terme allemand d'*Einfühlung* à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle :

*« On peut dire que l'expérience de l'Einfühlung nous donne accès à la connaissance immédiate des vécus d'autrui, tout autant qu'à la connaissance de nos propres vécus, en mobilisant à la fois la conscience intérieure et le corps ». « Ce n'est pas un savoir c'est une expérience ». Et « c'est sans doute là que réside toute la puissance de l'Einfühlung qui consiste à saisir, à ressentir ce qu'est l'autre de l'intérieur, tout en étant capable de le distinguer de ce que je ressens, de ce que je saisis de moi. C'est parvenir à une connaissance pure de l'autre, et de ce que vit l'autre, sans le réduire à la simple perception que je peux en avoir. » (Thèse d'E. Stein, citée par Godart 2011)*

La définition la plus « usuelle » de l'empathie est sans doute celle du psychologue humaniste C.R. Rogers. Il est impossible de parler d'empathie sans évoquer ses travaux sur la non-directivité en thérapie et l'approche centrée sur la personne.

*« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si " on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si ". La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause*

*comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification » (Rogers et Botteman 2009).*

Enfin la définition donnée par M. L. Lopes Semedo, doctorante en philosophie politique et éthique à l'Université Paris-Sorbonne (thèse en cours) permet de sortir l'empathie du cadre de l'individu pour la placer comme moteur de l'action pour soi, pour l'autre et surtout dans un cadre collectif.

*« L'empathie est l'aptitude à se mettre à la place d'autrui. C'est ce qui nous permet d'être affecté par ses états, de ressentir ce que l'autre ressent, mais aussi de comprendre ses motivations, ses intentions ; c'est enfin ce qui nous permet de prédire les comportements et de partager les connaissances de l'autre, tout en faisant la distinction entre le soi et autrui. L'empathie est donc à la fois une faculté universelle, affective et cognitive. L'empathie joue un rôle essentiel en ce qui concerne l'éthique et la morale. C'est un moteur de l'action d'entraide qui produit du lien social par le respect, la confiance et le partage. »*

Les résultats des recherches conduites pour mieux cerner la théorie et la réalité de l'empathie sont présentés en Annexe 1.

## II LES COMPETENCES DU MEDECIN

### II.1 Une charte internationale sur le professionnalisme médical

Dans un contexte où la profession médicale est soumise à de nombreuses pressions (de l'industrie, du politique, des assureurs, des patients, etc.) et où des limites matérielles rendent difficiles des soins accessibles et égaux pour tous, un groupe de médecins essentiellement européens et nord-américains et de sociétés de médecine interne a réagi en réaffirmant les principes fondamentaux et universels du professionnalisme médical<sup>1</sup>. Dans une charte publiée simultanément dans deux revues de référence de la communauté médicale – le *Lancet* (Anon. 2002) et les *Annals of Internal Medicine*, ils actualisent le serment d'Hippocrate dans ce qui « *semble être le nouveau cadre éthique dans lequel les médecins doivent s'engager pour une médecine de plus grande qualité* »(Brami 2008). Cette charte, taxée d'idéaliste par certains, qui place le professionnalisme à la base du contrat social entre le médecin et la population, témoigne de l'universalité des principes éthiques de la médecine. Elle invite les praticiens à s'engager par leur métier dans la société, ce qui semblait bienvenu en ouverture d'une thèse d'exercice.

Le terme « professionnalisme » recouvre « *un ensemble de valeurs et de comportements propres à une profession* » (Cornuz, Perrier, et Waeber 2006). Le respect, la compétence et l'empathie en sont les trois attributs les plus souvent cités. La charte repose sur trois principes fondamentaux : la primauté du bien-être des patients, le respect de leur autonomie et un engagement en faveur d'une justice sociale. Parmi les responsabilités professionnelles établies sur ces principes il est souligné « *l'une des plus hautes exigences de notre profession : le maintien de nos connaissances, composante indispensable de notre compétence professionnelle, et complémentaire à notre capacité d'écoute et d'empathie* » (ibid.). Ainsi présentés l'humanisme et le professionnalisme sont interdépendants. Si le professionnalisme c'est d'agir en conformité avec des valeurs normatives de la profession, l'humanisme est ce qui l'anime, le motive, le nourrit (Cohen 2007).

---

<sup>1</sup> <http://www.afmc.ca/pdf/Charter-FRENCH.pdf>

## II.2 Professionnalisme et compétence

Cette charte met en avant la primauté de la personne et du collectif, ainsi que l'importance d'un engagement pour l'enseignement, l'évaluation et le maintien des compétences médicales. A l'occasion d'une revue de la littérature parue en 2002 dans le *Journal of American Medical Association (JAMA)*, deux médecins américains ont cherché comment définir les compétences professionnelles que doit avoir tout médecin. Leur but était de fournir un cadre de référence pour l'enseignement, l'évaluation et la formation continue en médecine, qui soit adapté aux exigences de la pratique clinique. Ils ont formalisé une définition qui se veut exhaustive de la compétence du médecin : « *the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and the community being served* »(Epstein et Hundert 2002).

Ils reconnaissent plusieurs dimensions dans la compétence médicale : des dimensions cognitives – intellectuelles mais aussi intégratives-, techniques, contextuelles, relationnelles, éthiques et affectives. La commission d'évaluation des programmes de résidanat américains, l'ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*), reprend cet aspect multidimensionnel en définissant six domaines de compétences qui doivent être maîtrisés à l'issue de la formation :

"The six general competencies are:

- *Patient Care*
- *Medical Knowledge*
- *Professionalism*
- *Systems-based Practice*
- *Practice-based Learning and Improvement*
- *Interpersonal and Communication Skills*"<sup>1</sup>

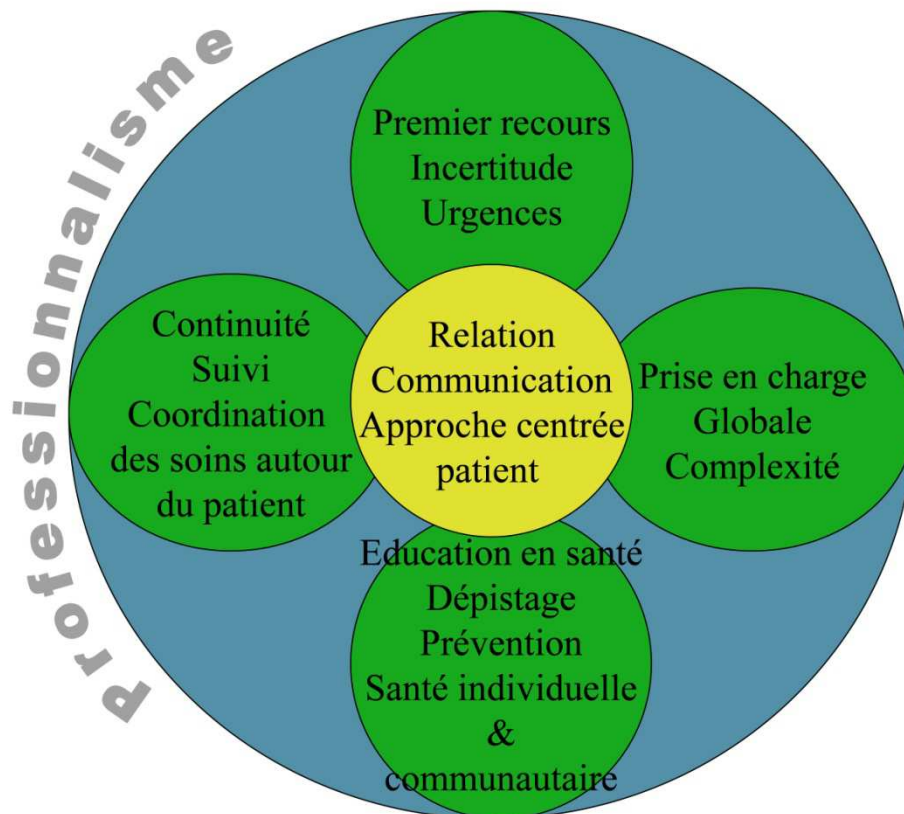
Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) définit le concept de compétence comme "*un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une*

---

<sup>1</sup> <http://www.acgme.org/outcome/comp/compmin.asp>

*famille de situations*". Pour le métier de médecin généraliste la relation médecin patient, la communication et l'approche centrée sur le patient sont cœur du professionnalisme (CNGE) :

**Figure 1 : La marguerite des compétences en médecine générale (CNGE)**





### **II.3 Le « bon » médecin**

En mettant la relation au centre, la marguerite présentée ici reflète comment la médecine est perçue : si la technique et les connaissances en sont la base, la rencontre humaine en est le cœur.

Lorsque l'on interroge les gens, qu'ils soient bénéficiaires ou professionnels du soin, les réponses ont la même teneur. L'exigence de compétences médicales s'accompagne d'une exigence de compétences relationnelles et de valeurs morales (Ibanez et al. 2011). Les qualités interpersonnelles comme l'empathie et le respect sont citées prioritairement lorsque se sont des patients qui sont interrogés sur les qualités d'un « bon » médecin. Au-delà des discussions sur l'interprétation de « bon » cela fournit des indications propres à une définition de ces compétences pour les enseigner et pour les évaluer, en plus des connaissances théoriques et des compétences techniques indispensables.

Quel peut être le contenu de ces enseignements sur les capacités relationnelles, affectives et morales de la pratique et quelles formes pédagogiques leurs sont adaptées ?

### **II.4 L'empathie, un élément des compétences médicales ?**

L'empathie est-elle une ressource pour une pratique médicale de qualité ? Peut-elle être enseignée ? Quelle que soit la réponse il sera constaté au chapitre suivant que l'empathie a déjà une place dans la formation et la pratique médicale, mais que cette place ne semble pas se traduire en pratique.

### III L'EMPATHIE EN MEDECINE

#### III.1 Relation médecin-patient de qualité

Les patients attendent à la fois une fonction curative et une dimension bienveillante des soins. Une attitude empathique du soignant satisfait le besoin humain fondamental d'être compris et peut améliorer l'efficacité des soins.

La fonction de l'empathie pour les soignants est de leur permettre de créer un espace pour la discussion plus sécurisant (en référence au « *holding environment* » de Winnicott). Plus particulièrement dans le cas des pathologies chroniques, laisser la relation dans un espace de neutralité n'est pas suffisant pour créer la sécurité nécessaire à l'expression de leurs préoccupations (Back et al. 2010).

Un manque d'empathie déshumanise les soins, focalise le praticien sur la déficience d'organe et les résultats des examens complémentaires au lieu de considérer la personne qui souffre et de la prendre en charge dans sa globalité. Il ne s'agit pas seulement de conséquences philosophiques ou morales mais de la qualité des soins et de l'issue des traitements.

Il existe quelques études sur l'influence de l'empathie sur la qualité des soins, le propos n'est pas ici d'en faire une revue exhaustive mais de reprendre les résultats les plus fréquemment cités. Certains sont issus de recherches portant spécifiquement sur l'empathie, mais il est difficile de l'extraire de tout un ensemble qu'Alain Moreau et ses confrères ont appelé « *l'effet médecin* » (Moreau et al. 2006). D'autres études se sont focalisées sur l'importance du « contexte » des soins (Blasi et al. 2001) ou sur l'Approche Centrée sur le Patient (ACP), inspirée des travaux de C. Rogers (Stewart 1995) (Stewart et al. 2000). « *L'empathie est la composante essentielle de la relation d'aide développée par C. Rogers. [...] Elle est considérée avec l'écoute comme l'un des éléments clés de la relation thérapeutique* » (Moreau et al. 2006).

## III.2 Fonctions et effets d'une communication efficace dans la relation thérapeutique

### III.2.1 Fonctions :

Les principales fonctions sont :

- D'être un élément essentiel du travail du médecin (Simpson et al. 1991)
- De recueillir des données pertinentes pour le diagnostic et le suivi (Beckman et Frankel 1984)(Marvel et al. 1999)
- De permettre la concordance entre le médecin et le patient sur la nature et la gravité du problème clinique (Stewart 2001)
- De favoriser l'autonomie du patient, son *empowerment*, (Mercer et al. 2008) (Aujoulat 2007)
- D'encourager le patient à poser des questions, obtenir des informations, exprimer ses inquiétudes et ses émotions (Kim et al. 2004)
- D'améliorer le partage d'information et la façon dont le patient les perçoit (Falvo et Tippy 1988)
- D'améliorer la satisfaction des patients (Roter et al. 1997) (Kim, Kaplowitz, et Johnston 2004) (Bonnetblanc et al. 2006) (Ibanez et al. 2011)
- De s'adapter aux exigences de temps : ne pas augmenter la durée des consultations (Roter et al. 1997) (Kaplan et al.1989)
- De s'adapter à l'hétérogénéité des situations rencontrées (Lussier et Richard 2008)
- De recevoir les problématiques qui sortent du cadre biomédical (situation de précarité, problème financier, accès aux soins, difficultés dans la vie familiale ou professionnelle)
- D'optimiser le recours à des examens complémentaires ou à des avis (Stewart et al. 2000)
- De favoriser la communication entre soignants, au sein d'une équipe ou d'un parcours de soin

- D'améliorer la satisfaction des médecins (A L Suchman et al. 1993)(Horowitz et al. 2003) (Lewin et al. 2001)

### III.2.2 Effets :

On peut constater alors :

- Une amélioration de paramètres cliniques objectifs : pression artérielle (Kaplan et al. 1989), amplitudes articulaires
- Une amélioration de paramètres biologiques : glycémie, HbA1c, LDL cholestérol (Hojat et al. 2011) (Kaplan et al.1989), activation du système immunitaire (taux d'interleukine-8) (Rakel et al. 2009)
- Une amélioration du statut fonctionnel et de l'état de santé perçu (douleur, capacités physiques, jours d'arrêt de travail) (Stewart 1995) (Little et al. 1999)
- Une amélioration de l'adhésion au traitement qu'il soit pharmacologique ou autre (Squier 1990) (Kim et al. 2004)
- Une amélioration de la relation médecin-patient
- Une diminution de l'anxiété, y compris lorsque la source de cette anxiété ne peut être résolue (Zachariae et al. 2003)
- Une diminution des litiges (Levinson et al. 1997) (Wissow 2004)
- Une diminution de l'épuisement professionnel.

### III.3 Un élément dans l'évaluation et la formation médicale

L'empathie est un élément très présent dans le cadre référentiel de la pratique médicale :

#### III.3.1 Dans les programmes

##### a) En France

Le premier item du programme du deuxième cycle des études médicales concerne la relation médecin-malade et stipule comme objectif d' « *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.* »<sup>1</sup>

L'empathie est donc retenue comme un mot clé pour l'épreuve nationale classante (Sroussi 2008) .

La conférence des doyens, dans un rapport des commissions pédagogiques nationales des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques et du comité de perfectionnement des études de maïeutique sur « le LMD<sup>2</sup> santé » d'avril 2009, note comme objectif d' « *apprendre à penser la médecine et les valeurs du soin ; aider à l'acquisition des compétences en matière de compréhension et de pratique des relations humaines, intégrant le point de vue du malade, les rapports soignants/soignés et les rapports entre soignants dans le contexte social contemporain* »<sup>3</sup>.

##### b) En Angleterre:

Pour la spécialisation : le « *specialty training curriculum of general internal medicine* » détaille le programme de formation et les compétences demandées pour la certification de médecine interne. Le mot *empathy* y est cité huit fois<sup>4</sup>.

Par exemple au chapitre « relation médecin patient et communication pendant la consultation », p 25 : « *Approach the situation with courtesy, empathy, compassion and*

---

<sup>1</sup> B.O. n°23 du 27 juin 2007 : <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>

<sup>2</sup> Licence-Master-Doctorat

<sup>3</sup> <http://www.conference-doyens-medecine.com/IMG/pdf/CPNEM-LMD-screen.pdf>

<sup>4</sup> <http://www.jrcptb.org.uk/specialties/ST3-SpR/Documents/2009%20GIM%20curriculum.PDF>

*professionalism, especially by appropriate body language - act as an equal not a superior* ». C'est le premier comportement demandé, il doit être acquis durant la formation initiale et développé au sein de la formation spécialisée.

Dès le début de la pratique clinique, il est demandé de pouvoir mener de « *simple interviews with due empathy and sensitivity* ».

c) *Au Canada:*

Parmi les vingt-quatre items des compétences à évaluer lors du résidanat en médecine de famille, l'un apprécie les capacités d'« *écoute et empathie* », c'est-à-dire les « *capacités du résident à reconnaître l'expérience unique du patient et à lui démontrer sa compréhension* ».

d) *Aux Etats-Unis :*

Au niveau de l'internat : L'ACGME, déjà évoquée, fait de l'empathie l'une des capacités « *accréditées* » exigées (Macnaughton 2009) :

« *Specifically, residents are expected to form effective therapeutic relationships with patients and families, to build relationships through listening, narrative or nonverbal skills, and to develop skill in education and counseling of patients and their families, all of which are relevant to physician-patient empathic engagement*” Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)<sup>1</sup>.

Au niveau de la formation initiale :

L'Association of American Medical Colleges, membre de l'ACGME, a lancé le projet d'uniformiser la formation médicale initiale en publiant un consensus sur les compétences, les attitudes et les connaissances que les étudiants en médecine devraient posséder (Association of American Medical Colleges 1999). Parmi les trente objectifs figure:

« *Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients* ».

---

<sup>1</sup> (<http://www.acgme.org/outcome/comp/compHome.asp>)

### III.3.2 Dans les référentiels

#### a) *Conférences de consensus*

Il existe deux conférences de consensus sur la communication médecin-patient. Tenue en 1991, la conférence de consensus de Toronto a rassemblé différents médecins, « pionniers » de la définition de l'approche centrée sur le patient, et sa parution dans le *British Medical Journal* (BMJ) s'ouvrait sur ce constat : « *Une communication efficace entre le médecin et son patient est un élément essentiel de la pratique médicale qui ne peut être délégué* » (Simpson et al. 1991). Sans référence directe à l'empathie, ils mentionnent des points importants pour qu'une relation médecin-patient soit thérapeutique :

- Permettre aux patients d'exprimer leurs inquiétudes sans être interrompus,
- Se mettre d'accord sur la nature et la gravité du problème ;
- Reconnaître et discuter des problèmes et préoccupations des patients, y compris lorsque leur résolution est impossible ou hors du ressort du médecin.

En 1999, la conférence de consensus de Kalamazoo a réuni (avec le soutien financier de deux laboratoires) des médecins experts de différents modèles de communication dont l'approche centrée sur le patient (Makoul 2001). Ils ont réalisé un modèle commun comprenant les principales caractéristiques d'une communication médecin-patient efficace, quel que soit le contexte de la consultation, résumé dans le tableau 1 extrait de (Guilbert 2007). Il y est recommandé de s'adresser au patient d'une manière empathique.

**Tableau 1 : Les fonctions des tâches de communication lors d'une entrevue médicale**

**Construire la relation médecin-malade**

**Ouvrir la consultation**

- Se présenter et expliquer brièvement son rôle.
- S'assurer que le patient « est à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident (par exemple : douleur).
- Explorer la (les) raison(s) de la visite.
- Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre.
- Établir un plan succinct de la visite.

**Collecter de l'information**

- Utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées
- Inclure si nécessaire des demandes de clarification, paraphrases, résumés, etc.
- Obtenir suffisamment d'information pour circonscrire les symptômes pertinents.

**Explorer le contexte personnel du patient**

- Recueillir des facteurs tels que familiaux, culturels, socio-économiques, etc.
- Mettre à jour les croyances, peurs ou inquiétudes, espoirs, et « explications ».
- Répondre d'une manière empathique en évitant les jugements de valeur.

**Échanger de l'information**

- Donner des explications claires en évitant tout jargon médicoscientifique.
- Vérifier le degré de compréhension du patient et en tenir compte.
- Encourager le patient à poser des questions.

**Parvenir à une entente sur le « problème » (diagnostic) et un plan d'action (traitement)**

- Encourager le patient à participer selon son degré d'implication.
- Explorer son degré de consentement et son intention de suivre le plan d'action.
- Anticiper des obstacles et des solutions alternatives.
- Négocier des différences de buts tenant compte des perspectives du patient.

**Clore la consultation**

- Procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions.
- Résumer la discussion et revenir sur le plan d'action.
- Proposer le maintien du contact.

*b) En médecine générale*

La définition de la médecine générale-médecine de famille telle que présentée par la WONCA<sup>1</sup> ne cite pas directement l'empathie. Elle insiste cependant sur l'importance du

---

<sup>1</sup> World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>



relationnel et d'« *utiliser l'interaction de la consultation comme outil thérapeutique* ». Comme dans d'autres études ou référentiels de formation présentés plus haut, cette définition comporte une demande de développer de nouvelles approches d'enseignement : « *le processus de formation doit préparer le médecin généraliste – médecin de famille à une démarche clinique très différente qui n'est pas essentiellement de nature mécaniciste ou technique, ce qui est la voie prédominante dans les écoles de médecine à travers le monde* ».

### *c) Le rapport ministériel sur la bientraitance*

Le pôle santé et sécurité des soins du médiateur de la République a fait réaliser un rapport sur les situations de « *maltraitance ordinaire* » (Compagnon et Ghadi 2009). Il s'agit d'une étude de témoignages qui a permis de décrire certaines situations difficilement vécues par le patient et/ou son entourage, comme :

- « - *sentiment d'avoir été mal ou pas informé, ou rarement écouté;*
- *mépris social dans les modalités de délivrance de l'information ;*
- *sentiment d'un désintérêt ou d'une attitude méprisante de la part du personnel soignant;*
- *patient abordé avec un ton et des paroles inappropriés voire humiliants ;* »

Ce rapport a été suivi en janvier 2011 de propositions d'action visant à promouvoir la bientraitance<sup>1</sup>. La mission de développement de la bientraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux a été confiée aux Agences régionales de Santé (ARS) dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, et la Haute Autorité de Santé (HAS) y prend part en introduisant dans la certification des exigences sur la mise en place d'une démarche de promotion de la bientraitance<sup>2</sup>.

La bientraitance est une notion nouvelle dans le secteur du soin, présentée comme suit (p 20) :

« *Si parmi les valeurs à l'œuvre dans la bientraitance, le respect est venu en première position, il en est d'autres qui ont fait consensus au sein des groupes telles :*

- *la recherche continue d'amélioration de la prise en charge, son adaptation aux changements et évolutions diverses constatées et le souci du bien-être ;*

---

<sup>1</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_bientraitance\\_dans\\_les\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915286/la-bientraitance-en-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915286/la-bientraitance-en-etablissements-de-sante)

- *l'empathie* qui caractérise la relation et qui relève d'une authentique formation à la communication ; cette attitude traduit la capacité à se mettre au plus près des représentations personnelles et intimes du patient pour mieux le comprendre et cheminer à ses côtés tout en restant conscient du fait de ne pas être à sa place ;

- *la sollicitude* [...]

- *l'autonomie du patient* [...]

- *la confidentialité* [...]

- *le souci d'équité et d'honnêteté* [...]

La *bienveillance*, reflet de ces valeurs, se traduit en une posture professionnelle réflexive, une façon d'être, une attitude caractérisée par la volonté active, voire l'obligation d'inscrire ses pratiques dans un processus dynamique de questionnement continu, et pour ce faire, être conscient de la nécessité qu'il y a à continuer de se former. »

### **III.4 Le constat d'un manque**

Si l'empathie est un élément essentiel de la relation médecin patient, et si elle fait partie du référentiel de la formation médicale, tout semble correspondre et il est inutile de s'y intéresser. Ce n'est pourtant pas ce qui semble apparaître à la constatation du rapport sur la maltraitance.

Le consensus de Toronto pointait les insuffisances constatées dans la communication médecin patient : interruption trop rapide des patients, absence d'entente sur le motif de consultation, manque de reconnaissance des préoccupations du patient. « *Sufficient data have now accumulated to prove that problems in doctor-patient communication are extremely common and adversely affect patient management. It has been repeatedly shown that the clinical skills needed to improve these problems can be taught and that the subsequent benefits to medical practice are demonstrable, feasible on a routine basis, and enduring* » (Simpson et al. 1991).

En 1997, une équipe de médecins a évalué l'utilisation – ou non – d'une communication empathique dans des consultations de soins primaires (A L Suchman et al. 1997). Les signaux directs ou indirects émis par le patient concernant leurs émotions et préoccupations ont été appelés « opportunités empathiques ». Dans la plupart des cas ils

restaient inexplorés par le médecin, conduisant à une insistance du patient sur ce sujet ou à sa « fermeture » au détriment de l'écoute.

En reprenant cette méthodologie dix ans après, une autre étude en oncologie a constaté que seulement le dixième de ces opportunités étaient reconnues et engageaient une réponse du médecin (Diane S. Morse, Edwardsen, et Gordon 2008). Ce manque d'expression d'empathie a suscité de nombreux commentaires et tentatives d'explications<sup>1</sup>. Il peut y avoir de nombreuses raisons expliquant ces résultats, d'un évitement conscient par peur de perdre leur objectivité à la croyance que cela prend trop de temps, mais la plus évidente de ces raisons est que « *peut-être juste ne savent-ils pas comment répondre ?* ».

### III.5 Un besoin de formation

Des revues et des études prouvent une tendance, significative bien que parfois faible, à la baisse de l'empathie au cours des années de formation en médecine. D'autres études vont dans le sens d'une « érosion des valeurs humanistes » et d'une augmentation du cynisme (Krupat et al. 2009) (Patenaude, Niyonsenga, et Fafard 2003) (Tsimtsiou et al. 2007) (Wear et Kuczewski 2008) (Woloschuk, Harasym, et Temple 2004). Des récits de patients, des témoignages<sup>2</sup> comme ceux de Martin Winckler<sup>3</sup>, les rapports des assureurs professionnels sur les litiges dus en grande partie à des problèmes de communication viennent en confirmation que « quelque chose » se produit au cours de la formation des médecins qui ne favorisent pas spontanément une attitude empathique. L'empathie, comme d'autres compétences relationnelles, ne bénéficie pas de l'expérience (Simpson et al. 1991). Des études ont montré l'absence de corrélation entre l'âge des médecins et leurs scores à différentes échelles de mesure de l'empathie (Hojat et al. 2002). Il y a donc une nécessité de réfléchir à l'enseignement de l'empathie.

---

<sup>1</sup><http://www.nytimes.com/2008/09/26/health/chen25.html>

[http://featuresblogs.chicagotribune.com/features\\_julieshealthclub/2008/09/study-doctors-l.html](http://featuresblogs.chicagotribune.com/features_julieshealthclub/2008/09/study-doctors-l.html)

<sup>2</sup> Les blogs médicaux témoignent parfois du rôle de contre-modèle de certains soignants, par exemple : <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/?p=247>

<sup>3</sup> [http://martinwinckler.com/article.php3?id\\_article=1071](http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=1071)

## IV Problématique

Ce projet de thèse part d'une constatation. L'empathie est un concept présenté comme un élément essentiel, voire à la base de la relation médecin-patient. Il y a un écart entre le discours théorique et le désir de connaître la réalité de ce concept.

Le sujet vient de ce contraste entre l'évocation de l'empathie qui existe autour du phénomène des interactions dans les soins et la difficulté à se saisir concrètement de cet outil pour le définir, décider quand et comment l'utiliser dans la pratique. De cette préoccupation vient le thème de la recherche : l'enseignement de l'empathie en médecine. Plusieurs questions se posent : l'empathie peut-elle s'apprendre, donc s'enseigner ? Existe-t-il une définition de l'empathie et un consensus sur sa place dans la relation médecin-patient ? Il y a-t-il des tentatives de valoriser ou de transmettre la capacité d'empathie aux soignants ? Dans le champ de la médecine, la définition et la façon d'aborder l'empathie sont différentes et d'importance inégales selon les auteurs et les points de vue. De multiples composants et variables sont apparus liés à ce concept d'empathie : sa place dans la réflexion éthique sur le terrain, la place des émotions dans le travail médical, celles du patient, mais aussi celles du soignant, l'influence des enseignements biomédicaux et de la formation clinique....

La question de recherche est ici *conceptuelle* : trouver une définition adéquate de l'empathie, qui fasse sens et lui donne une place dans l'exercice médical, et *pratique* : comment aborder son enseignement dans le cursus médical. Contrairement à une image « d'entonnoir » décrivant la construction d'une problématique de recherche - d'un thème général à une question précise définit grâce à des lectures - ce sujet s'est complexifié et densifié au fur et à mesure de la recherche. L'empathie a semblé de plus en plus complexe à définir dans ses multiples aspects, leurs relations, et leurs mises en pratique dans le quotidien de la rencontre.

La problématique n'est pas ici une question figée mais un processus dynamique, une conception, sans cesse remaniés en y intégrant les données trouvées. Plus qu'un entonnoir d'une question large à une réponse précise, cette problématique est une sorte de « boule à

facettes », objet géométrique que l'on manipule pour l'observer sous différents angles, chacun pouvant refléter ou interagir avec un autre pour montrer un aspect différent du sujet. Pour que le sujet trouve ses limites et son sens, la difficulté est de trouver le cadre conceptuel dans lequel placer cette manipulation, y définir les variables étudiées et leur relation. Les variables s'entendent comme les caractéristiques ou les indicateurs du phénomène à l'étude. Le tableau 2 résume la démarche, de la problématique au choix de la méthode de travail.

**Tableau 2 : Résumé de la problématique**

problématique	Peut-on enseigner <b>l'empathie</b> en médecine ?		
composantes	Définir le sujet	Enseignement, formation en médecine	Utilité de le faire
Variables à étudier	<b>L'empathie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Définition</b></li> <li>- <b>Caractéristiques</b></li> </ul>	Le cursus médical Evaluer les formations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mesures</b></li> <li>- <b>Effets</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fonctions</b></li> <li>- <b>Mise en pratique dans la consultation</b></li> </ul>
Questions	Quand et comment enseigner l'empathie ?	Quelle place pour l'empathie dans le cursus médical?	Lien entre l'empathie et : -la réussite aux examens ? -la compétence clinique ?
	L'empathie dans la relation (aux patients et proches, aux soignants, à soi ...) ?		

Pour répondre à ces questions une recherche bibliographique a été effectuée dont la méthodologie est expliquée dans une deuxième partie. L'hétérogénéité apparente de nos résultats, entre mesures, définitions et outils pédagogiques de l'empathie, révélera de grands thèmes transversaux dans les publications sur l'enseignement de l'empathie en médecine. Le premier thème est la difficulté à définir le concept d'empathie sans en limiter le sens, réduire ce processus à quelques mécanismes.

Malgré un faisceau d'arguments qui place l'empathie comme un élément de la pratique médicale, ce concept ne fait pas consensus voire est parfois rejeté comme un « *danger de pratiquer l'empathie* » (Macnaughton 2009). La question « *le médecin de famille doit-il être empathique?* » donne des réponses opposées sans qu'elles soient justifiées sur la même définition de l'empathie (Lussier et Richard 2010) (Marchand 2010).

Ceci vient peut-être d'une approche trop implicite de l'empathie : on pense savoir ce que c'est, mais chacun se réfère à son idée, qui ne correspond pas toujours à « la réalité » de l'empathie. Pour le dire autrement, « *chacun croit, quand il emploie un mot, savoir ce qu'il veut dire. Mais certains ne comprennent pas que pour leurs interlocuteurs ce même mot puisse avoir des sens différents* » (Mager 1998 cité par Guilbert 2001). Et cette ambiguïté est un inconvénient, notamment pour définir et évaluer des programmes de formation. Mais elle n'est peut-être pas si étonnante si l'on considère que « *l'empathie semble être un concept simple -une personne sent ce qu'une autre ressent- mais plus on en apprend à ce sujet, plus cela devient complexe* » (Hoffman 1988).

Le deuxième thème est celui des facteurs avancés pour expliquer ce hiatus entre l'importance pensée de l'empathie en médecine, et un manque que les patients semblent ressentir, confirmé par le constat d'une érosion de l'empathie au cours de la formation médicale.

Le troisième thème est celui de l'enseignement, de la transmission de l'empathie. Que l'on s'intéresse aux mécanismes acquis qui permettent une attitude empathique ou qu'on la considère comme un choix, une éthique de la relation, il est possible de la renforcer.

Ce travail didactique voudrait avoir comme objectifs de mettre à disposition des enseignants des pistes pour intégrer le concept d'empathie au cursus médical, et de proposer une base de réflexion pour des projets de recherche sur les effets de l'empathie dans le soin. En annexes 5 et 6 sont placés les éléments recueillis qui pourraient soutenir cet enseignement et cette recherche.

## **METHODE**

## I Type d'étude

Il s'agit d'une revue bibliographique de la littérature internationale anglophone et francophone. Les résultats font l'objet d'une analyse mixte, avec quelques données quantitatives et des données qualitatives.

## II Méthodologie de la recherche bibliographique

### II.1 Ressources

Le site de la Bibliothèque Universitaire en santé de Lyon 1 :

- accès disciplinaire-médecine<sup>1</sup>
- guide de la recherche dans Pubmed
- Rencontre avec une bibliothécaire pour valider la stratégie de recherche, notamment dans les autres bases de données que Medline.

Le site du *British Journal of General Practice*:

Ce site propose un accès libre à une série d'articles sur les « trucs et astuces » (« *tips and tricks* ») pour la réalisation d'une revue systématique de la littérature<sup>2</sup>.

Le Centre de Recherche et de Développement en Education (CRDE) de l'université de Moncton au Canada

Ce site propose une série de guides d'introduction à la recherche parus en 2004 et 2005(Problématique de recherche, ABC de la recherche bibliographique...)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> [http://portaildoc.univ-lyon1.fr/28487713/0/fiche\\_pagelibre/&RH=1247733650967](http://portaildoc.univ-lyon1.fr/28487713/0/fiche_pagelibre/&RH=1247733650967)

<sup>2</sup> [http://www.rcgp.org.uk/brigenpract/archive/serials/systematic\\_review.aspx](http://www.rcgp.org.uk/brigenpract/archive/serials/systematic_review.aspx)

<sup>3</sup> Une partie de ces guides reste accessible sur internet à l'adresse suivante, en remplaçant le numéro de module jusqu'à 12 :<http://web.umoncton.ca/umcm-longd01/TheorixDownload/module1.pdf>



## La Revue du Praticien- Médecine Générale

Cette revue a proposé une série d'articles sur la méthodologie de la recherche bibliographique<sup>1</sup>

### Les guides de lecture critique

Les guides de Michel Cucherat, des services de biostatistiques et pharmacologie clinique de la faculté de médecine de Laennec à Lyon<sup>2</sup>, ont été une aide pour l'analyse des résultats quantitatifs.

---

<sup>1</sup> MEDLINE "facile" -Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 798 / Page n° : 311

Hors du MeSH, point de salut... Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 796 / Page n° : 214

10 façons d'interroger Medline via PubMed... Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 848 / Page n° : 720

Faut-il interroger PubMed en langage MeSH ? Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 846 / Page n° : 616

Redécouvrir la base documentaire de la BDSP Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 845 / Page n° : 566

Bibliographie de la thèse n°1 à 5 Revue du Praticien Médecine Générale / N° : 662 ; 666 ; 668 ; 672 ; 678

<sup>2</sup> <http://www.spc.univ-lyon1.fr/lecture-critique/>

## II.2 Bases de données et sites consultés

Les sources explorées sont résumées dans le tableau 3.

Les principales bases de données en médecine interrogées sont :

- Medline, via son interface de recherche PubMed, de la *National Library of Medicine* des Etats-Unis, recense une majeure partie de la documentation mondiale en médecine.
- Web of Sciences
- PASCAL, base de données créée par le CNRS, couvre l'essentiel de la littérature mondiale en sciences, technologie et médecine depuis 1984.
- Le CISMef, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
- La BDSP, Banque de Données en Santé Publique

La recherche a été étendue à des bases de données de référence dans le domaine de l'éducation et des sciences humaines :

- psycINFO, base de données bibliographiques de l'*American Psychological Association* spécialisée en psychologie, psychiatrie et disciplines connexes.
- CAIRN, base de données française qui indexe des revues de sciences humaines et sociales
- FRANCIS, pendant de Pascal pour les sciences humaines et sociales.
- ERIC : *Educational Resource Information Center*, base de données spécialisée dans les sciences de l'éducation.

Le site EBSCOhost permet d'explorer avec la même méthodologie plusieurs bases de données. Il a été possible d'y interroger simultanément ERIC, PASCAL, FRANCIS puis séparément psycINFO (pas d'abonnement à psycINFO par la BU santé).

Ont été explorées également :

- Les bases de recommandations française, américaine et canadienne à la recherche de recommandations pour la pratique ou de conférences de consensus : Haute Autorité de Santé française, National Guideline Clearinghouse proposée par l'Agency for Healthcare Research and Quality des Etats-Unis et l'Association Médicale Canadienne, qui éditent les *Clinical Practice Guidelines*.

- Le moteur de recherche de la revue « Pédagogie Médicale », revue internationale francophone d'éducation médicale, organe officiel d'expression de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM). Elle est indexée dans PASCAL, il a paru important de la consulter spécifiquement.

**Tableau 3 : Bases de données**

Bases de données bibliographiques et sites consultés				
		Orientation médicale et paramédicale	Orientation sciences humaines et sociales, psychologie (et psychiatrie à l'exclusion des autres disciplines médicales)	Mixtes = plusieurs domaines scientifiques
Interrogation en français	Terminologie du PTS ou autre spécifique	CISMeF BDSP <sup>1</sup> (thésaurus)		
	Langage courant	EM-Consulte HAS <sup>2</sup> Revue Pédagogie Médicale	FRANCIS CAIRN	PASCAL
Interrogation en anglais	Terminologie MeSH ou autre spécifique	MEDLINE		
	Langage courant	CMA infobase <sup>3</sup> NGC <sup>4</sup>	ERIC <sup>5</sup> PsycInfo	Web of Sciences

<sup>1</sup> BDSP = Banque de Données en Santé Publique. Recherche avancée à partir de son thésaurus.

- <sup>2</sup> Haute Autorité de Santé française.

- <sup>3</sup> Site de l'Association Médicale Canadienne, permet la recherche de Clinical Practice Guidelines

- <sup>4</sup> National Guideline Clearinghouse proposée par l'Agency for Healthcare Research and Quality des Etats-Unis

<sup>5</sup> Educationnal Ressource Information Center, base de données spécialisée dans les sciences de l'éducation.

### III Stratégie de la recherche bibliographique

#### III.1 Mots clés

Les mots clés ont été recherchés dans le Portail Terminologique de Santé (PTS) du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) ainsi que leur traduction en anglais. Les mots clés en anglais ont été choisis dans le Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine des Etats-Unis.

En cas de besoins les termes choisis ont été vérifiés via le MeSH bilingue anglais-français de l'INSERM.

##### III.1.1 Retenus

Les mots clés retenus sont présentés par langue dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Mots clés**

Mots clés	empathie	enseignement	fonctions
<b>Anglais MeSH</b>	empathy	Teaching Education, medical Curriculum Students, medical Education (subheading)	Clinical competence
<b>Français PTS</b>	empathie	Education Enseignement médical Formation Programmes d'études	Compétence clinique

A noter : le qualificatif (*subheading*) *education* n'est pas proposé pour le mot clé *empathy*.

### III.1.2 Explosions

Pour le terme *empathy*, l'arborescence du thésaurus MeSH ne comprend aucun mot clé en aval, il n'y a pas de nécessité de préciser la fonction « ne pas exploser ». Pour les autres termes l'explosion a été jugée pertinente.

### III.1.3 Non retenus

Certains mots clés et synonymes n'ont pas été retenus pour cette recherche bien que liés à la problématique :

- Les synonymes proposés pour *empathy* tel que *compassion*, *caring* car hors-sujet ;
- Les mots clés axant la recherche uniquement sur la médecine générale ;
- Des mots clés MeSH utilisés dans d'autres bases de données: « Aptitude » (définie comme la capacité d'acquérir une compétence), *training* (renvoi au terme MeSH *education*), *skill* (renvoi au terme MeSH *clinical competence*).

## III.2 Limites de la recherche

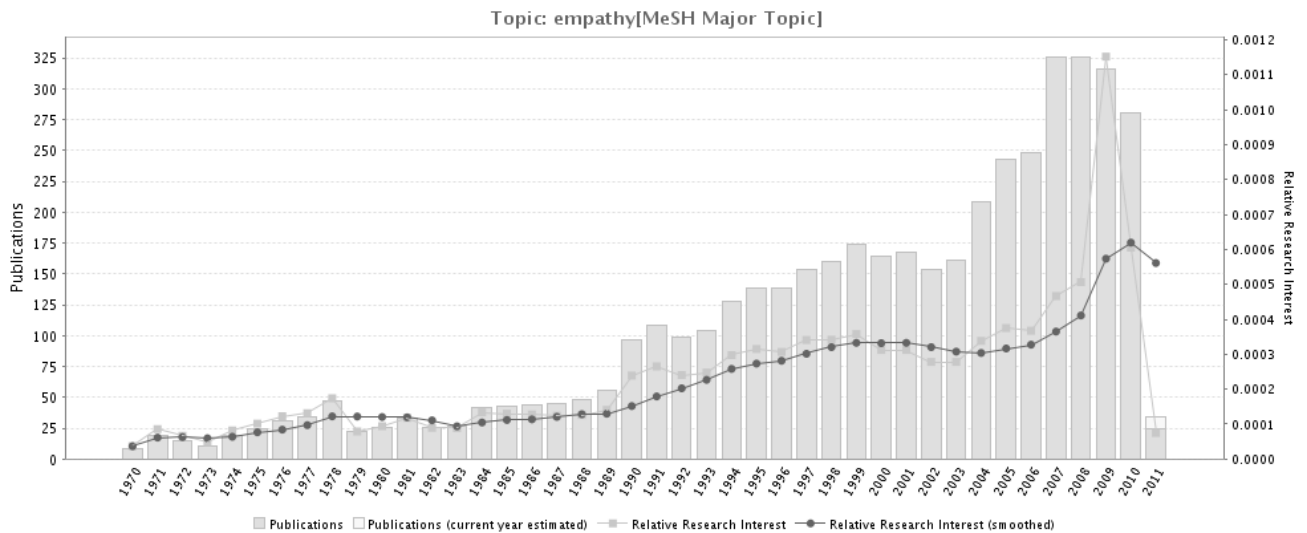
### III.2.1 Dates

Le nombre d'articles dont l'empathie est un des descripteurs principaux a doublé entre 1999 et 2009 (cf. figure 2), avec une accélération des publications au milieu des années 2000. Il semblait cohérent pour avoir une vue d'ensemble en gardant un nombre de résultats exploitable de limiter la recherche aux cinq dernières années.

Les limites temporelles de la recherche bibliographique sont donc de janvier 2006 et à juin 2011 inclus. Les bases de données ont été consultées jusqu'au 31 août 2011, ce qui exclut de notre recherche les articles publiés dans les limites mais indexés après cette date.

**Figure 2 : Nombre de publications indexées dans Pubmed avec « *empathy* [MeSH Major Topic] » en fonction des années.**

(Source : <http://www.gopubmed.org> consulté le 27/04/2011)



### III.2.2 Types d'articles

Les lettres, commentaires et éditoriaux ont été exclus des résultats.

Les limites par type d'articles proposées par PubMed ne sont pas disponibles dans les autres bases de données. Par cohérence, elles n'ont pas été utilisées au niveau de l'équation de recherche. Elles servent au tri des résultats.

### III.2.3 Enseignement médical

Un grand nombre de publications sur ce thème concerne la profession infirmière. Le sujet était uniquement la profession médicale. Pour faciliter le tri des résultats les termes se rapportant à la profession infirmière et aux étudiants dentistes et pharmaciens ont été exclus dès la formulation des équations.

## IV Équations de recherche

### IV.1 Dans PubMed

((empathy[MeSH Major Topic])

**AND**

("clinical competence"[MeSH Terms] **OR** "students, medical"[MeSH Terms] **OR** "education, medical"[MeSH Terms] **OR** "curriculum"[MeSH Terms] **OR** teaching [MeSH Terms]))

**NOT**

nurs\* **NOT** "students, dental"[MeSH Terms] **NOT** "students, pharmacy"[MeSH Terms]

**NOT**

"comment"[Publication Type] **NOT** "editorial"[Publication Type] **NOT** "letter"[Publication Type]

**Limits Activated:** English, French, and Publication Date from 2006/01/01 to 2011

### IV.2 Dans les autres bases de données

#### IV.2.1 EBSCOhost

S1= SU empath\*

S2= SU medical education OR medical student OR clinical competence OR clinical skill

S3= SU teaching OR training OR curriculum

S4= S3 AND (SU medic\* OR physician\*)

S5= S2 OR S4

S6= S1 AND S5

Limites : Date de publication depuis: 2006/01/01- (dernière recherche effectuée le 22/08/2011)

Langues : anglais, français



#### IV.2.2 Web of sciences

Même équation et limites que pour EBSCOhost avec des précisions ajoutées :

**AND** Web of Science Categories=( EDUCATION SCIENTIFIC DISCIPLINES OR EDUCATION EDUCATIONAL RESEARCH )

**excluding** Document Type=( MEETING ABSTRACT OR LETTER OR EDITORIAL MATERIAL OR BOOK CHAPTER )

#### IV.2.3 Banque de données de santé publique

Empathie ET

- Formation  
OU
- Enseignement  
OU
- Education  
OU
- Pratique médicale (compétence  
médicale, décision médicale)  
OU
- Effet  
OU
- Qualité des soins

#### IV.2.4 Bases de recommandation

« Empath\* » dans recherche simple.

## V Analyse des résultats

### V.1 Exclusions des doublons et hors-sujets

La recherche principale a été effectuée dans Medline, base de données de référence pour la médecine, ce qui nous a donné un premier lot d'articles. Le tri des résultats des sources suivantes s'est fait en excluant au fur et à mesure les articles précédemment trouvés.

Un premier tri a été effectué selon les titres, les types de publications la provenance et les résumés des articles. En cas de doute d'après le résumé, l'ensemble de l'article a été consulté rapidement.

Ont été éliminés :

- Certains types de publication : éditoriaux, lettres, commentaires ;
- Les articles parus dans des revues anecdotiques (revues d'association d'étudiants ou revues régionales) ;
- Les articles concernant les étudiants et soignants non médecins;
- Les articles publiés dans des revues s'adressant aux soignants non médecin et dont le résumé n'était pas disponible ou ne prouvait pas qu'il concernait les médecins ;
- Les articles dont l'empathie n'était pas un des sujets principaux ;
- Les articles concernant les structures et mécanismes neurobiologiques de l'empathie;
- Les articles concernant les « pathologies » ou dysfonctionnement de l'empathie ;
- Les articles concernant uniquement les préférences des patients en matière de communication des soignants, ou les effets de l'empathie sur le patient, si leur objectif annoncé n'était pas d'analyser ces résultats en vue de l'enseignement de l'empathie ;
- Les articles concernant des aspects liés à l'empathie (comme la compassion, l'intelligence émotionnelle...) plutôt que l'empathie.

Pour les articles dont l'objectif était la mesure de l'empathie chez les étudiants, nous avons exclu les études transversales mesurant uniquement l'empathie, sans corrélation avec d'autres facteurs.

## **V.2 Critères d'inclusion**

Tout article abordant l'empathie en médecine et son enseignement (outils, barrières, évaluation) ou sa mesure chez les étudiants.

## **V.3 Critères d'analyse**

### **V.3.1 Par types et thèmes principaux**

Les articles non exclus ont été recensés par « thèmes » :

- Etudes qualitatives et quantitatives (tout type, à part les études de mesure de l'empathie chez les étudiants)
- revues de la littérature et recommandations
- éléments théoriques

### V.3.2 Par éléments

Les articles ont ensuite bénéficiés d'une lecture plus attentive pour en extraire les éléments suivants quand ils étaient disponibles, ou exclure les articles qui n'apportaient pas un de ces éléments :

- Définition de l'empathie
- Avis sur son enseignement
- Proposition d'enseignements :  
Quand, comment, quoi (quel aspects de l'empathie), avec quels résultats (mesure), pour quels effets supposés et/ou mesurés
- Proposition d'évaluation :  
Des enseignements de l'empathie ;  
De l'empathie chez les médecins et étudiants.

### V.3.3 Par occurrence de mot

L'apparition et l'importance relative dans nos résultats d'un thème absent de nos hypothèses ont été vérifiées par occurrence des mots de ce thème. Chaque article a été revu avec la fonction « recherche avancée » qui permet de chercher un mot ou sa troncature dans tout document (ici les versions PDF dans Adobe).

## V.4 Version originale et traduction

Traduire fait courir le risque d'un glissement de signification. Nous avons choisi de présenter certaines citations dans leur version originale ainsi que les concepts traduits par nous. Notre traduction s'appuie sur la lecture des écrits francophones sur l'empathie. Nous avons demandé certaines précisions à :

- Une personne de langue maternelle anglaise
- Une enseignante d'anglais, de langue maternelle américaine

## **VI Recherche d'outils pédagogiques**

Une recherche complémentaire, orientée par nos résultats, a été effectuée à la recherche d'outils pédagogiques et/ou de recherche, comme les échelles de mesure de l'empathie validées.

Nous avons extrait des articles consultés les éléments pouvant être utilisés dans des cours, ainsi que différentes échelles d'évaluation et proposition d'enseignements.

Une recherche complémentaire a été menée pour obtenir, quand ils existaient, des versions traduites de ces outils. Cela a consisté principalement en une recherche sur internet et dans PubMed, et une prise de contact par mail avec les auteurs quand l'élément recherché n'était pas publié.

## **RESULTATS**

# I Présentation des résultats

## I.1 Validation des équations de recherche

La première équation de recherche formulée, via PubMed, a été retenue car dix-sept résultats étaient pertinents parmi les vingt premiers.

## I.2 Par bases de données

Nos équations de recherche nous ont données trois cents quarante neuf références. Le détail de ces références par bases de données se trouve dans le tableau 5. Après un premier tri en fonction du titre et du résumé, ainsi que du type de publication, quatre-vingt sept articles ont été gardés pour une lecture plus attentive. *Web of sciences* nous a présenté des documents majoritairement hors-sujets. *PsycInfo* nous a fourni des résultats plus adaptés.

Les bases de recommandations ne nous ont pas amené de références concernant la formation des étudiants, mais nous pouvons souligner que parmi les résultats des bases américaine et française se trouvaient dans chacune un commentaire sur le même article. Il s'agissait d'une publication du *JAMA* trouvée via *pubmed*, concernant une formation à la pleine conscience (*mindfulness*) (Krasner et al. 2009). Les recommandations sur la relation médecin-patient concernaient toutes des situations particulières (éducation thérapeutique dans une pathologie donnée, consultations d'annonces, pédiatrie..).

**Tableau 5 : résultats bruts et après une première exclusion des doublons et hors sujets par bases de données consultées :**

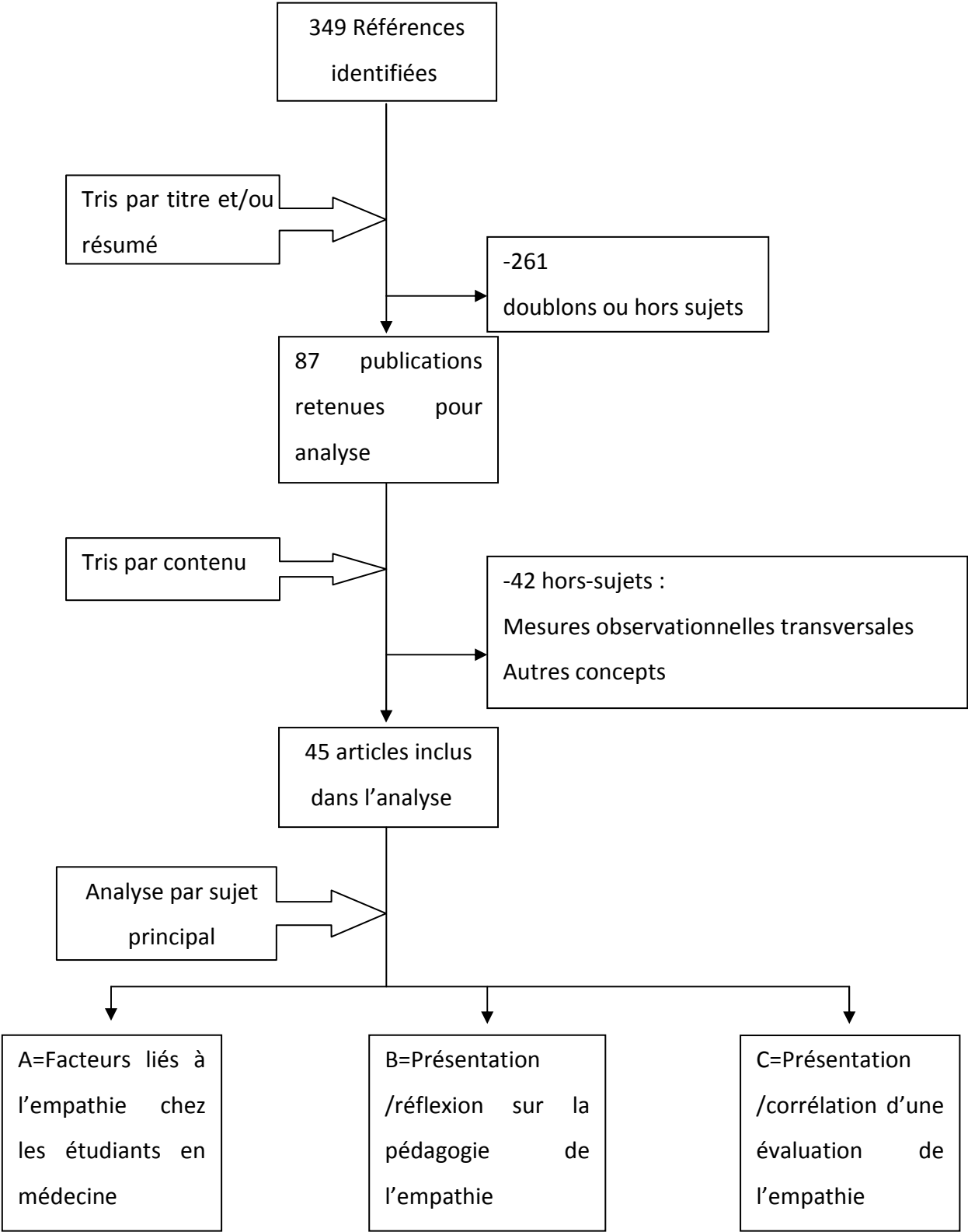
<b>Bases de données</b>	<b>Résultats brut</b>	<b>Retenus après exclusion des doublons et hors-sujets</b>
<b>Pub med</b>	98	62
<b>CISMeF</b>	6	1
<b>PASCAL</b>	13	2
<b>FRANCIS</b>	2	1
<b>ERIC</b>	16	4
<b>Web of sciences</b>	105	10
<b>PsycInfo</b>	43	5
<b>BDSP</b>	28	2
<b>EMConsulte</b>	31	0
<b>Cochrane library</b>	4	0
<b>cairn</b>	0	0
<b>bases de recommandation</b>	3	0
<b>Total :</b>	<b>349</b>	<b>87</b>

Quarante cinq références ont été sélectionnées lors du deuxième tri. Elles ont été classées en trois grands sujets principaux. En A, onze références évaluaient l'empathie et/ou d'autres facteurs présents au cours des études médicales à la recherche d'une corrélation ou d'une émergence en analyse qualitative. En B, vingt-deux références concernaient la pédagogie de l'empathie, soit en présentant, voire en évaluant, une formation s'adressant à promouvoir l'empathie, soit en définissant des concepts et des avis d'enseignants sur l'empathie dans la formation médicale. En C, douze références cherchaient à tester des évaluations de l'empathie, éventuellement en cherchant une corrélation avec des résultats d'autres mesures ou d'examens académiques. L'ensemble du processus d'analyse des résultats est présenté dans la figure 3.

Le tableau présentant ces quarante cinq articles et les données principales extraites est consultable en Annexe 3.



Figure 3 : processus de sélection des résultats



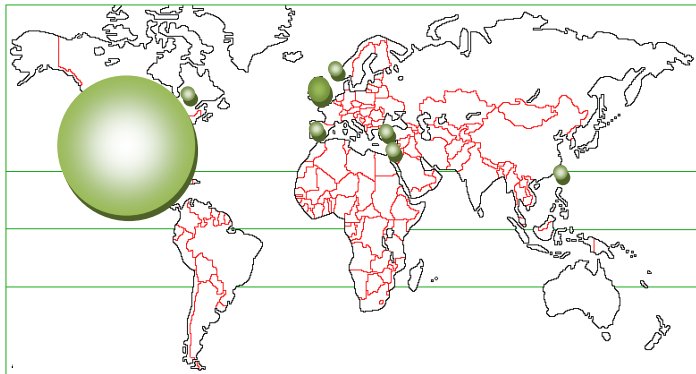
Les articles jugés hors sujets lors du second tri étaient :

- Une sous-analyse d'une publication retenue, sur des critères jugés non pertinents pour notre sujet (genre et critères ethniques) ;
- Des mesures uniques de l'empathie, sans aborder les facteurs l'influençant autre que l'année d'étude et de façon transversale donc peu pertinentes. Ces articles étaient principalement des publications sur la validation de versions étrangères de la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). Cette échelle a été traitée dans sa version originale dans d'autres articles retenus et sa version française n'a pas fait l'objet d'une publication ;
- Des articles de théorie qui concernaient l'empathie en médecine mais sans considération sur son enseignement ;
- Focalisés sur des enseignements différents conceptuellement avec l'empathie (par exemple s'excuser, gérer les émotions d'autrui) ;
- Focalisés sur d'autres concepts comme la notion de *care*, le respect, la compassion.

## I.3 Présentation des résultats par méthodologie, lieu de l'étude et sujet principal abordé :

### I.3.1 Pays d'origine

76% des articles sélectionnés ont été écrits par des auteurs travaillant dans des facultés américaines. Parmi ces trente-cinq références, cinq provenaient d'auteurs affiliés au *Jefferson Medical College*, dépositaire de la *Jefferson Scale of Physician Empathy* dont le Professeur Hojat est le principal instigateur. Deux articles américains avaient été écrits par des médecins de la Mayo Clinic, et étaient des études affiliées à la *Mayo Internal Medicine Well-Being Study* (Mayo IMWELL Study).



Seules trois références provenaient de pays « non-occidentaux ».

Le détail de ce résultat est présenté dans le tableau 6.

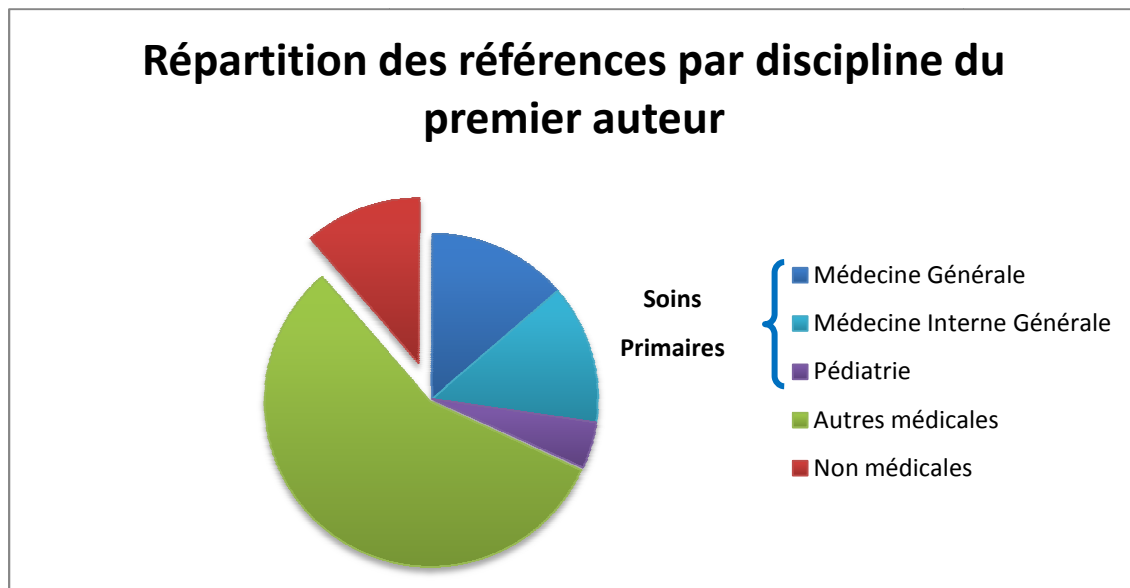
**Tableau 6 : résultats par provenance géographique**

	Pays	Université	Articles
Amériques	USA	Mayo Clinic College of Medicine	(Thomas et al. 2007) (C. P. West et al. 2007)
		Jefferson Medical College	(K. Berg et al. 2011) (Glaser et al. 2007) (Hojat et al. 2009) (Kane et al. 2007) (Pohl, Hojat, et Arnold 2011)
		Autres	(Bonvicini et al. 2009) (Brazeau et al. 2010) (Bunn et Terpstra 2009) (D. Chen et al. 2007) (D. C. R. Chen, Pahilan, et Orlander 2010) (Colliver et al. 2010) (Committee on Ethics of the ACOG 2011) (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Deladisma et al. 2007) (Dow et al. 2007) (Forrest 2011) (Garden 2009) (Joachim 2008) (Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Klitzman 2006) (Krasner et al. 2009) (Michalec 2010a)(Michalec 2010b) (Newton et al. 2008) (Riess et al. 2011) (Rosen et al. 2006) (Rosenthal et al. 2011) (de Schweinitz 2008) (Johanna Shapiro et al. 2006) (Johanna Shapiro 2008) (Stepien et Baernstein 2006) (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008) (Wear et Varley 2008) (Winseman et al. 2009) (Wiecha et Markuns 2008)
	Canada	(B. Maxwell et Racine 2010)	
Europe	Angleterre		(Austin et al. 2007) (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007) (Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)
		Espagne	(Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008)
	Norvège	(R. Pedersen 2010)	
Moyen-Orient	Israël	(Muszkat et al. 2010)	
	Turquie	(Harlak et al. 2008)	
Asie	Taïwan	(Lin, Hsu, et Chong 2008)	

### I.3.2 Spécialité du premier auteur :

La discipline et la spécialité du premier auteur de chaque article ont été vérifiées. Ces informations n'étaient pas disponibles systématiquement pour tous les auteurs collaborateurs de l'article. Dans 88% des références, le premier auteur était un médecin, dont un tiers (36%) était des médecins de soins primaires<sup>1</sup>.

**Figure 4 : Discipline des auteurs**



Le détail de ce résultat est présenté dans le tableau 7.

<sup>1</sup> La classification américaine de « *primary care physician* » retenue dans certains articles est utilisée ici. Elle inclut la médecine générale (*family medicine or general practice*), la médecine interne générale et la pédiatrie. La médecine d'urgence est exclue car focalisée sur les soins aigus sans suivi ([http://en.wikipedia.org/wiki/Primary\\_care\\_physician](http://en.wikipedia.org/wiki/Primary_care_physician)).

**Tableau 7 : résultats présentés par discipline du premier auteur**

discipline	spécialités	articles
Médicales-soins primaires	Médecine générale ou médecine de famille	(Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008) (Glaser et al. 2007) (R. Pedersen 2010) (de Schweinitz 2008) (Johanna Shapiro et al. 2006)(Shapiro 2008) (Wiecha et Markuns 2008)
	Médecine interne	(D. Chen et al. 2007) (D. C. R. Chen, Pahilan, et Orlander 2010) (Dow et al. 2007) (Krasner et al. 2009) (Stepien et Baernstein 2006) (Thomas et al. 2007) (C. P. West et al. 2007)
	Pédiatrie	(Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Pohl, Hojat, et Arnold 2011)
Médicales-autres	Chirurgie	(Deladisma et al. 2007)
	Gynéco-obstétrique	(Committee on Ethics of the ACOG 2011)
	Médecine d'urgence	(Lin, Hsu, et Chong 2008)
	Psychiatrie	(Bunn et Terpstra 2009) (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Forrest 2011) (Hojat et al. 2009) (Joachim 2008) (Klitzman 2006) (Riess et al. 2011) (Winseman et al. 2009)
	Autres spécialités médicales	(Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007) (Newton et al. 2008)
Non médicales	Spécialités non précisée ou autres (éducation médicale, communication en santé..)	(K. Berg et al. 2011) (Bonvicini et al. 2009) (Brazeau et al. 2010) (Colliver et al. 2010) (Harlak et al. 2008) (Kane et al. 2007) (Muszkat et al. 2010) (Rosen et al. 2006) (Rosenthal et al. 2011) (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008) (Wear et Varley 2008)
	Philosophie/éthique	(Garden 2009) (B. Maxwell et Racine 2010)
	Psychologie	(Austin et al. 2007) (Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)
	Sociologie	(Michalec 2010a) (Michalec 2010b)

### I.3.3 Méthodologie des articles

Les références par type méthodologique sont présentées dans le tableau 8. Pour la recherche sur les formations à l'empathie, le type de publication le plus utilisé était les études de type « avant/après », parfois avec deux groupes comparatifs (formation X versus formation Y ou absence de formation). Une publication a utilisé la méthodologie des essais cliniques, avec une randomisation des participants volontaires en deux groupes (formés/non formés) et l'introduction d'un « aveugle », l'évaluateur, en plus du patient qui ne sait pas à quel groupe appartient son médecin. La méthodologie de la recherche sur l'évaluation de l'empathie et ses corrélations chez les étudiants en médecine était plus fréquemment une étude transversale.

Nous avons utilisé le terme de cohorte pour le suivi d'un groupe avec des mesures longitudinales des critères principaux, quelque soit la durée de ce suivi (de une à trois années d'étude).

Seules deux études étaient multicentriques, réalisées simultanément dans différentes facultés de médecine : (Deladisma et al. 2007) et (Thomas et al. 2007).

**Tableau 8 : résultats par méthodologie**

	Qualitatives		mixte	Quantitatives							Guidelines Ou Avis d'experts	
	Etudes originales	revue		revues	transversales	rétrospective	prospectives					RCT <sup>1</sup>
							cohorte		comparatives			
							simple	Avant/après	simple	Avant/après		
<b>A</b>	(Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Winseman et al. 2009)		(Michalec 2010b)	(Colliver et al. 2010)	(Brazeau et al. 2010) (Thomas et al. 2007)	(Newton et al. 2008)	(Hojat et al. 2009) (Rosen et al. 2006)		(Michalec 2010a)		(Shapiro 2008)	
<b>B</b>	(Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Klitzman 2006) (Lin, Hsu, et Chong 2008) (Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)	(R. Pedersen 2010)		(Stepien et Baernstein 2006)				(Harlak et al. 2008) (Krasner et al. 2009) (Muszkat et al. 2010) (Riess et al. 2011)		(Bunn et Terpstra 2009) (Dow et al. 2007) (Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008) (Rosenthal et al. 2011) (Johanna Shapiro et al. 2006) (Wiecha et Markuns 2008)	(Bonvicini et al. 2009)	(Forrest 2011) (Garden 2009) (Joachim 2008) (B. Maxwell et Racine 2010) (de Schweinitz 2008) (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)
<b>C</b>				(Hemmerding et al. 2007) (Stoddart et Lilford 2007)	(Austin et al. 2007) (K. Berg et al. 2011) (Deladisma et al. 2007) (Glaser et al. 2007) (Kane et al. 2007)		(D. C. R. Chen, Pahilan, et Orlander 2010)	(Pohl, Hojat, et Arnold 2011) (C. P. West et al. 2007)			(Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008) (Wear et Varley 2008)	

A= recherche des facteurs corrélés à l'empathie ; B= recherche sur la pédagogie de l'empathie en médecine ; C= recherche sur l'évaluation de l'empathie

<sup>1</sup> RCT : *Randomised Controlled Trial* = étude randomisée contrôlée



## II L'empathie : définition et importance

### II.1 Plusieurs définitions

#### II.1.1 Éléments d'analyse de ces définitions

Nous avons extrait de chaque article le ou les phrases définissant l'empathie, lorsque cela était possible. L'analyse de ces définitions a été faite en s'appuyant sur les différents niveaux de définition utilisés par M. Sicard dans sa thèse (M. Sicard 2009).

*« Les discours sur l'empathie définissent à la fois **la notion** telle qu'elle est théorisée, **le ou les phénomène(s)** tels qu'ils sont expérimentés et **la valeur** ou les résultats/effets qui leur sont attribués. Le dégagement de ces niveaux peut paraître relever de l'artifice, un phénomène ne pouvant être pensé indépendamment de la notion et des valeurs qui lui sont attribuées. Cependant, cette distinction clarifie l'analyse et rend compte de la diversité des propos sur l'empathie, issus d'une différenciation ou d'une condensation de ces niveaux »* (ibid.)

Les concepts associés à l'empathie dans ces définitions ont également été dégagés.

#### II.1.2 Quatre éléments de définition du concept

L'empathie était fréquemment définie sur la base de ces quatre éléments:

**Empathie affective/émotionnelle**

**Empathie cognitive**

**Motivation à être en empathie/empathie morale/éthique de l'empathie**

**Empathie comportementale/action empathique**

On les retrouvait par exemple dans cette définition :

*« Definition of empathy, understanding or appreciating how someone else feels, expanded in the clinical context to include emotive, moral, cognitive, and behavioral dimensions. (1) emotive, the ability to imagine patients' emotions and perspectives; (2) moral, the*

*physician's internal motivation to empathize; (3) cognitive, the intellectual ability to identify and understand patients' emotions and perspectives; and (4) behavioral, the ability to convey understanding of those emotions and perspectives back to the patient.[...]emotional engagement, not just intellectual understanding, is crucial for effective empathy » (Stepien et Baernstein 2006).*

Ces quatre éléments n'étaient pas toujours tous présents ni de valeur égale dans les diverses définitions de l'empathie trouvées.

Hojat et les auteurs qui le citent mettaient en avant la composante **cognitive** de l'empathie. Ils excluaient de leur définition la caractéristique **émotionnelle**, de l'empathie.

Cette composante **cognitive** était quasiment toujours présente. Certains auteurs ne citaient pas la **motivation** ou l'**action** comme faisant partie de leur définition.

### II.1.3 Les phénomènes explicatifs

Les quatre éléments de définition étaient fréquemment explicités par les phénomènes pratiques qu'ils impliquent.

L'empathie cognitive passe par une **compréhension** de l'expérience du patient : ses pensées, sentiments, représentations, actes. « *Empathy was explained as the capacity to understand the thoughts, emotions, and behavior of another* » (Fernández-Olano et al. 2008).

Une des bases de cette compréhension est l'**imagination**, pour Teherani mécanisme émotionnel, pour Newton base du traitement cognitif de l'empathie. Pour les autres, l'imagination explique l'empathie comme un tout: "*Empathy is the process through which one attempts to project oneself into another's life and imagine a situation from his or her point of view*" (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011). On trouve également dans cette définition l'idée de **se mettre à la place** du patient, aussi présente chez Hemmerdinger et al. « *by placing oneself in their situation* » ou chez Winseman et al..

Cette compréhension est parfois remplacée par une **conscience de** comme chez Kind : « *the clinician's awareness of the patient's concerns* ».

Les phénomènes de « *vicariously sharing/experiencing* », d' « *inner resonance* » et d'« *attunement* » que l'on trouvait dans les articles suivants (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Dow et al. 2007) (Lin, Hsu, et Chong 2008) (Garden 2009), ont été traduits et regroupés sous le phénomène de « **résonance** ».

L'empathie impliquerait pour Michalec une **sensibilité** : « *To be empathic requires heightened levels of cognitive and emotional sensitivity* » (Michalec 2010a).

La composante de mise en action de l'empathie était particulièrement soulignée par certains, que ce soit par le fait de **réfléter, transmettre au patient notre compréhension** ou par le fait d'**agir de façon thérapeutique** : « *both a capacity to communicate this understanding and an intention to help by preventing and alleviating pain and suffering* » (K. Berg et al. 2011).

Ce phénomène était parfois inclus dans le **processus empathique** ou plusieurs phases agissent en **boucle** (successivement ou simultanément) et incluent la participation du patient dans un phénomène plus ou moins conscient de **rétroaction** : « *Development of empathy is a multi-phase process rather than a single event. [...]Empathy involves an inner resonance phase within the physician, a communication phase wherein the physician conveys their empathic feelings to the patient, and a reception phase in which the patient recognizes the physician's expression of empathy* » (Lin, Hsu, et Chong 2008); de **vérification** : « *to communicate that understanding and check its accuracy* » (Neumann et al. 2009); ou de **partage** : « *a shared understanding of the patient's response to illness* » (Deladisma et al. 2007).

Trois auteurs citaient le **processus de différenciation entre soi et autrui** dans leur définition : « *the capacity to experience the feelings of another, while simultaneously maintaining a sense of separateness* » (Winseman et al. 2009).

## II.1.4 Valeurs associées à l'empathie

Nous avons identifié trois groupes de valeurs associées à l'empathie :

### **Authenticité/façade :**

Une forme d'empathie « en surface » était présentée comme utile et une des formes « d'entraînement » à la relation empathique : « *empathy as a form of "emotional labor" requiring surface and/or deep acting* » (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008).

Pour Wear par exemple, être en empathie nécessitait une authenticité absente en situation de jeux de rôle (Wear et Varley 2008).

### **De façon exacte / de façon appropriée : *Accurate/appropriate***

Ces deux « grades » d'expression de la compréhension empathique apparaissaient dans nos résultats. Pedersen définissait l'empathie comme « une compréhension appropriée » du patient, alors que pour Norfolk par exemple, cette compréhension du médecin « a besoin d'être exacte ».

### **Moyen/objectif**

Cette notion d'exacitude se trouvait également dans certaines définitions présentant l'empathie comme un objectif: « *to understand and accurately predict that person's thoughts, feelings and actions* » (Newton et al. 2008).

Colliver définissait l'empathie comme un moyen pour que la rencontre soit thérapeutique : « *an understanding that is thought to generate confidence and trust in the doctor-patient relationship and to promote effective treatment and healing* » (Colliver et al. 2010).

## II.2 Les références de ces définitions

Neufs auteurs ont référencé des psychologues, des sociologues voir le dictionnaire comme source pour définir l'empathie. Les trente-quatre autres citaient exclusivement des articles médicaux en référence à leur définition de l'empathie.

## II.3 Concepts liés à l'empathie

Les concepts suivants complétaient ou entraient dans la définition de l'empathie. Ils étaient souvent utilisés dans le but de clarifier la place de l'empathie dans le cadre de la pratique, et de la formation médicale.

Ils étaient amenés dans la définition soit par leur opposition, soit par leur complémentarité avec l'empathie.

### II.3.1 Par opposition

Les concepts suivants étaient utilisés pour définir l'empathie par opposition. Ils définissaient ce qu'elle n'est pas :

- De la **sympathie**, notamment dans la définition de Hojat qui lui attribuait le caractère affectif, par distinction avec une empathie uniquement cognitive : « *This definition distinguishes not only the concept of empathy (as a cognitive attribute) from sympathy (as an emotional or affective attribute)[...]* » (Glaser et al. 2007). D'autres mettent en garde contre la possible confusion entre empathie et sympathie (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007) (Neumann et al. 2009).
- De la **contagion émotionnelle**: "*Although clinical empathy does not promote emotional contagion, there are emotional aspects to the clinical empathy experience*"(Michalec 2010b).

### II.3.2 Par association

Pour le “bon fonctionnement” de l’empathie:

**Engagement**

**Éthique**

**Congruence**

**Cultural humility**<sup>1</sup> (de Schweinitz 2008) et (Garden 2009)

**Ecoute active** (Teherani, Hauer, et O’Sullivan 2008)

**Curiosité**

**Présence/attention**

**Assertiveness**<sup>2</sup>

Pour accompagner son action :

**Intelligence émotionnelle**

**Besoins**

Concepts parfois présentés comme complémentaires :

**Altruisme**

**Compassion**

## II.4 Une place certaine

Aucun article ne remettait en cause l’idée que l’empathie soit un élément de la relation médecin-patient. L’empathie était présentée comme « *vitale* » (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Dow et al. 2007), « essentielle » (Bonvicini et al. 2009) (Newton et al. 2008) (Winseman et al. 2009), ou comme « clé » de la relation médecin-patient (Norfolk, Birdi, et Walsh 2007).

---

<sup>1</sup> « *culture de l’humilité* » : un élément de la « culture des compétences » qui définit ici l’humilité comme un engagement à l’auto-réflexion, à la critique, à l’analyse réflexive et à l’apprentissage continu (*lifelong learning*).

<sup>2</sup> « assertivité » : s’affirmer tout en respectant autrui. Il s’agit de se respecter soi-même en s’exprimant directement, sans détour, mais avec considération et de refuser les comportements d’agression, de domination et de manipulation.

L'empathie était un des éléments centraux du professionnalisme pour Chen et al., Thomas et al. et West et al.. Comme le soulignait Maxwell :« *les médecins de soins primaires doivent faire l'effort d'être en empathie avec leurs patients en le considérant comme une responsabilité professionnelle* » (B. Maxwell et Racine 2010).

### **III Facteurs liés au développement de l'empathie au cours de la formation médicale**

La plupart des auteurs s'appuyait sur le constat d'une diminution de mesure de l'empathie au cours de la formation médicale. Tout en proposant des pistes pour son développement, ils se penchaient également sur ce qui pourrait être corrélé à cette baisse. Plusieurs facteurs étaient évoqués en corrélation avec cette diminution : facteurs internes (personnels) et facteurs externes (environnement, contexte psychosocial professionnel).

#### **III.1 La formation médicale**

##### **III.1.1 Le « curriculum caché » et les « role models »**

La moitié des articles retenus faisaient mention du concept de *hidden curriculum*. Sa définition, ainsi que les autres éléments du cursus médical étaient explicités distinctement dans l'un des articles (Newton et al. 2008) :

- Le « *curriculum formel* » correspond à la maquette des enseignements théoriques et pratiques proposés : contenu des cours, organisation des matières et de leurs évaluations, partage du temps entre théorie et pratique...
- Le « *curriculum informel* » est l'enseignement non formalisé, principalement sous forme de relation interpersonnelle entre professeurs et étudiants, qu'il s'agisse de discussions « *de couloirs* » avec les enseignants entre les cours magistraux ou de la formation donnée au lit du malade.

- Le « *curriculum caché* » est l'« *ensemble d'influences qui ont lieu au niveau de la culture, de l'organisation des structures éducatives* » (Newton et al. 2008). Il désigne « l'imprégnation » dans le milieu médical : expériences vécues dans la pratique, façon de réagir, de s'exprimer (verbalement ou non) des soignants et des enseignants, façon de parler des et aux patients, de présenter des cas, gestion du travail en équipe, etc. La distinction entre curriculum « caché » et « informel » n'était pas toujours faite.

Dans le meilleur des cas, ce curriculum caché était cité comme une bonne influence dans la formation des médecins : *“In most instances this informal curriculum models positive behavior, including empathy. These positive influences include attending physicians, residents, nurses, and other personnel who take time to listen, communicate with patients, and understand what each individual patient is experiencing with her illness. However, negative role models can contribute problematic aspects to the hidden curriculum”* (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011).

Cependant il apparaissait plus fréquemment pour son influence négative, ce qui posait problème car :

*“Medical students often learn values from attending physicians implicitly by modeling, rather than through explicit communication [...]. Much of doctor–patient relationships and communication was best inculcated not explicitly through lectures, but implicitly through role modeling”* (Klitzman 2006).

Ce résultat était confirmé dans une revue qui constatait également que « *la possible influence négative des curriculums informels et cachés sur le développement de l'empathie et de la moralité chez les étudiants est relativement souvent mentionnée dans la littérature sur le professionnalisme médical* » (R. Pedersen 2010).

La notion de *role models* venait en complément du curriculum caché. Des modèles positifs, tels que ceux décrits par l'ACOG précédemment, auraient le plus d'influence sur l'apprentissage et le développement d'attitudes professionnelles et de l'empathie chez les étudiants (Johanna Shapiro 2008). Ce que confirme l'enquête de Winsemann auprès d'internes : les expériences cliniques et de compagnonnage qui montrent et valorisent des



comportements empathiques ressortaient comme le groupe de facteurs le plus influant sur leur capacité d'empathie (Winseman et al. 2009). Plusieurs auteurs soulignaient que les capacités des enseignants<sup>1</sup> à montrer de l'empathie et à être attentifs à son manque de la part d'un étudiant ou d'un autre soignant pourraient être cruciales pour le développement d'une motivation et d'une attitude empathique. Une étude avait utilisé une échelle d'évaluation de la fréquence à laquelle douze comportements définis comme professionnels sont observés chez les autres étudiants et les médecins au cours des stages (Brazeau et al. 2010).

Plus simplement, observer et interagir avec des soignants qui prennent le temps d'écouter et de parler avec le patient, de le considérer comme une autre personne et pas uniquement un malade est « *important pour apprendre comment être un médecin* » (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011).

### III.1.2 Curriculum formel et dichotomie perçue dans la culture médicale

Dans des entretiens, des médecins devenus patients décrivaient un « *large écart* » entre les connaissances acquises par la formation et celles acquises par leur double expérience de médecin et de malade (Klitzman 2006).

Ce fossé a été constaté dès le début de la formation médicale, où le processus de « socialisation » des étudiants, c'est-à-dire leur découverte du milieu médical et de ses codes était concomitant à une diminution d'une mesure de l'empathie (Michalec 2010b). Ce processus avait lieu avant même les premiers pas à l'hôpital, du fait par exemple de la façon de parler des patients, de présenter des cas cliniques, ainsi que du contenu des examens demandant presque exclusivement la mémorisation de données biomédicales.

Pedersen constatait que « *la dichotomie entre sciences naturelles et sciences humaines où les « deux cultures » semble persister au sein de l'enseignement médical. L'absence d'une intégration des ces deux aspects et la dominance du domaine biomédical font que l'aspect « humain » de la pratique est maintenu à la périphérie et traité comme un à côté* » (R. Pedersen 2010). Il surnommait cela un « *regard en double-aveugle* » qui sépare la

---

<sup>1</sup> Enseignants au sens large, surtout dans le cadre de la pratique : internes, chefs de clinique, maitres de stage...

connaissance biomédicale indispensable de l'expérience humaine du soin, vécue aussi bien du côté du patient que du médecin. Selon une enseignante de soins primaires : « *il ne s'agit pas de dire que le modèle biomédical est devenu superflu alors qu'il permet avec succès d'améliorer ou de guérir un nombre incroyable de pathologies* ». Ce qui était remis en question était sa prédominance dans tous les aspects du soin, y compris relationnels. Ce modèle conduirait par excès à une « *idéalisation de la perfection de la santé, de la maîtrise de la maladie* » qui stigmatiserait certains patients et ne serait pas adapté à toutes sortes de situation aiguës, bénignes ou chroniques (Johanna Shapiro 2008). Pour Forrest, dans ce contexte, la confrontation avec la mort et la maladie lors de la formation médicale conduisait à un équivalent de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder*) (Forrest 2011).

Dans une autre revue il était dit que la communication médecin patient n'est pas « *prise au sérieux* », qu'elle est « *enseignée d'une façon superficielle* » et basée sur des « *formules* » qui « *ne rendent pas compte de la complexité que requiert réellement cette communication* » (Wear et Varley 2008).

Si des formations spécifiques étaient proposées, elles ne semblaient pas toujours valorisées par les étudiants de première année qui préféraient se consacrer aux matières fondamentales sur lesquelles porteront leurs examens. « *Les examens représentent les connaissances valorisées par la faculté, le milieu médical.* » Michalec citait ici le concept de « *testing effect* » résumé par la formule « *assessment drives learning* ». « *It could be argued that many students did not see the psycho-social aspects of patients as "real things" that they need to learn. They may feel that clinical empathy is important to engage in and is an important ingredient in positive doctor-patient relations, as a majority of them expressed during their interviews, but given that it is not formally evaluated, and that the discussions of these topics declines over the course of the year, students focus more intently on what is truly valued by the institution, that which is tested and consistently addressed in small groups, labs, and lectures* » (Michalec 2010b).

Les étudiants constataient ce paradoxe: d'une part un discours sur l'importance de la relation et quelques enseignements autour des aspects psycho-sociaux des soins, de l'autre

la culture médicale où le modèle biomédical prédominerait dans les cours comme dans la pratique. Le manque de valorisation de ces cours, diminuant en volume et non évalués, ainsi que la confrontation possible à des modèles ne les mettant pas en pratique et ne donnant pas l'occasion d'expérimenter aggraverait cet écart. Différents auteurs avançaient que ce paradoxe jouerait un rôle dans la diminution de l'empathie en dévalorisant dans les faits ce qui est dit aux étudiants (Garden 2009) (Newton et al. 2008). Ces enseignements ponctuels étaient alors qualifiés de « *lieu commun* », « *être gentil et communiquer* », voire de « *perte de temps* » où « *tout est regroupé en une fois et après on passe à autre chose* », « *pas intégré au reste* », « *vite oublié* » (Michalec 2010b).

Il y avait un appel à considérer la façon dont l'acquisition des connaissances biomédicales joue un rôle dans la formation de la perception et du raisonnement médical, ce raisonnement incluant l'empathie et la réflexion éthique (Forrest 2011) (Garden 2009) (B. Maxwell et Racine 2010) (R. Pedersen 2010).

### III.1.3 Environnement culturel

Shapiro allait plus loin en analysant les effets de la culture occidentale, et de la façon dont nous nous représentons la santé et la maladie, sur l'empathie, représentations à connaître pour les aborder au cours de la formation médicale. L'idéalisation de la santé, de la productivité individuelle, la peur de la contagion, la perception de la maladie comme une punition, la recherche inconsciente de « boucs émissaires », une valorisation « technicienne » de la médecine, son idéalisation, l'idée qu'elle pourrait à terme supprimer la maladie, le handicap, la mort étaient autant de facteurs avancés qui appuient une séparation nette entre la santé et la maladie, et la perception de la maladie dans le seul modèle biomédical (Johanna Shapiro 2008).

Un neuropsychiatre citait des « cultures traditionnelles et autoritaires » pour décrire l'environnement social des étudiants et expliquer le rejet des émotions dans une logique cartésienne (Forrest 2011).

### III.2 Facteurs inhérents au métier de médecin

Des « *facteurs de stress* » lors de l'apprentissage et de la pratique médicale étaient parfois corrélés dans leur mesure à celle de l'empathie.

Certains sont des aspects négatifs du *hidden curriculum* comme « *un environnement de travail hostile* », d'autres liés à la culture médicale qui pousse à une « *désensibilisation* », « *banalisation de la mort, de la souffrance* » et à « *intellectualiser* », « *se couper des émotions* » (les siennes et celles des autres) (Winseman et al. 2009). Cette « *norme* » du détachement était parfois nommément remise en cause (Colliver et al. 2010)(Committee on Ethics of the ACOG 2011) (B. Maxwell et Racine 2010), alors que « *se percevoir comme empathique pourrait être un attribut négatif pour faire face aux facteurs de stress rencontrés* » (Michalec 2010a). L'exposition dès les premiers stages à des pathologies lourdes et uniquement en hospitalisation, sans voir de patients guéris ou en rémission, était un facteur donné comme modulable. Un neuropsychiatre avait étudié et analysé les rêves des étudiants en médecine dans lesquels les thèmes de la mort et du deuil d'un bébé « *introjecté* » revenaient fréquemment, comme indicateur de la « *vulnérabilité émotionnelle des étudiants* » (Forrest 2011)

D'autres facteurs sont indissociables du métier choisi : être confronté à l'urgence, à la mort, à la pression des attentes des patients et/ou de la société, mais aussi à la masse de connaissances à acquérir, à la compétitivité des examens, au manque de sommeil (Michalec 2010a).

Les difficultés à faire face à ces stress conduisaient parfois à un épuisement professionnel mesuré et significativement corrélé à une mesure de l'empathie (Brazeau et al. 2010) (Rosen et al. 2006) (Thomas et al. 2007) alors qu'une formation montrait améliorer significativement à la fois cet épuisement et l'empathie (Krasner et al. 2009).

L'influence supposée de ces facteurs de stress sur les médecins en formation, la transmission d'une « *norme* » du détachement et l'exposition à un « *curriculum caché* » négatif modèleraient des générations de médecin, ce qui a été nommé « *transmission transgénérationnelle d'un trauma* » par (Joachim 2008). « *Si le stress de la formation*

*médicale pourrait ne pas être la cause directe de la diminution de l'empathie observée, les étudiants peuvent s'adapter à ce stress en limitant leurs réactions empathiques pour se rendre moins vulnérables »*(Michalec 2010a).

Tout comme dans les éléments sur la dichotomie de la culture médicale, la question que posaient ces auteurs n'était pas de comment supprimer ces facteurs de stress mais de comment transmettre des stratégies positives pour y faire face, qui renforcent plutôt qu'éroder les qualités humaines et relationnelles des médecins en formation. Il était suggéré d'intervenir en soutenant les éléments efficaces de la gestion de ces facteurs de stress ; en valorisant les comportements positifs, responsabilisant les étudiants.

### **III.3 Facteurs personnels**

La confrontation à la culture médicale conduisait à un rejet plus ou moins conscient de leurs propres émotions par les étudiants, et à une résistance à l'apprentissage des compétences émotionnelles (*affective learning*) (Forrest 2011).

Des réflexions sur « *me souvenir pourquoi j'ai voulu devenir médecin* », « *changer la vie d'un patient* », « *recevoir les remerciements d'un patient ou de ses proches* » influençaient positivement la motivation à être empathique (Winseman et al. 2009).

Qualité de vie, bien-être, vie relationnelle étaient des facteurs retrouvés pour leur corrélation avec le niveau d'empathie (Neumann et al. 2009) (Thomas et al. 2007) (C. P. West et al. 2007) (Winseman et al. 2009).

Pour quelques médecins, devenir patient eux-mêmes leur avait beaucoup appris « *Illness taught them what books failed to* » (Klitzman 2006).

Dans l'idée que ce qui importe ici serait plus la façon de réagir à une situation, la formation médicale, que la situation elle-même, les notions de « *self-awareness* » (*conscience de soi*) et de « *self-care* » apparaissaient comme des outils possibles pour le développement de l'empathie (Joachim 2008) (Krasner et al. 2009) (Stepien et Baernstein 2006). Les étudiants étaient invités « *to take themselves into account* » (Forrest 2011).

D'autres aspects en lien avec la vie personnelle étaient soulignés : le fait de ressentir de l'aversion pour un patient, d'avoir des préjugés, les différences culturelles ou au contraire une proximité d'expérience influeraient sur les possibilités d'être en empathie (Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008) (Garden 2009) (Kind, Everett, et Ottolini 2009).

Tout en notant la présence et l'influence possible de ces facteurs sur la capacité à être en empathie, nous avons trouvé dans nos résultats des éléments pour répondre à nos interrogations sur son enseignement.

### III.3.1 Des appels pour l'enseignement de l'empathie

#### *a) Enseigner l'empathie*

La culture médicale et ces aspects « cachés » du curriculum font que « *l'empathie est considérée comme une composante essentielle d'une relation thérapeutique, mais n'est pas un résultat prévisible de la formation médicale* » (Winseman et al. 2009).

Parmi nos résultats, certaines mesures longitudinales montraient une diminution significative d'une mesure de l'empathie : JSPE<sup>1</sup> lors de l'externat chez (Hojat et al. 2009) et dès les années précliniques chez (Michalec 2010b), IRI chez (Rosen et al. 2006) et (C. P. West et al. 2007), BEES chez (Newton et al. 2008). Une revue minimisait l'ampleur de ces résultats (Colliver et al. 2010). Une autre revue affirmait que cette diminution s'accompagnait d'une « *relative stagnation du développement de la réflexion morale* » mais ne devrait pas être généralisée à l'ensemble des comportements de chaque étudiant car elle dépendait plus d'un *décalage empathique* que d'une absence de disposition à l'être (B. Maxwell et Racine 2010).

---

<sup>1</sup> Les échelles d'auto-mesure nommées ici : JSPE, IRI, BEES sont traitées plus loin et certaines sont consultables dans l'annexe 6

Si des formations à l'empathie et autour des aspects relationnels du soin étaient présentées dans nos résultats, il était mis en avant que leur impact dépendait entre autre de la place que ces enseignements tiennent en général dans le cursus médical. Il était souvent constaté qu'il s'agit le plus souvent d'enseignements ponctuels, voire optionnels, subissant les effets positifs ou négatifs du curriculum caché.

« *Profound changes to enhance empathy during medical education should be considered by leaders in medical education as a mandate, not an option, if the public is to be served in the best possible manner. [...] Tangible changes in medical education outcomes can be made by actual implementation of targeted programs, not by simply advocating good ideas* » (Hojat et al. 2009).

« *Many of these activities are already in existence, but too often they exist on the fringes of medical education. Rather than being viewed variously as nice fillips (or annoying wastes of time), they should be treated as central to the heart of medicine* » (Johanna Shapiro 2008).

Les différentes constatations qui ont été faites concernant l'enseignement de l'empathie peuvent être résumées par les propositions :

- D'un enseignement précoce et soutenu,
- Intégré,
- Basé sur l'observation, l'expérimentation et des situations vécues,
- Qui devrait être le sujet d'une réflexion guidée et d'évaluations.

Plus précisément, « *une préoccupation réaliste de la pédagogie de l'empathie dans le champ de la formation médicale éthique doit être le **perfectionnement** de dispositions préexistantes à se soucier d'autrui (other-directed concern). « Plutôt que de chercher à faire acquérir des dispositions empathiques basiques, il est plus productif de perfectionner des dispositions empathiques bien établies* » (B. Maxwell et Racine 2010).

## b) Enseigner ses limites

Pour Garden il était important que les enseignants préviennent les étudiants des limites de l'**imagination** (illusion de savoir pour au lieu de comprendre avec), et rappellent que la fonction de l'empathie est de soutenir le patient, de lui permettre l'autonomie souhaitée et possible dans ses soins (Garden 2009). Pour Maxwell également l'imagination n'était qu'un des moyens disponibles pour favoriser l'empathie, insuffisant seul (B. Maxwell et Racine 2010).

Cet auteur démontrait qu'une des principales limites vient d'un « **décalage empathique** ». Les limites de l'empathie viendrait à la fois d'un manque de régulation, conduisant à des comportements d'aide qui ne sont pas forcément éthiques, et d'une empathie différenciée en raison de biais<sup>1</sup> et de ce décalage. Ce décalage était du :

- A une sensibilité différente aux valeurs considérées (par exemple surestimer l'importance d'un traitement de seconde ligne par rapport à son coût financier insurmontable pour un patient)
- A des résonances individuelles différentes de ses valeurs (un médecin de soins palliatif pourrait être moins sensible aux considérations éthiques de la chirurgie bariatrique)
- Aux caractéristiques du destinataire (âge, niveau socio-économique, mais aussi aspects plus personnels)

Il suggérait de permettre aux étudiants une réflexion critique sur les liens entre l'empathie, le raisonnement médical et la prise de décisions éthiques. « *It requires careful interpersonal discernment, experience, maturity, and practice* » (ibid.)

---

<sup>1</sup> Ceux qu'ils citent sont expliqués dans l'annexe 1



### **III.4 Peut-on enseigner l'empathie ?**

Plusieurs études ont évalué ou discuté l'effet d'une formation sur une ou plusieurs mesures de l'empathie. Ci-dessous voici celles qui avaient démontré une amélioration d'une ou plusieurs mesures de l'empathie, en fonction du niveau de preuve apporté :

#### **Etudes qualitatives :**

(Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010)

(Klitzman 2006)

#### **Accord professionnel:**

(Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011)

#### **Avis d'expert :**

(Garden 2009)

(Joachim 2008)

(Lin, Hsu, et Chong 2008)

(B. Maxwell et Racine 2010)

(Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)

(R. Pedersen 2010)

(Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008)

(Wear et Varley 2008)

#### **Avis isolé:**

(Muszkat et al. 2010)

(Wiecha et Markuns 2008)

#### **Grade C : critère de jugement secondaire= auto-évaluation**

(Bunn et Terpstra 2009)

(Dow et al. 2007)

(Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008)

(Krasner et al. 2009)

(Rosenthal et al. 2011)

(Johanna Shapiro et al. 2006)

**Grade B** : critère de jugement = évaluation par le patient

(Riess et al. 2011)

**Grade A**

(Bonvicini et al. 2009) = essai randomisé, évaluateur en aveugle

(Stepien et Baernstein 2006) = méta-analyse

Dans la méta-analyse de Stepien, l'ampleur de l'effet sur une mesure de l'empathie a été calculé pour chaque étude revue: il allait de 0.45 à 17.8, pour une durée de contrôle jusqu'à 3 ans. « *En dépit de limites dues à de nombreux biais dans ces études, cette revue suggère que des formations ciblées peuvent encourager l'empathie chez les étudiants en médecine. Toutes les études (n=13) sauf une rapportaient une amélioration significative en post-intervention comparé à une mesure antérieure ou à un groupe témoin. Ces changements ont prouvé leur persistance dans le temps.* » (Stepien et Baernstein 2006).

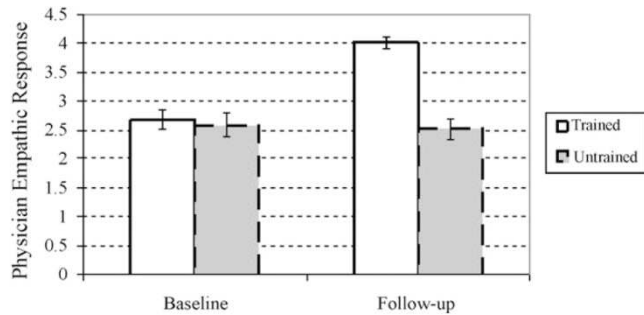
Un résumé des principaux résultats d'un essai randomisé est présenté dans la figure 5. Dans cet essai la répartition des médecins entre le groupe formation et le groupe contrôle était randomisée, l'évaluation de la réponse empathique a été faite à l'écoute de consultations enregistrées avant et dans les 4 mois suivants la formation. L'échelle utilisée pour coder la réponse empathique du médecin était l'Empathic communication Coding System (ECCS)<sup>1</sup>. L'évaluateur ainsi que le patient étaient « en aveugle » par rapport au groupe du médecin (Bonvicini et al. 2009). Cette échelle n'avait pas été retenue par la méta-analyse d'Hemmerdinger.

---

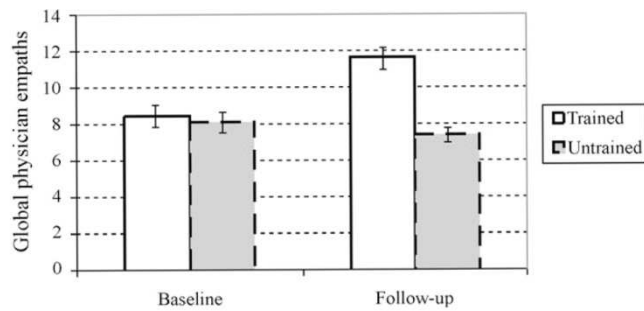
<sup>1</sup> Présentée dans le tableau 30 page 236.

**Figure 5 : évolution de la réponse empathique de médecins avant et après une formation, par rapport à des médecins non formés**

(Bonvicini et al. 2009)



Communication training influence on physician empathic response (ECCS).



Communication training influence on physician global empathy.

Maintenant voyons qu'est-ce qui était enseigné, comment était-ce enseigné et comment était-ce évalué ?

## IV Evaluer l'empathie

Pour mettre en évidence l'effet d'une formation et/ou proposer des outils d'évaluations aux étudiants, des mesures de l'empathie ont été faites. Nous présentons ici les différentes méthodes de mesure collectées dans nos résultats. Certains sont présentés en détail dans les annexes 5 et 6.

## IV.1 Méthodes

### IV.1.1 Auto-évaluation

Une échelle d'auto-évaluation était la méthode de mesure la plus utilisée, et parmi elle l'usage de la JSPE était le plus fréquent, comme résumé dans le tableau 9.

**Tableau 9 : nombre d'utilisation dans des études distinctes des échelles d'auto-évaluation**

Nom de l'échelle	Nombre d'articles l'utilisant pour une étude originale
JSPE: <i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>	14
IRI: <i>Interpersonnal Reactivity Index</i>	3
BEES: <i>Balanced Emotional Empathy Scale</i>	3

La JSPE a été conçue et validée pour le cadre de la pratique médicale. Elle a été utilisée dans deux versions différentes : une version pour les étudiants et une pour les médecins. La différence est uniquement dans la formulation des items : la formulation est à la première personne pour le médecin qui évalue son comportement, « je pense que... » ; elle est indirecte dans le cas de l'étudiant, évaluant plus sa perception du rôle de médecin.

L'IRI et le BEES ont été conçues pour tous, indépendamment d'un cadre professionnel.

Ces trois échelles ont été jugées comme répondant à des critères de validité et de fiabilité, notamment dans une méta-analyse (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007).

### IV.1.2 Evaluation par les pairs

Cette forme d'évaluation a été proposée dans un but pédagogique, pour augmenter cohésion et sens des responsabilités (Austin et al. 2007). Deux études ont montré que les étudiants nominés, (à partir d'une nomination, chaque étudiant pouvant en nommer plusieurs) avaient des scores d'auto-mesure de l'empathie plus élevées (Pohl, Hojat, et Arnold 2011) (Rosenthal et al. 2011). L'étude de Pohl et al. a montré que les nominés avaient

également de meilleures évaluations des six compétences cliniques principales. En retour, être nommé valoriserait une compétence comme l'empathie.

Pour ces nominations, il était demandé d'identifier les étudiants exemplaires sur le plan clinique et humain.

#### IV.1.3 Évaluations par un tiers

Plusieurs auteurs ont développés leur propre grille d'évaluation d'une consultation, qu'il s'agisse d'observer la rencontre avec un patient standardisé (Deladisma et al. 2007) ou la pratique réelle (Dow et al. 2007)<sup>1</sup>. Dans leur essai randomisé, Bonvicini et al avaient choisi une grille d'évaluation de la communication verbale existante, mais jugée insuffisamment validée dans la méta-analyse d'Hemmerdinger.

#### IV.1.4 Évaluation par le patient

Ce « critère » d'évaluation a été défini comme le plus pertinent, et sa mesure par l'échelle CARE, *Consultation and Relational Empathy measure*, retenue pour sa validité et sa fiabilité (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007). Malgré cela, une seule étude de nos résultats a utilisé cette échelle pour évaluer les effets d'une formation (Riess et al. 2011).

Trois études cherchaient à vérifier la corrélation entre la JSPE et une grille créée pour recueillir l'évaluation du patient : la *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) (K. Berg et al. 2011). Un score de corrélation significatif de 0.48 a été mesuré (Glaser et al. 2007). L'analyse factorielle des résultats de ces deux échelles montrait qu'elles ne mesuraient pas les mêmes aspects de l'empathie (Kane et al. 2007).

Une analyse qualitative était utilisée pour tenter de définir ce que le patient perçoit de l'attitude empathique ou non du médecin (Lin, Hsu, et Chong 2008).

---

<sup>1</sup> Ces grilles d'évaluation sont présentées dans l'annexe 5, p. 233 et suivantes, tableaux 28 et 29.

## IV.2 Problèmes évoqués

« *L'empathie est difficile à évaluer de manière quantitative et reproductible* » (K. Berg et al. 2011). L'importance d'évaluer chaque domaine de compétence du médecin séparément et de plusieurs façons étaient fréquemment soulignée (C. P. West et al. 2007). Pour d'autres "*les évaluations engendrent de l'inauthentique*" et le « rush » actuel de la demande d'évaluations de concept comme l'empathie pourrait conduire à une trop grande simplification et un appauvrissement de ce qu'ils représentent (Wear et Varley 2008).

La validité, notamment de contenu et de critères, des auto-mesures de l'empathie, était un sujet de préoccupation (Colliver et al. 2010).

## V Pédagogie de l'empathie

« *Empathy is a skill that can be acquired by practice and should become an habit* » (Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008).

### V.1 Une palette variée

Les formations proposées et/ou évaluées étaient hétérogènes. Tous les niveaux d'études étaient concernés, avec des formations allant de la première année des études médicales à la formation médicale continue. Cette diversité était mise en avant comme répondant à la complexité de l'empathie, et plus généralement aux multiples compétences et capacités d'adaptation nécessaires à la pratique de la médecine. « *Il n'y a pas un modèle spécifique pour enseigner l'empathie* » (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011).

## V.2 Outils proposés

### V.2.1 Techniques de communication

Il s'agissait de mettre l'accent sur des éléments verbaux (rythmes et ton de la voix reformulations, encouragements, situation de tension..) ou non-verbaux (contact visuel, positionnement corporel, respiration, expressions faciales) (Bonvicini et al. 2009) (Dow et al. 2007) (Krasner et al. 2009). Les ateliers de communication mettaient parfois l'accent sur des situations particulières : annonce d'une maladie grave, relations conflictuelles, demandes exagérées des patients, relations conflictuelles, entretien motivationnel, etc. Ces formations s'adressaient soit aux étudiants, soit à des médecins en exercice.

Ces sujets de formations étaient proches des situations que Pedersen avait recueillies dans sa revue, dans lesquelles « *la perspective biomédicale est nécessaire mais pas suffisante* » :

- Soins et accompagnement en fin de vie
- Etablir des priorités cliniques
- Quand les traitements disponibles sont considérés comme futiles
- Soigner les patients marginalisés : patients âgés, patients de psychiatrie, addictions, situation de précarité, difficultés d'accès aux soins, immigrés en situation illégale)
- Prendre en considération les préférences et possibilité du patient en matière d'information et d'implication
- Désaccords et situations conflictuelles (R. Pedersen 2010).

### V.2.2 Connaissances sur l'empathie et les émotions

Des formations s'appuient sur des connaissances de la physiologie et du rôle des émotions (Riess et al. 2011) (Forrest 2011). Forrest se servaient entre autre de vidéo tournée avec des acteurs professionnels pour l'apprentissage de leur reconnaissance et de leur vocabulaire. Il utilisait plusieurs méthodes pour apprendre aux étudiants à reconnaître et nommer leurs propres émotions ainsi qu'à écouter celle des autres sans se sentir nerveux.

### V.2.3 Self-care/ self-awareness

Les techniques visant à renforcer la conscience de soi étaient par exemple :

- Apprendre de « *ses propres réponses émotionnelles* »(Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011).
- Techniques de « pleine conscience » : présence, attention à soi et aux autres, méditation, analyse (Krasner et al. 2009) (Neumann et al. 2009).
- Analyser des objectifs, obstacles et stratégies dans une interaction, d'abord de son point de vue, puis de celui du patient (de Schweinitz 2008).
- Exploration et utilisation des contre-transferts (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Forrest 2011) .

Dès la deuxième année d'étude, « *s'ils veulent devenir de bons médecins et se protéger, ils doivent aussi commencer à reconnaître les affects que les patients produisent en eux* » (Forrest 2011).

### V.2.4 Enseignement et mise en pratique du raisonnement médical et de la réflexion éthique

Des pistes étaient données pour lier l'enseignement de l'éthique et de l'empathie. Le développement du jugement moral ne suffisait pas à développer l'empathie, mais améliorer une empathie universelle (non spécifique en fonction d'un individu ou d'un contexte) supportait chaque composante de modèle de Rest du développement moral (B. Maxwell et Racine 2010).

Il était suggéré également qu'une réflexion sur certains aspects du raisonnement clinique est en lien avec l'empathie (Garden 2009) (B. Maxwell et Racine 2010). Forrest mettait l'accent sur les compétences émotionnelles pour permettre de conduire l'entretien et l'examen d'un patient mieux et plus rapidement (Forrest 2011).



## V.2.5 Ecriture et analyse de récits

« *Physicians and medical students also can learn empathy by developing narrative competence, which is the ability to acknowledge, absorb, interpret, and respond to a patient's story and plight* » (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011). La présentation d'observations comme des histoires était utilisée (Forrest 2011).

Plusieurs formations utilisaient l'écriture de courts scénarios vécus, positifs ou négatifs, pour enseigner et renforcer certains aspects de la communication. (Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Krasner et al. 2009). Le fait de marquer ainsi les éléments positifs se retrouvaient aussi dans les « *Appreciative inquiry* » (explorations positives) (Rosenthal et al. 2011).

Certains proposaient d'écrire un récit du point de vue du patient, « *point of view writing* » (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Johanna Shapiro et al. 2006).

Ces techniques faisaient l'objet d'une mise en garde (Garden 2009). La perspective dans laquelle ils sont écrits et une réflexion sur ces récits étaient soulignées comme nécessaires pour :

- Garder à l'esprit qu'il s'agit d'un exercice d'imagination qui n'est pas la réalité de l'expérience du patient,
- Garder son attention sur ce que ces récit apportent concrètement pour aider le patient, ne pas rester « entre médecins » à parler de, mais conduire à parler avec le patient. Car « *Clinical empathy is incomplete when it does not lead to an attempt to help, and ethically empathic physicians move beyond psychological engagement to material aid* » (ibid.).
- Permettre une réflexion critique qui était spontanément absente de la majorité des essais écrits par des étudiants (Kind, Everett, et Ottolini 2009).

Un conte a été utilisé pour guider les étudiants dans la découverte des aspects thérapeutiques de la relation, comme support de discussion et de mémorisation (Joachim 2008).

#### V.2.6 Arts

Apprendre la diversité des expériences de la maladie ou de la souffrance par des récits, fictions, poésies (Muszkat et al. 2010) (Rosenthal et al. 2011).

#### V.2.7 Jeux de rôle

Les américains utilisaient les séances de formation et d'évaluation des étudiants avec des patients standardisés dans de nombreuses études. Ils seraient plus particulièrement adaptés dans le cadre de l'empathie pour reconnaître les étudiants « *dans les extrêmes* », ne maîtrisant pas les bases de la communication médecin-patient (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008). Les jeux de rôles avec des patients standardisés étaient avancés pour l'importance de s'entraîner : à focaliser son attention, à repérer les émotions et oser les nommer. Mais ils étaient parfois critiqués pour leur inauthenticité (Wear et Varley 2008).

Un jeu de rôle intégrant l'enseignement des pathologies à une identification aux patients en tant que groupe était présenté : une loterie assignait en début d'année une pathologie spécifique à chaque étudiant. Celui-ci était chargé de développer pour le groupe des rapports sur la progression de cette maladie, en soulignant ses effets sur la vie sociale et privée (B. Maxwell et Racine 2010).

L'apprentissage de l'interrogatoire, de la façon de poser des questions par exemple autour de la sexualité était proposé lors de cours sur l'entretien et l'examen du patient. Les jeux de rôle se passaient en binôme pour que tous puissent s'entraîner ; l'important était d'apprendre à poser les questions, aborder ce sujet. La teneur des réponses n'étaient pas importantes, les étudiants interrogés pouvant jouer n'importe quel rôle mais avec sérieux. Les binômes s'entraînaient tous en même temps ce qui procurait une sécurité : il n'y avait

pas d'auditeur, le professeur étant là pour guider et maintenir le cadre, pas pour évaluer (Forrest 2011).

#### V.2.8 Echanges et réflexion en groupe

Comme l'écriture de scénarios, la pratique d'échanges en groupe était souvent associée à d'autres outils pédagogiques, de même que la réflexion guidée par des retours entre étudiants ou par les professeurs (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010) (Krasner et al. 2009).

Il s'agissait parfois de discussions sur des forums protégés, notamment lorsque les différents lieux de stages étaient éloignés (Wiecha et Markuns 2008).

Plusieurs auteurs insistaient sur l'importance pour les enseignants d'instaurer un climat d'enseignement sécurisant, qui encourage la réflexion critique et permette d'évoquer des erreurs ou des difficultés sans se sentir jugé (Bonvicini et al. 2009) (Joachim 2008) (Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Krasner et al. 2009) (Rosenthal et al. 2011) (Wiecha et Markuns 2008).

L'évaluation par les pairs, c'est-à-dire entre étudiants, par des commentaires lors d'apprentissages par la résolution de problèmes ou de nomination pour des distinctions mettant en valeur autant les compétences cliniques qu'humaines était proposée comme outil pour favoriser la prise de responsabilité et l'engagement auprès des patients (Austin et al. 2007) (Pohl, Hojat, et Arnold 2011) (Rosenthal et al. 2011).

#### V.2.9 Expérimentation : « se mettre à la place »

Des psychiatres responsables du stage d'externat en psychiatrie avaient émis l'hypothèse de développer la compréhension empathique pour des patients psychiatriques en proposant un aperçu de leurs symptômes : les étudiants ont du accomplir divers tâches tout en écoutant une simulation d'hallucinations auditives dans des écouteurs individuels.

Les résultats ont été concluants avec une augmentation des scores à la JSPE par comparaison à avant la formation, sans modification chez le groupe témoin (Bunn et Terpstra 2009).

#### V.2.10 Recevoir une évaluation par le patient

L'importance de considérer le patient comme « expert » était soulignée par Garden. Une évaluation par le patient avait lieu principalement avec des patients standardisés (D. C. R. Chen, Pahilan, et Orlander 2010).

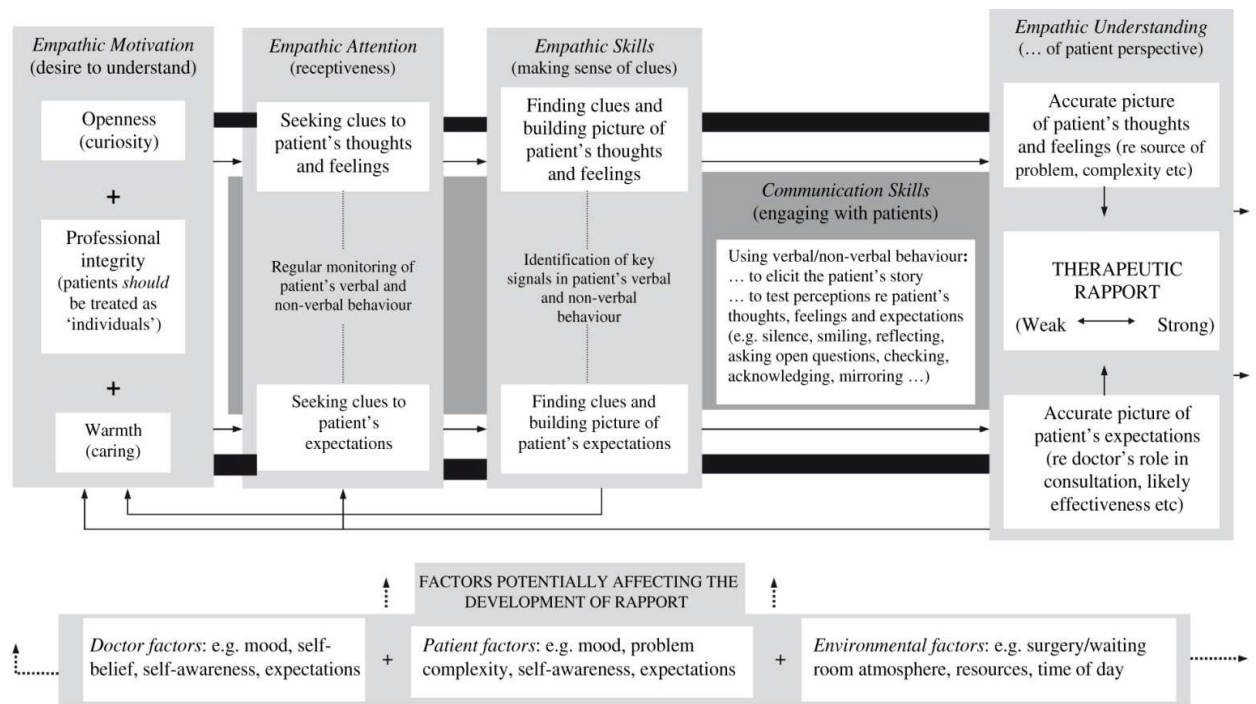
### V.3 Éléments pour construire des enseignements de l'empathie

Plusieurs auteurs avaient cherché à identifier des éléments et des modèles pertinents pour construire un enseignement de l'empathie. Une partie de ces outils est rassemblée dans l'annexe 5.

Norfolk et al. ont proposé un modèle qui distingue l'empathie des techniques de communication, résumé dans la figure 6. L'intérêt de leur étude était de faire valider un modèle théorique par des entretiens de médecins et de psychothérapeutes. Cette validation n'était pas demandée à titre d'expertise mais s'appuyait d'abord sur le récit et l'analyse de situations vécues, marquantes par la présence ou l'absence d'une relation empathique avec le patient. Ces entretiens avaient ajouté des éléments concernant le médecin comme l'attention nécessaire à ses attentes, à son humeur, à sa motivation à être empathique (spontanée ou délibérée, surtout en cas de difficultés). Ils avaient également souligné l'importance de vérifier auprès du patient la compréhension de sa situation (Norfolk, Birdi, et Walsh 2007).

**Figure 6 : Modèle du rôle de l'empathie en consultation**

(Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)



Developing therapeutic rapport in the consultation (via an empathic search for understanding of the patient's dominant thoughts, feelings and expectations)

L'importance de vérifier et de refléter au patient une compréhension empathique a été confirmée par des entretiens menés dans un service d'urgence taiwanais, auprès de médecins, de leurs patients et leurs proches, et des infirmiers (Lin, Hsu, et Chong 2008).

Kind suggérait des formations pour gérer les facteurs de stress ressentis comme nuisant à la relation. Il insistait sur l'exemple du temps. Son manque ou l'idée qu'il fallait en disposer pour établir une relation de qualité étaient en pratique contredits par des expériences d'étudiants : « cela ne prend parfois que quelques minutes », un mot, une attention (Kind, Everett, et Ottolini 2009).

Des médecins devenus patients insistaient sur des choses d'apparence simple, mais trop souvent oubliées dans la pratique (Klitzman 2006).

Un conte a été utilisé pour identifier et transmettre seize étapes « *archétypales* » du processus à l'œuvre dans une relation thérapeutique. Le même auteur proposait un enseignement basé sur des auteurs comme H. Kohut ou D.W. Winnicott pour aborder la question du « *vrai soi* » (*true self*) du soignant dans la relation thérapeutique (Joachim 2008).

Shapiro proposait de donner des bases et des occasions pour une réflexion philosophique et éthique, qui ne s'appuie pas uniquement sur les principes de l'éthique (autonomie, bienfaisance, justice) mais aussi sur une « *étude sérieuse des philosophes comme Ricœur, Buber, Levinas qui ont exploré la question du sens et de comment être en relation avec autrui* », en plus de l'analyse des représentations de la santé et de la maladie dans la culture occidentale.

## DISCUSSION

*« Le langage nous fait sortir de la subjectivité privée. Le langage est un échange qui repose sur plusieurs présuppositions. D'abord, la certitude que les autres pensent comme je pense, voient et entendent comme moi, agissent et souffrent comme moi. Ensuite, la certitude que ces expériences subjectives sont à la fois insubstituables (vous ne pouvez pas vous mettre à ma place) et communicables (essayez, je vous prie, de me comprendre !). On peut parler de façon intelligible d'impressions comparables ressenties devant un coucher de soleil. Il existe quelque chose comme une compréhension mutuelle, et même partagée. Cette sorte de compréhension est certes sujette à caution ; le malentendu est non seulement possible, il est aussi le pain quotidien de la conversation. Mais c'est précisément la fonction de la conversation de corriger, autant qu'il est possible, la mécompréhension. »*

(Changeux et Ricoeur 2008, 83)

*« Il nous revient d'inciter sans relâche le cerveau des hommes à inventer un futur qui permette à l'humanité d'accéder à une vie plus solidaire et plus heureuse. »*

J-P. Changeux.

# I A propos de la méthode

## I.1 La position du chercheur

Comme dans tout travail scientifique, qu'il soit quantitatif ou qualitatif, les représentations et les hypothèses préalables de l'auteur peuvent induire un biais d'interprétation des résultats. Il est peut-être plus évident pour le lecteur de se rendre compte par lui-même de ce biais dans une étude quantitative statistique. Il est probable que notre démarche de mise en perspective des éléments dégagés ait accentué certains aspects au-delà de leur convergence dans nos résultats.

« *Les préjugés n'impliquent pas forcément des biais, aussi longtemps que les chercheurs les clarifient pour eux-mêmes et pour les lecteurs* » (M. Sicard 2009, 149). L'empathie se complexifie quand on aborde sa définition théorique. En pratique cela peut être plus direct et intuitif. Notre expérience de l'empathie prend sa source dans une pratique en formation à la communication non-violente pour les professionnels de la santé. Nous n'avions pas de pré-requis théoriques sur l'empathie, tout au plus une vague idée de sa définition avant ces stages. Pour faciliter la lecture critique, il faut savoir que ce travail a été débuté avec des conceptions a priori sur l'empathie, nées de cette expérience.

Nous avons dans l'idée que l'empathie implique un processus émotionnel à la fois sensible et réfléchi, ressenti et mis à distance. Qu'elle comprend un élan vers l'autre, spontané ou volontaire et, surtout dans ce dernier cas, une disponibilité à autrui. Ces deux éléments, élan et disponibilité, s'accompagneraient d'une sorte d'éthique de l'empathie, un *primum non nocere* valable pour autrui et pour soi. Savoir être attentif à soi pour permettre cette disponibilité tout en se gardant d'être intrusif ou manipulateur, ou de vouloir aider l'autre à tout prix selon notre conception de ce dont il a besoin. Pouvoir être attentif à nos intentions et à ce qu'autrui nous retourne, ce qu'il en perçoit. Pour le dire en termes sensibles, il y a dans l'empathie ressentie quelque chose de chaleureux, une attention sécurisante sans être intrusive qui incite à avancer dans la réflexion, à descendre en soi et éventuellement à pouvoir le partager en confiance, une incitation à décider et à agir en fonction de nos motivations profondes.



## **I.2 Choix méthodologique**

Laisser large les critères de sélection des articles, en gardant toutes les publications quelque soit leur méthodologie, a été choisi pour deux raisons. Offrir une vue d'ensemble de ce sujet comme explicité dans notre problématique, et par la place des enquêtes qualitatives et des témoignages dans la littérature médicale à ce sujet, bien que ce type de publication n'entre pas dans la classification en niveau de preuve utilisée habituellement (HAS, 2000).

Les hypothèses de départ étaient larges. Nous n'avions pas émis d'hypothèse concernant l'influence de la formation biomédicale sur l'empathie, ni sur les d'autres freins possibles. Les différents éléments dans les résultats ont conduits à revoir plusieurs fois notre analyse de ce contenu.

## **II A propos des résultats**

### **II.1 Une vision occidentale, principalement américaine**

76 % des articles collectés proviennent des Etats-Unis, alors qu'ils sont à l'origine de 30% des publications de pubmed indexée avec *empathy* en sujet principal. Cette disproportion dans nos résultats leurs confèrent un biais culturel.

La faculté d'origine a paru importante à préciser dans le cas de projets suivis comme ceux de Jefferson ou de la Mayo Clinic.

En plus de la revue de publication, certaines facultés ont une réputation qui est une sorte de « facteur d'impact » : avoir dans les résultats des études menées à la Mayo Clinic ou à Harvard montre que les meilleures universités mondiales s'intéressent à ce sujet.

### **II.2 Un manque d'interdisciplinarité ?**

La classification des articles par discipline a été faite uniquement en fonction du premier auteur. Celui-ci est assez souvent représentatif de la discipline de l'ensemble des

auteurs de l'article. Il y a donc peu de chercheurs non médecins qui se sont emparés du sujet.

Ce point de vue sur la formation médicale par le biais de l'empathie est donc donné par des médecins pour des médecins. Quel serait le regard de spécialistes de l'éducation sur la pédagogie médicale ?

### **II.3 Principaux biais recensés dans les résultats**

Le biais principal est probablement l'absence de validation, ou en tout cas de consensus, sur le concept d'empathie. La recherche s'est limitée à ce terme précis. D'autres chercheurs ont retenu des concepts comme « l'intelligence émotionnelle » en synonyme. Des articles sur l'approche centrée sur le patient abordent parfois les mêmes éléments que ceux sur l'empathie mais n'ont pas été utilisés dans ce travail.

Les résultats présentent un biais de publication : le *Center for Research in Medical Education and Health Care* du Jefferson Medical College est très actif dans la recherche sur l'empathie, sous l'impulsion du Pr Hojat. Celui-ci s'appuie sur une définition principalement cognitive de l'empathie clinique et sur une méthodologie principalement basée sur les échelles d'auto-évaluation de l'empathie.

Définir l'empathie est complexe. Ce n'est qu'un des aspects de la relation médecin-patient difficile à « isoler » pour limiter les facteurs de confusion. Ce n'est peut être pas souhaitable pour un phénomène constitutif de la relation à autrui. L'aspect « professionnel » de l'empathie réside entre autre dans la capacité à s'adapter à la diversité des situations rencontrées. Il en est de même en ce qui concerne l'évaluation de l'empathie : vouloir l'étudier (et l'enseigner) dans le cadre d'une profession demande des outils de mesure et des critères de jugement. Si des outils de mesure aux qualités psychométriques suffisantes existent, chacun ne donne qu'un aperçu limité de l'empathie et déconnecté de l'intersubjectivité dans laquelle elle se produit. Les exigences de la médecine fondée sur des preuves justifient leur utilisation ; la difficulté réside, comme souvent en médecine, dans la transition des statistiques au colloque singulier.

Une confusion existe cependant entre ces mesures psychométriques d'auto-évaluation et les critères de jugement. Les deux sont parfois confondus : l'évaluation d'une formation basée sur une échelle d'auto-évaluation de l'empathie avant/après utilise un critère de jugement secondaire limitant la validité interne des résultats. Des échelles d'auto-évaluation non spécifiques à la profession médicale, comme l'IRI, sont utilisées dans la recherche en psychologie et en sociologie (Boudjemadi 2009). Une recherche plus complète à ce sujet serait nécessaire pour décider de l'utilisation et de l'interprétation des résultats de ces auto-évaluations. Elles semblent plus rendre compte de la compréhension et de l'intérêt pour l'empathie que de la capacité à être en empathie dans la pratique professionnelle. En faveur de la significativité des résultats de ces échelles une étude montre une corrélation des scores de la JSPE avec le résultat d'une évaluation par les patients (score de corrélation de Pearson à 0.48) (Glaser et al. 2007). Contre, une revue évoque des preuves du manque de justesse des médecins en ce qui concerne l'auto-évaluation de leurs savoirs et de leurs compétences (Colliver et al. 2010) : il est tentant de faire un parallèle avec l'auto-évaluation de l'empathie, mais cela reste à prouver car il s'agit d'un concept plus global qu'une connaissance théorique sur un sujet ou que la maîtrise d'une technique. Des recherches sur la pertinence de ces différentes évaluations sont à mener, aussi bien pour l'évaluation de formations que de l'effet de l'empathie pour le patient.

L'étude en cours à Harvard dont l'essai « pilote » est analysé dans les résultats sera à suivre (Riess et al. 2011). Plusieurs critères de jugement y sont utilisés, dont des échelles d'auto-mesure en parallèle avec le questionnaire CARE pour les patients.

Pour résumer, les principaux biais de nos résultats sont donc : un flou concernant les limites et la définition du concept étudié, une vision culturelle principalement anglo-saxonne et médicale et des biais d'évaluation dus à l'utilisation de critères de jugements secondaires.

## **II.4 Cohérence externe**

La validité des résultats sur le rôle central du « curriculum caché » et informel est renforcée par la parution récente d'une revue de la littérature sur l'évolution des mesures de l'empathie au cours des études médicales (Neumann et al. 2011). La question de

recherche portant uniquement sur la mesure de l'empathie chez les étudiants et une méthodologie différente notamment sur les dates et les critères de sélection des articles font que seulement quelques articles sont communs avec les résultats présentés ici. La diminution significative de mesure de l'empathie, par auto-évaluation uniquement, au cours de l'externat et de l'internat y est confirmée. Comme dans nos résultats, la cause de cette diminution est attribuée à l'influence du curriculum caché et aux facteurs de stress du curriculum formel.

Le curriculum formel, le processus de socialisation et la « *culture de service* » (*ward culture*) sont également soulignés comme barrière à l'empathie, et plus généralement au *care*<sup>1</sup>, dans une revue néo-zélandaise (Janssen, MacLeod, et Walker 2008). Ces auteurs mettent en avant la pratique réflexive écrite ou en groupe de discussion, les feedbacks des pairs et des formateurs, les pratiques de *self-care* (avec une supervision, un accompagnement), et la formation des « *role models* » pour promouvoir une culture du soin de l'autre (*care*) et renforcer l'empathie, éléments retrouvés ici.

Une revue Cochrane sur les formations en communication pour les soignants en oncologie considère l'amélioration de l'empathie (par exemple par l'augmentation des occurrences de son utilisation en consultation) comme un résultat significatif. L'empathie y est définie comme un *comportement positif*, et qui peut être améliorée par des formations (Moore, Wilkinson, et Rivera Mercado 2004).

## II.5 Que retenir pour des recherches ultérieures

Des recherches utilisant les outils statistiques et psychométriques des sciences sociales et de la psychologie sont envisagées. Des laboratoires de recherche multidisciplinaires existent, comme celui des Sciences Affectives de Genève où une recherche est en cours sur l'empathie chez les étudiants en médecine. Les psychologues et les sociologues se penchent depuis longtemps sur ces questions méthodologiques dues à la complexité des phénomènes observés.

---

<sup>1</sup> Le concept de *care* fait l'objet de nombreuses recherches. Il n'a pas vraiment de traductions en français qui ne soit pas réductrices, il est fait mention d'un « *souci de l'autre* » (Molinier, Laugier, et Paperman 2009). Il serait intéressant de faire un parallèle entre le *care* et l'empathie.

La définition des critères de jugement tels que la valeur des échelles d'auto-mesure ne doit pas rester dans le seul domaine statistique mais répondre à des critères éthiques et déontologiques alors qu'apparaît la perspective de les utiliser à des fins de sélection des étudiants dans certaines recherches.

La recherche qualitative se développe dans le domaine médical. Des méthodes qualitatives comme la régression phénoménologique ou la théorisation ancrée (*grounded theory*) semblent des outils intéressants pour étudier des phénomènes complexes comme l'empathie et ses effets (Aujoulat 2007, 14–19).

La nécessité de recherches en méthodologie mixte, à la fois quantitative et qualitative, apparaît en conclusion de nombreux articles comme le montre une revue sur la recherche médicale sur l'empathie (R. Pedersen 2009). Sur ce point l'étude de Michalec se remarque (Michalec 2010b). L'auteur est un sociologue qui s'est véritablement immergé dans les deux premières années de formation médicale, c'est un regard « extérieur » sur la culture médicale. La méthodologie choisie est mixte, associant à des mesures quantitatives par des échelles validées des entretiens. Les étudiants interviewés sont volontaires, mais une sélection a été faite pour exclure ceux ayant des scores dans les extrêmes aux échelles d'auto-évaluation de l'empathie. Ces entretiens apportent un complément pertinent et approfondis aux données quantitatives analysées.

Des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives, des mesures objectives et subjectives sont complémentaires: l'objectivité de l'information réside moins dans les méthodes ou dans la façon de les construire que dans la façon dont l'information obtenue est codifiée, présentée (Nadeau 1988).

Les critères de jugement doivent utiliser des évaluations par des tiers et surtout par le patient, pour s'intéresser à ce qui est perçu de l'empathie et pas uniquement à comment le médecin s'évalue lui-même.

## II.6 Éléments non abordés

Deux facteurs corrélés au niveau d'empathie mesuré apparaissaient dans les résultats mais n'ont pas été traités.

### II.6.1 Influence du genre ou du sexe

Il est difficile d'aborder ici la question de l'influence du sexe féminin ou masculin sur le niveau d'empathie soulevée par certaines études. Ce sujet est complexe, il demande à lui seul une recherche approfondie et multidisciplinaire. Comment prendre la mesure de ce qui serait « inhérent » au sexe masculin ou féminin ou de ce qui relève d'une construction sociale ? En d'autres termes, il n'est pas vraiment précisé par les auteurs s'ils parlent de « genre », c'est-à-dire du « sexe social » ou s'ils parlent de « différences entre les sexes » (Mitchell 2006).

Cette question est à rapprocher des réflexions actuelles sur les théories du *care*, le « *souci de l'autre* » dans un appel à séparer les différences constatées à propos de cette théorie morale contextuelle d'une analyse par le sexe biologique. Il y est démontré que la différence sexuée liée à la morale relève plus de la position dans la société que du genre (Molinier, Laugier, et Paperman 2009). L'approche de l'empathie pensée en termes d'une éthique de la relation paraît rejoindre cette réflexion mais nécessiterait une analyse plus poussée.

### II.6.2 Lien entre le niveau d'empathie et la spécialisation

Les spécialités de premières lignes, parfois qualifiées de plus centrées sur le patient, ont été celles où les médecins s'évaluent comme plus empathiques (Hojat et al. 2002). Cette différence vient-elle d'un niveau d'empathie qui aurait influencé le choix de la spécialisation ou de la formation spécifique par disciplines qui mettraient plus ou moins en valeur les aspects de l'empathie évalués ?

Certains auteurs avancent que la capacité à être empathique pourrait être un élément conscient du choix de carrière : encourager ceux qui ont moins d'empathie à faire des spécialités plus techniques, moins relationnelles. N'y a-t-il pas là une stigmatisation de ces disciplines ? Que l'on soit biologiste, radiologue, anatomo-pathologiste, chirurgien, etc. il s'agit toujours d'un travail en équipe, d'un maillon de la chaîne du soin. L'empathie est un élément de la communication *en général*. Cette question de l'intégration du critère « empathie » dans le choix de carrière ne paraît pas primordiale à creuser comme critère « institutionnalisé ». Qu'en serait-il de la diversité des équipes médicales qui paraît une ressource pour la réflexion et la mise en perspective des pratiques individuelles et collectives ? Cette diversité permet également aux patients, dans une certaine mesure de trouver le médecin qui répond le mieux à leurs attentes.

### III Définir et utiliser l'empathie en médecine

Si la pertinence clinique de l'importance de la relation médecin-malade, et, par là, de l'empathie a déjà été prouvée, le questionnement vient des difficultés et limites de la conceptualisation de ces phénomènes.

Les définitions relevées dans nos résultats ne sont pas homogènes. Elles sont données majoritairement en référence à d'autres publications médicales, dans une sorte de vase clos qui laisse peu de place à la variété des recherches conceptuelles à ce sujet<sup>1</sup>. La façon de penser et de définir l'empathie peut conduire à un sens, des attitudes et des effets différents en pratique.

#### III.1 Les principaux éléments de définition

##### III.1.1 Quatre dimensions complémentaires de l'empathie

L'empathie clinique est souvent présentée par quatre dimensions clés, le plus souvent en référence à une revue de la littérature réalisée en 1992 par Janice Morse (J. M. Morse et al. 1992). Ces quatre dimensions retrouvées dans les résultats sont résumées dans le tableau 9. Ces distinctions permettent de penser l'empathie en termes plus opérationnels : de l'attention empathique spontanée ou délibérée (motivation) aux comportements et actions qui en découlent. Une définition de l'empathie occultant l'une de ces caractéristiques serait « *particularisante* » mais l'auteure reste vague sur les interconnexions de ces quatre dimensions.

---

<sup>1</sup> Un aperçu de ces différentes recherches et référence pour définir l'empathie est fait dans l'annexe 1.



**Tableau 10: Les quatre dimensions de l'empathie d'après Morse :**

Composante	Définitions	Bases/phénomènes
<b>Empathie morale/motivation à l'empathie</b>	<p>élan spontané</p> <p>« souci empathique » pour autrui</p> <p>Réceptivité, disponibilité, attention pour autrui</p>	<p>Universalité des besoins humains et élan d'aider chacun à satisfaire ses besoins élémentaires</p>
<b>Empathie affective</b>	<p>Expérimentation subjective du ressenti d'autrui</p> <p>Hypothèse : Potentiel naturel qui se développe</p> <p>Résonance empathique</p>	<p>Contagion émotionnelle</p> <p>Élément automatique « déclencheur » du choix ensuite conscient de s'engager à « être en empathie »</p>
<b>Empathie cognitive</b>	<p>Adopter la perspective d'autrui pour analyser et comprendre son expérience</p>	<p>Imagination, simulation distanciation/attribution des émotions à autrui</p>
<b>Empathie comportementale</b>	<p>Rendre compte au patient de la préoccupation et de la compréhension empathique</p>	<p><u>Verbale</u> : perception, vérification, validation : support pour que le patient face son chemin de reconnaissance et de compréhension de son expérience</p> <p><u>Non-verbale</u> : attitude d'écoute active, réaction corporelle en miroir, congruence</p>

A partir de cette définition il semble qu'il faille se garder de deux risques. D'une part de se focaliser sur des particularités de l'empathie et d'en faire une « technique ». L'analyse

de la part plus « observable », cognitive (qualité de la compréhension) et comportementale (comportements verbaux et non-verbaux et tendance à l'action) ne devrait pas occulter les deux autres aspects car « *aucun de ces aspects de l'empathie n'est efficace « en lui-même », c'est le tout qui fonctionne* » (S. W Mercer et Reynolds 2002).

Le deuxième risque serait de penser ces aspects de l'empathie comme indépendant, de rester dans une logique cartésienne qui souhaite rendre la raison indépendante des émotions.

Morse a souligné qu'« *un modèle de communication plus large ayant l'empathie émotionnelle comme antécédent peut avoir plus de valeur que l'enseignement inadéquat d'une empathie thérapeutique simpliste et restrictive* » (J. M. Morse et al. 1992).

### III.1.2 Comprendre le patient

#### *a) La tendance à une définition de l'empathie propre au domaine médical*

La définition de cet aspect de l'empathie- comprendre autrui- peut s'éloigner quelque peu de sa définition évoquée en introduction, où cette compréhension est une intégration entre une résonance corporelle et des processus intégratifs, en ayant conscience qu'elle n'est jamais une complète perception d'autrui.

Comme remarqué dans les résultats, Hojat et al ne retiennent de l'empathie que sa part cognitive, en reléguant tout mode émotionnel à la sympathie.

« *In the context of patient care, we defined empathy (key terms italicized) as a predominantly cognitive (rather than affective or emotional) attribute involving an understanding (as opposed to a feeling or sharing) of patients' experiences, concerns, and perspectives, combined with both a capacity to communicate this understanding and an intention to help by preventing and alleviating pain and suffering* » (K. Berg et al. 2011).

Ils laissent un flou concernant la nature de l'attention à porter au vécu émotionnel du patient. La définition qu'ils en donnent parle « d'entrer dans » ou de « rejoindre » les sentiments du patient et ils rattachent toute relation qui suscite une réponse émotionnelle à

de la sympathie plutôt qu'à l'empathie. « *Ces deux concepts impliquent un partage, mais le médecin en empathie partage sa compréhension, alors que le médecin en sympathie partage ses émotions avec le patient* » (Hojat et al. 2002). La sympathie du médecin doit être contenue par une « *distance affective* » pour ne pas interférer dans les tâches du médecin, alors que l'empathie n'a pas à être limitée en raison de ses effets uniquement positifs pour le patient. Cela est exact si l'on parle des émotions du médecin. Le ressenti propre du médecin et ses attentes n'ont pas à interférer dans la consultation. Cela est plus efficace en ayant conscience de leur existence, en étant à leur écoute à d'autres moments pour mieux les mettre de côté pendant la consultation, plutôt qu'en recherchant un détachement, un évitement des affects qui met de côté aussi ceux des patients. Cette distinction faite par Hojat s'applique aux émotions du médecin au moment de la relation avec le patient.

Par contre cette définition laisse aussi de côté les émotions et besoins du patient. Cette définition d'une empathie purement cognitive peut prêter à confusion. L'empathie n'est pas une compréhension neutre et objective, dénuée d'affects, ni un partage de ses propres émotions avec le patient. Il paraît correct de l'entendre comme une écoute des besoins et émotions d'autrui, non parasitée dans l'instant par nos propres émotions et besoins, dans une relation distincte mais non distante.

Les travaux de M. Hojat et de son équipe sont majoritairement effectués autour de leurs échelles de mesure. Le fait qu'une compétence soit ainsi « *révélée, voire redéfinie, via une liste de comportements significatifs* » a le pouvoir de changer notre façon de penser cette compétence et nos représentations des phénomènes interpersonnels (Wear et Varley 2008).

Cette tendance à une définition de l'empathie spécifique à la médecine, qui limite l'empathie à une cognition dénuée d'affect, est critiquée (Halpern 2003). Définir l'empathie comme une forme de réflexion neutre semble en contradiction avec les recherches en sciences affectives qui montrent l'interdépendance de la raison et des émotions (Damasio 1997)(Mikolajczak 2009).

Cette définition participe également au maintien d'un des aspects du curriculum caché : une idéalisation d'un détachement indispensable à la fonction de soignant, en

contradiction avec l'expérience de nombreux soignants et son absence de protection de l'épuisement professionnel (Huggard 2003).

Cette insistance sur la compréhension paraît à risque de déformer la nature de cette compréhension, en laissant à penser qu'il est possible de comprendre avec exactitude le patient. Ils détournent quelque peu l'attention d'une définition plus large de l'empathie, où la dimension cognitive n'est qu'un élément du phénomène empathique, indissociable des autres.

Plus qu'une compréhension, dans les faits, l'empathie est une ouverture, une disponibilité à l'autre.

### *b) Nature de la compréhension empathique*

La distinction entre *accurate* et *appropriate* dépend du contexte de leur utilisation dans la définition de l'empathie. Le sens de chacun de ces mots peut conduire à des relations différentes, suivant que l'on traduit et comprend *accurate* par « exacte » ou par « fine ». Le terme d'exacte donne l'idée que l'empathie du médecin doit amener à un « diagnostic » juste et complet du patient. Celui-ci devient, alors qu'il se déshabille devant le médecin, transparent en plus d'être dénudé : le médecin pourrait percevoir exactement ce qu'il pense, ressent et comment il agit avec sa maladie. Le terme d'approprié nous paraît plus respectueux de l'intimité du patient. Il rejoint l'idée d'un partage, d'une réciprocité de l'empathie où la perception doit être vérifiée, où le climat empathique est ressenti par le patient et permet de placer la relation dans la confiance, en établissant une compréhension commune de la situation.

Si le terme d'exact est pensé dans un modèle biomédical, il véhicule le sens d'un médecin expert de tous les domaines de la maladie, y compris de l'expérience propre du patient avec sa maladie. Cette exactitude biomédicale n'est pas identique à l'idée d'une compréhension fine et sans jugement dans la relation d'aide, dans laquelle Rogers se demande : « *Puis-je pénétrer dans son univers intérieur assez complètement pour perdre tout désir de l'évaluer ou de le juger ? Puis-je entrer avec assez de sensibilité pour m'y mouvoir librement sans piétiner des conceptions qui lui sont précieuses ?* » (Rogers 2005, 39). Cette compréhension appropriée et vérifiée est une co-construction, un partage

d'expérience où l'expertise du patient est reconnue (comme celui-ci reconnaît l'expertise du médecin en venant le consulter).

Dans une relation d'aide, une psychothérapie de soutien, « *l'aide est maximale quand [le thérapeute est] capable de saisir le sens de ce que le patient a éprouvé et qui pour lui est resté vague et confus* » (Rogers 2005, 39). Cette relation demande un certain nombre de conditions comme la congruence, le non-jugement, une acceptation inconditionnelle de l'autre, qui établissent un climat de sécurité. Le patient est celui qui amène les éléments de compréhension, le thérapeute l'aidant à en révéler le sens.

En médecine la valorisation du patient comme expert de sa maladie permet son *empowerment*, un élément de l'effet thérapeutique de la relation médecin-patient (Aujoulat 2007). Dire à un patient, comme le suggère Macnaughton (Macnaughton 2009) : « *je sais ce que vous pensez* », « *je comprends ce que vous ressentez* » sans vérifier auprès de lui et sans lui en donner la preuve n'est pas de la compréhension empathique et peut avoir des effets opposés (fermeture du patient qui peut se sentir plus étiqueté ou jugé qu'écouté et compris authentiquement).

Se poser la question de savoir si l'empathie répond au besoin du patient ou du soignant permet de garder son attention sur la relation et d'éviter d'être dans un besoin de maîtrise. Cela dans une acceptation de l'empathie comme un tout, reliant dimension cognitive et affective.

### III.1.3 Utiliser la résonance émotionnelle

#### *a) L'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive se complètent*

Halpern, également fréquemment citée comme source de référence pour comprendre et définir l'empathie, se positionne pour revaloriser la part émotionnelle (Halpern 2003). Elle ne s'oppose pas aux objectifs implicites d'une définition de l'empathie comme purement cognitive: délivrer des soins de qualité à tous, indépendamment de son

propre état émotionnel, et se protéger de partager toutes les émotions de ses patients. Elle s'oppose aux moyens proposés : le détachement, la coupure par rapport aux émotions.

Sa proposition s'appuie sur la **résonance émotionnelle**, mécanisme de base de l'empathie à l'œuvre chez chacun, que le praticien a la tâche d'utiliser de façon réfléchie, dans le cadre et l'objectif des soins. Cette résonance permet de percevoir et de faciliter la compréhension de l'état émotionnel du patient sans impliquer de le partager totalement.

L'émotion, la sensation ressentie par ce processus de résonance est similaire, mais pas identique à celle d'autrui<sup>1</sup>. Il s'agit de synchronisation des réactions micro-affectives existantes dans toute relation interpersonnelle (Cosnier 1997). Cette « harmonisation » d'affects agit en toile de fond pour guider le médecin vers les éléments importants de l'interaction (par exemple quand parler, ralentir sur un sujet, reformuler ou se taire, modulations du discours qui s'accomplissent plus ou moins consciemment). Elle aide à mieux comprendre le patient en saisissant conjointement le signifiant et le signifié de son discours.

Par exemple, en cas de non suivi d'un traitement, comprendre et vérifier cette compréhension des raisons de l'absence d'adhésion à un traitement de cette façon *peut* être aussi efficace que l'utilisation d'une liste des motifs de non-observance. Cela correspond à ce qui se fait en pratique mais il est important de savoir comment, pourquoi et avec quels effets.

L'empathie clinique, la compétence professionnelle est de savoir utiliser ces micro-affects, ces ajustements qui surviennent en permanence et pas uniquement en réponse à des émotions fortes, comme un sens subtil de compréhension qui alimente le raisonnement clinique. Des chercheurs suisses ont montré qu'il était dommage de se priver des informations de cet « *analyseur corporel* » (Cosnier 1997). Ils ont « *pu mettre en évidence le fait que si un médecin, interrogeant une personne qui vient de faire une tentative de suicide pouvait prendre conscience de ses propres réactions corporelles, il ferait un meilleur pronostic car non verbalement il montre des expressions faciales et des patterns comportementaux différents selon que les patients vont refaire un tentamen<sup>2</sup> ou pas* » (Haynal-Reymond 2005).

---

<sup>1</sup> Voir les modalités de l'expérience émotionnelle de l'empathie, Annexe 1. Elle s'appuie entre autre sur des mécanismes physiologiques tels que l'activation des neurones miroirs et des réactions corporelles en écho.

<sup>2</sup> Signifie une tentative de suicide

Halpern souligne l'importance de s'intéresser à la **fonction** attendue de l'empathie. L'empathie ne sert pas à « étiqueter » -correctement nommer- l'émotion mais à reconnaître, authentifier ce que ça fait de traverser cette expérience. L'empathie est nécessaire même, et surtout, quand l'émotion ressentie est évidente. Elle implique une authenticité de la réponse, spécifique à cette situation. Dans le cas de la peur de la douleur, reconnaître cette peur et proposer immédiatement les possibilités thérapeutiques habituelles peut ne pas suffire : cela ne reconnaît pas l'importance de cette peur et ce qu'elle peut cacher. Cette authenticité de la réponse alimente la confiance du patient, renforcée par l'ajustement automatique du style de communication (posture, ton, regard) en résonance.

Sur le comment de ce processus, deux points sont avancés : l'importance de **vérifier**, auprès du patient, la qualité de compréhension apportée par cette résonance, et surtout la direction de l'**attention**. « *L'empathie ne requiert pas que le médecin expérimente indirectement les émotions du patient et regarde son propre ressenti. L'attention du médecin ne doit pas être indument détournée vers l'introspection. Etre en empathie c'est focaliser son attention sur le patient. **L'auditeur qui serait préoccupé par ses propres émotions en parallèle n'aurait pas le bon focus pour ce processus.*** » (Halpern 2003).

La résonance empathique s'entend donc comme un élément d'analyse d'autrui, plus corporel et automatique qu'intellectuel et volontaire. Elle est à distinguer de l'idée d'une résonance d'une similarité avec l'expérience ou le ressenti du médecin.

Pour certains auteurs, l'empathie clinique repose sur l'utilisation des émotions dans un cadre professionnel dans une perspective proche de la notion de compétences émotionnelles<sup>1</sup>. « *We contend that physicians are more effective healers—and enjoy more professional satisfaction—when they engage in the process of empathy. We urge physicians first to recognize that their work has an element of emotional labor and, second, to consciously practice deep and surface acting to empathize with their patients* » (Larson et Yao 2005).

---

<sup>1</sup> La notion de compétence émotionnelle est brièvement définie dans l'annexe 2

## *b) Ne pas avoir d'exigence*

Faire de l'empathie, entendue comme une compréhension exacte du patient, une exigence professionnelle serait contre-productif pour le médecin comme pour le patient. Il s'agit plus de se laisser guider par la relation qui se construit. En médecine il n'y a pas d'obligation de résultats mais de moyens. L'attention doit se porter sur l'installation de cette compréhension empathique (qui passe par le corps, les émotions, la réflexion et un climat de sécurité psychique) et pas sur un objectif de compréhension exacte.

Il peut être rassurant pour le médecin de rappeler que « *même un minimum de compréhension empathique, une tentative maladroite et tâtonnante pour saisir ce que veut dire le client dans sa complexité confuse, est une aide* » (Rogers 2005, 39). Il existe plusieurs degrés de manifestation de l'empathie. Se focaliser sur un but à atteindre -comprendre exactement mais aussi convaincre- détourne l'attention de ce qui se passe dans la relation donc de l'attention empathique au patient. Comme souligné par Rogers, les attitudes sont plus importantes que les techniques<sup>1</sup>.

Vouloir obtenir un résultat, prouver sa capacité à aider, trouver des solutions est un frein à l'empathie. Renoncer à nos propres intentions pour accueillir, écouter vraiment et accompagner par la reformulation la progression de l'interlocuteur, est un changement assez radical dans la façon d'aborder la relation (Pascale Molho 1999) (M. Rosenberg et Molho 1998).

Voyons ce qu'il est proposé concrètement pour mettre en action l'empathie en consultation.

### III.1.4 Autres phénomènes dans l'empathie

#### *a) Distinction soi/autrui n'est pas un détachement*

Il ne faut pas confondre être distinct et être distant. Le détachement ne protège pas le médecin de la « fatigue de compassion » (Huggard 2003). Se détacher, se couper des

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 1



émotions traduirait plus une méconnaissance des processus de régulation émotionnelle (Gibert et Paris 2010). « *On ignore souvent que l'indifférence ou le cynisme eux-mêmes constituent une variante émotionnelle puissante, mais vécue en négatif, comme une absence.* » (Vannotti 2006).

Pouvoir se distinguer d'autrui sert les principes de la relation d'aide d'accepter l'autre tel qu'il est, ne pas l'étiqueter dans un jugement figé, « *l'accueillir dans son devenir* » (Rogers 2005).

Plusieurs critères guident pour éviter la confusion entre contagion émotionnelle et empathie, c'est-à-dire être distinct mais dans une réceptivité à autrui :

- le souci de l'autre;
- la conscience que les émotions ressenties sont celles de l'autre;
- la conscience que l'autre a des états internes différents des siens;
- la conscience (*awareness*) de la situation de l'autre;
- le degré d'activité cognitive;
- le caractère intentionnel de l'attitude empathique (Favre et al. 2005).

Ces critères appuient l'idée que l'empathie est une conscience, une ouverture à l'autre qui nécessite une sécurité interne et une conscience de soi, mais ne produit pas de dépendance. Une des conditions de l'empathie est d'avoir conscience que le processus de résonance est un indicateur de l'état d'autrui et doit impérativement être distingué d'une résonance, d'un écho avec notre propre histoire, nos propres émotions (Faure et Girardet 2003). Pour cela il est utile que « *chaque médecin s'interroge sur sa propre subjectivité et sur les émotions qu'il ressent dans sa profession* » (Vannotti 2006, 204).

### *b) Conscience de soi*

Plusieurs études ont souligné l'importance des notions de « *self-care* » et « *self-awareness* ». Cette conscience de soi sert à l'établissement de la relation thérapeutique, à se rendre disponible à l'autre tout en se protégeant de la fatigue de compassion. La conférence de consensus de Toronto soulignait cet aspect : « *A physician's personal growth and self awareness are essential bases of effective communication* » (Simpson et al. 1991).

Congruence, attention, écoute, demandent une disponibilité rendue possible par une sécurité interne. Des connaissances sur la relation d'aide, les conditions de l'empathie et la physiologie des émotions soutiennent des pratiques d'attention telle que la « pleine conscience » et nourrissent cette disponibilité. Se donner le droit, en dehors de la consultation, de reconnaître nos propres émotions de soignants, de les légitimer comme nous le faisons avec nos patients et prendre conscience de nos besoins protègent de l'épuisement émotionnel comme d'un détachement excessif par peur de nos émotions. C'est un apprivoisement de l'aspect émotionnel de notre expérience qui est utile pour appréhender le soutien que nous pouvons apporter aux patients. *“Si je peux former une relation d'aide avec moi-même – si je peux effectivement être conscient de mes propres sentiments et les accepter-, alors il y a beaucoup de chances pour que je puisse former une relation d'aide envers quelqu'un d'autre »* (Rogers 2005, 37).

Cette attention à soi est un des éléments qui permet d'éviter la collusion, ce transfert de nos propres problématiques sur celle du patient.

### *c) Assertivité*

Il s'agit aussi de respecter son rôle de soignant. Accepter le patient sans jugement, le légitimer dans ce qu'il vit nous permet d'être plus respectueux de sa demande, dans notre tâche de prise en charge de la maladie. Le patient est expert en ce qui concerne sa maladie, le médecin est expert en ce qui concerne les aspects biomédicaux. La construction d'une relation de confiance permet de partager ces expertises de façon équilibrée pour construire ensemble la prise en charge de la maladie, dans une perspective biopsychosociale. Une écoute empathique, la légitimation des émotions, des attentes et du point de vue du patient est un élément de soutien en soi. Cela ne signifie pas qu'il faille accéder à toutes ses demandes de soins ou de refus de soins. C'est trouver une position juste pour construire ensemble un terrain d'entente qui permette au patient de s'appuyer en confiance sur l'expertise du médecin pour prendre en charge au mieux de ses capacités, sa maladie (Molho 1999).

## **III.2 L'empathie « en action »**

### **III.2.1 Un modèle pour comprendre**

Les patients sont plus marqués par ce qu'ils perçoivent que par ce qu'il s'est effectivement passé ou dit. La façon dont le patient perçoit la délivrance de l'information, comment elle est amenée, partagée par le médecin détermine plus la satisfaction du patient que ce qui a été effectivement dit (Arborelius et Bremberg 1992).

Les patients expriment rarement spontanément et explicitement leur ressenti. Une aptitude relationnelle de base est pour le praticien de reconnaître quand une émotion et/ou une attente est présente sans être dite, puis d'inviter le patient à explorer ce ressenti tout en le légitimant.

Les recherches évoquées en introduction, dans lesquelles des consultations ont été écoutées, constataient une difficulté pour le médecin à se saisir concrètement des signaux du patient qui demanderaient le plus une réponse empathique. Un modèle en a été déduit pour permettre d'analyser le type de signaux émis par le patient et le type de réponse du médecin. Ce modèle est présenté dans le tableau 11 et la figure 7. Celui-ci complète le modèle de Norfolk présenté dans les résultats.

**Tableau 11 : Termes décrivant les expressions d'affects par le patient et les types de réponses du médecin.**

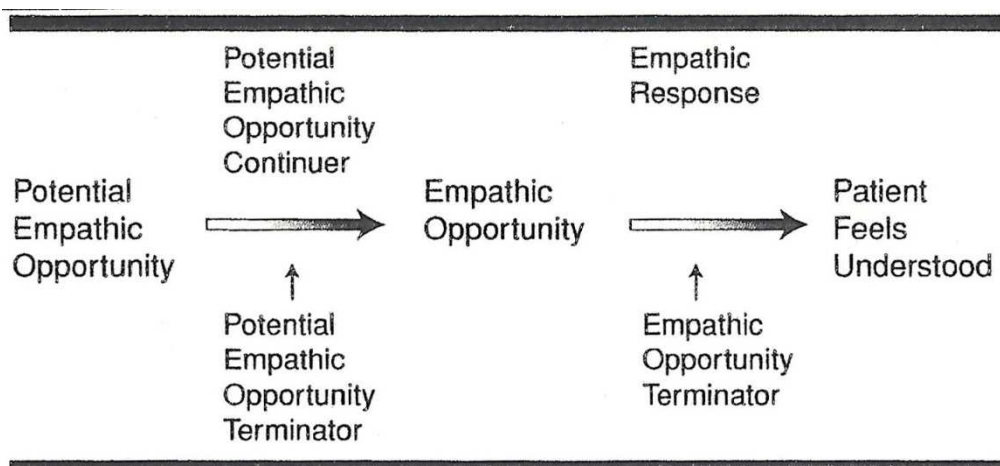
(A L Suchman et al. 1997)

—Definition of Terms Describing Patients' Expressions of Affect and Clinician's Responses

Term	Definition
Empathic opportunity	A direct and explicit description of an emotion by a patient
Empathic response	A clinician's explicitly expressed recognition of a patient's expressed emotion
Empathic opportunity terminator	A clinician's statement that immediately follows an empathic opportunity and directs the interview away from the stated emotion
Missed empathic opportunity	An empathic opportunity that is not followed by an empathic response
Potential empathic opportunity	A patient statement from which a clinician might infer an underlying emotion that has not been explicitly expressed
Potential empathic opportunity continuer	A clinician's statement following a potential empathic opportunity that facilitates further exploration and direct expression of an implied emotion
Potential empathic opportunity terminator	A clinician's statement that immediately follows a potential empathic opportunity and directs the interview away from the implied emotion

**Figure 7 : Séquences des interactions médecin-patient selon les signaux implicites ou explicites du patient et le type de réponses du médecin**

(ibid.)



Il faut souligner que les occasions d'exprimer de l'empathie ne sont pas uniquement le fait d'émotions négatives ou difficiles mais peuvent aussi être des émotions ou constatations positives. Différents articles ont souligné l'importance de la valorisation et des encouragements (A L Suchman et al. 1997) (Back et al. 2010). Des exemples de ces différents signaux sont donnés dans le tableau 12.

**Tableau 12 : catégories de signaux ou « opportunités d'empathie » exprimés par les patients**

(Bonvicini et al. 2009)

Empathic opportunity rules of the empathic communication coding system (ECCS).

Level and name	Description of patient created empathic opportunities
Category 1—emotional feeling statement An emotional feeling statement is one where the patient describes him or herself feeling an emotion. This emotion should be one that is being felt at the present time. The emotional statement may be related to a physical problem ("My knee really hurts and I'm worried that it might be bone cancer."), a psychosocial concern ("I am scared that I am going to be laid off from my job" and may be either negative as in the above examples or positive ("I am so proud of myself for quitting smoking.")	
Category 2—progress statement A progress statement is an explicit statement that the patient makes about a positive development in physical condition that has improved quality of life, a positive development in the patient's life, or a recent, very positive, life-changing event. Examples include, "By following that diet, I've gotten my weight down pretty good," "I just retired."	
Category 3—challenge statement A challenge statement is an explicit statement that the patient makes about the negative effect a physical or psychosocial problem is having on the patient's quality of life, or a recent, devastating, life-changing event. Examples include, "My arm hurts so bad, I can't do my work very well," "My husband and I decided that we are going to get divorced."	

**III.2.2 Du côté du patient**

La dernière étape du modèle présenté à la figure 7 montre que ce qui valide l'utilisation de l'empathie est la façon dont le patient perçoit l'interaction et ce qu'il en retire pour son bien-être et la satisfaction de ses besoins.

Un des aspects de l'empathie consiste à identifier les attentes et les besoins du patient et à le reconnaître. Cette écoute et cette disponibilité ne sont pas forcément dans un registre émotionnel. Un patient peut arriver en consultation avec des demandes et des questions précises à poser à un expert. Sa demande est d'être écouté, compris, considéré. Si le médecin l'interrompt pour poser les questions qu'il pense utile à ses attentes et ses objectifs de soignant, cette consultation est dans un autre registre que l'empathie. Dans ce

genre de cas ce ne sont pas les émotions mais les attentes et besoins du patient qui demandent à être reconnus et légitimés (M. Rosenberg et Molho 1998).

Le médecin peut s'aider de diverses ressources pour reconnaître les demandes du patient. L'habitude d'analyser rétrospectivement (ou sur des supports enregistrés) des moments clés d'une consultation peut aider à développer cette attention. Par exemple une analyse tirée des techniques du théâtre (de Schweinitz 2008) selon trois questions : 1) Qu'est-ce que je veux (objectif) ; 2) Qu'est-ce qui est sur mon chemin (obstacle) ; 3) Qu'est ce que je fais pour l'obtenir (stratégie). Une autre approche est celle de la Communication Non-Violente qui propose de rechercher les éléments suivants, chez le patient lors de la phase d'écoute, chez le soignant si ces éléments sont trop présent et gêne l'écoute : 1) Observation : quels sont les faits sans analyse ni jugement ? ; 2) Sentiments : Quelle émotion leurs est corrélée ? ; 3) Besoin : quel besoin déclenche cette émotion ? ; 4) Demande : que demande le patient pour répondre à ce besoin ? (Ansembourg 2004) (M.-B. Rosenberg 2004).

Mais c'est encore le patient qui est le mieux placé pour faire un retour au médecin à propos de l'empathie qu'il ou elle a pu ressentir pendant la consultation.

Mercer insiste sur cette phase de « mise en action » de l'empathie qui s'appuie sur le partage et la vérification de la compréhension du patient, pour permettre « *d'agir avec lui dans un but thérapeutique.* » (Stewart W Mercer et al. 2008). Il a développé une échelle d'évaluation à destination des patients pour recueillir leurs impressions sur cet aspect de la consultation, l'échelle CARE, *Consultation and Relationnal Empathy measure*<sup>1</sup>.

Il est important de considérer ce que chaque patient attend d'une consultation. « *The perception of empathy is not solely determined by the physician's characteristics, but equally may lie in the personal characteristics and expectations of patients; curiously, this aspect has not been much explored. Rather, the focus is on what patients consider to be the degree of empathy exhibited by a doctor, which may simply be based on a doctor's more open and reassuring communication style* » (Looi 2008).

---

<sup>1</sup> Consultable dans l'annexe 5

### III.2.3 Les six étapes de la relation empathique

Ce processus d'une relation empathique est schématisé en six étapes (Vannotti 2006, 205) :

- Reconnaître les moments d'émotion du patient
- Demander au patient ce qui se passe
- Nommer l'émotion
- La légitimer
- Respecter les efforts du patient pour faire face
- Lui offrir écoute et disponibilité dans l'instant et pour le futur.

### III.2.4 Conséquences pour la formation

Etre dans l'empathie se traduit par des objectifs concrets : reconnaître et refléter les sentiments du patient.

Cinq applications pratiques et des possibilités de formation liées sont déduites de ce modèle :

- Une compétence de base à travailler est la **reconnaissance des besoins**.
- Complémentaire de la reconnaissance des émotions qui accompagnent éventuellement ces besoins, y compris lorsqu'elles ne sont pas directement exprimées par le patient.
- Etre attentif à l'utilisation qui est le plus souvent inconsciente de freins lors d'une opportunité empathique. Cela peut se faire par une conscience de ses attentes et de ses objectifs en tant que médecin, et leur comparaison avec ceux du patient, de façon à respecter l'autonomie du patient sans lâcher ni imposer son rôle de soignant. Les approches de **self-care** ou de *self-awareness* semblent intéressantes pour cet objectif, ainsi qu'un entraînement à l'analyse critique du **raisonnement médical**.
- Etre attentif à la répétition d'éléments ou à l'insistance du patient sur certains aspects qui doivent alerter le clinicien et l'encourager à explorer ces aspects plus attentivement. Les pratiques de « **pleine conscience** » aident à se rendre disponible et attentif. Des connaissances sur le **rôle des émotions et des besoins** et la **psychologie de la santé** sont des motivations.

- Eviter l'écueil de « vouloir » témoigner de l'empathie immédiatement en reformulant. Il est parfois préférable de se laisser du temps pour se faire une idée plus globale et saisir le moment où une réponse est appropriée. Un entraînement régulier à **l'écoute active** peut être bénéfique, ainsi qu'une connaissance des **biais et limites** de l'empathie pour rester dans son rôle de médecin.
- L'empathie elle-même n'est pas à aborder comme un objectif : être empathique avec le patient, mais comme un moyen pour créer une relation thérapeutique. Suivant le contexte de la consultation, cet élément de « l'effet médecin » peut être plus ou moins utile. L'utilisation de l'arsenal thérapeutique du médecin en fonction de ses **différences contextuelles** est un moyen pour ne pas se limiter au modèle biomédical mais de l'enrichir par d'autre.

## IV L'empathie est-elle nécessaire ?

### IV.1 Des différences individuelles

L'empathie dépend en partie de la personnalité. Certains utiliseront plus facilement une compréhension théorique d'autrui, de ses représentations et de ses pensées alors que pour d'autres il est plus facile de « se mettre à la place ». Il s'agit de deux aspects complémentaires de l'empathie (Tisseron 2010, 33)<sup>1</sup>.

« *La pratique d'une médecine empathique relève d'un ensemble de caractéristiques personnelles qui participent d'une certaine vision du monde, celle-ci ne peut pas être partagée par tous les praticiens* » (Vannotti 2006, 197). Les effets de l'empathie pour la qualité des soins et les connaissances sur son rôle et celui des émotions dans la relation devraient être connus des médecins. Il s'agit de donner des outils pour que chaque praticien puisse faire un choix éclairé, pas d'imposer une norme ni une technique de relation. Et permettre à chacun de reconnaître cette demande du patient, pour éventuellement lui proposer une aide extérieure (autres membres de l'équipe soignante, confrères...). Ces

---

<sup>1</sup> Voir également la théorie de l'esprit et la théorie de la simulation, annexe 1



variations individuelles se font dans le cadre des principes déontologiques de la profession médicale : respect du patient et de son autonomie.

Surtout un respect des libertés individuelles ne doit pas conduire à une empathie sélective en fonction des personnes. Une connaissance des biais et limites de l'empathie est indispensable.

## IV.2 Contexte

La relation médecin malade ne dépend pas d'un modèle unique mais doit s'adapter à chaque histoire, à chaque situation, à chaque rencontre, elle évolue selon les besoins, selon la gravité et la temporalité de la pathologie, -grave ou bénigne, aiguë ou chronique. Le médecin est amené à endosser plusieurs rôles, toujours guidé par une attitude respectueuse de la personne, de son autonomie et par une intention bienveillante à l'égard de son patient.

Il n'existe pas de « *panacée universelle* » permettant de privilégier un modèle unique de relation. Comme il n'existe aucun traitement miracle et passe-partout, il existe plusieurs types de relation permettant de diversifier la palette des outils relationnels pour s'adapter à la variété des situations rencontrées en pratique. (Marie-Therese Lussier et Richard 2008)<sup>1</sup>. L'empathie doit s'adapter au contexte de la consultation de façon consciente pour éviter les effets négatifs du décalage empathique (B. Maxwell et Racine 2010).

Apprendre à s'adapter, moduler son comportement en fonction du contexte : comme les gestes d'urgences qui devraient être des automatismes, s'adapter au contexte et être vigilant aux signaux du patient et/ou de ses proches. Pouvoir se reposer sur une équipe (à l'hôpital, mais aussi en ville dans le choix de ses correspondants et la connaissance de personnes ressources (assistantes sociales, associations d'aide à domicile, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, et pourquoi pas sophrologue, cours de yoga ou autre pratiques pour prendre soin de soi).

---

<sup>1</sup> Leur modèle est présenté dans l'annexe 5

## IV.3 L'empathie et le raisonnement clinique

### IV.3.1 Qualité de l'entretien et de la prise en charge

Une étude ancienne a montré l'importance de la communication pour le recueil des données en début de consultation (H B Beckman et Frankel 1984). Cette importance de moment d'écoute non dirigée par un interrogatoire sur les symptômes pour optimiser le recueil des données a été confirmée depuis par plusieurs approches (Moira Stewart 2005) (Tate 2004). Il est important et ne prend pas plus de temps de laisser le patient s'exprimer librement, sans diriger immédiatement l'interrogatoire, pour éviter une perte d'information et la survenue de demande en fin de consultation (Tate 2004) (Vannotti 2006). Une écoute active qui légitime ce qui est dit est plus efficace qu'une écoute détachée qui incite le patient à reformuler, à insister, le détachement de l'interlocuteur ne lui apportant pas la preuve d'être entendu, compris (Rogers 2005).

Recueillir et identifier les besoins et les attentes en début de consultation est un des éléments qui permet de l'organiser avec le patient, et de déboucher sur une base d'entente commune utile à la compréhension et au traitement de la maladie.

Une approche centrée sur le patient dont l'empathie est un des éléments permet de rationaliser le recours à des prescriptions d'exams ou d'avis (M Stewart et al. 2000). « *Les besoins du patient d'être compris et aidé, opposé au fonctionnement du médecin centré sur la maladie expliqueraient les prescriptions répétées, toujours les mêmes pendant des années* » (Lesplingard 1990).

### IV.3.2 Empathie et prise de décision

« *Any medical understanding and practice include ambiguities and interpretations* » (R. Pedersen 2010). La formation à l'empathie en plus de la développer, peut contribuer à développer également la perception et le jugement clinique. Pedersen ou Tate ont passé en revue des études qui font un lien entre l'empathie et la précision du diagnostic, la résolution de situations complexes ou la gestion des erreurs (ibid.) (Tate 2004). Dans un livre sur le

processus de la décision médicale, après les éléments de l'analyse décisionnelle le Pr Junod analyse les modulateurs et parasites de la décision médicale. En plus de la personnalité et des caractéristiques du médecin, un certain nombre d'automatismes et de représentations dépendant des expériences passées influencent la prise de décision et le raisonnement : il s'agit des heuristiques médicales (comme les biais narcissique, d'ancrage, de regret). Junod rappelle que le médecin est un homme dont le jugement subit les influences des émotions. *«Reconnaître leur existence, voire même leur légitimité est un premier pas vers l'appivoisement»*. (Junod et Nendaz 2007). *« Tout fait est sélectionné, interprété, porteur de valeurs pour un individu. Les médecins sont des individus comme les autres avec des préjugés qui peuvent les influencer. Il est utile de savoir s'évaluer soi-même, d'apprendre à tolérer l'ambiguïté et de reconnaître que le savoir individuel est souvent partiel, partial et incomplet »* (R. Pedersen 2010). Dans des situations de complexité et d'incertitudes, notre comportement décisionnel en tant que médecins est alors souvent éloigné de l'idéal rationnel et objectif qu'on lui prête, et *« la reconnaissance de ce phénomène et la description des sentiments qui en expliquent l'expression devraient permettre à chaque médecin individuel de mieux percevoir les limites de son raisonnement et de susciter une réévaluation de son mode de fonctionnement »* (Junod et Nendaz 2007). *« Il importe que le médecin s'interroge sur les représentations qu'il a de son rôle et de sa fonction. L'attitude du médecin et son interprétation des dires du patient repose en effet sur des représentations et des expériences personnelles implicites qui débordent la pure objectivité médicale et peuvent distordre son mandat de soins »* (Vannotti 2006, 204). Plusieurs auteurs se rejoignent pour souligner que l'empathie pour soi est un moyen pour prendre conscience des éléments évoqués ici et de leur influence dans la pratique.

#### IV.3.3 Empathie, raisonnement éthique et responsabilité

L'empathie est une manière de participer à l'humanité de l'autre et de soutenir les principes de l'éthique médicale de bienfaisance et de non-malfaisance, d'autonomie et de justice. S'y ajoute le principe de vulnérabilité qui appuie sur la responsabilité d'une approche des soins systémique, qui prend en compte la personne avec sa maladie et son environnement. Les liens entre empathie et éthique sortent du cadre de la profession

médicale, dans un appel à un souci de l'autre et une reconnaissance de la vulnérabilité et de l'interdépendance de chacun (Vannotti 2006, 220) (Pelluchon 2011).

Maxwell développe les liens entre l'empathie et les éléments d'une décision éthique comme résumé dans le tableau 13.

**Tableau 13: Relation entre l'empathie et les éléments d'une décision éthique**  
(B. Maxwell et Racine 2010)

Reasons for Prioritizing Empathic Development in Biomedical Ethics Education  
Based on James Rest's Four-Component Model of Moral Psychology

Component	Description	Application of Rest's Model to Empathy in Medical Ethics Education
1. Moral sensitivity	Perceiving a situation as presenting a moral problem, imagining and predicting the effects of action alternatives on others' welfare	Empathy supports a better initial analysis and interpretation of moral problems and is implicated in perceptive capacities that enable human beings to recognize moral problems as moral problems. Fostering empathy among medical students is part of a wider imperative to develop ethical sensitivity and moral imagination.
2. Moral judgment	Identifying morally right or preferable actions on the basis of considered reflection	Not applicable.
3. Moral motivation	Moral integrity or moral responsibility, consistency between moral judgment and moral action	Empathy moves people to actively seek to rectify moral wrongs that it helps them perceive. Empathy motivates individuals to do their best to solve the moral problems that they confront in professional practice.
4. Moral character	Personological factors that affect the agent's determination to execute moral actions and pursue goals, strength of will to resist impediments like fatigue, distractions, and setbacks	Empathy is a trait of character necessary for medical professionalism and features among the ethical attributes that the medical practitioner is expected to possess. Professional medical education needs to focus on the endowment of empathy.

L'apprentissage de la sensibilité morale (reconnaître une question éthique), du jugement moral, de l'intention et d'un comportement moral peut se faire indépendamment

de celui de l'empathie. Mais le développement moral individuel gagne à être mis en lien avec l'empathie, qui peut le soutenir comme le limiter du fait des biais de l'empathie.

## V L'empathie est-elle suffisante ?

### V.1 Biais et limites

Si l'empathie paraît nécessaire, elle n'est pas suffisante. Evidemment parce qu'elle n'est qu'une des compétences nécessaires à la pratique de la médecine, mais d'autres limites de l'empathie sont moins évidentes donc importantes à souligner.

La première est dans la face sombre de l'empathie : la possibilité de l'inhiber en partie pour manipuler et nuire. C'est « l'empathie » du prédateur, cette capacité de deviner les intentions, les émotions, les états d'esprit de l'autre pour l'instrumentaliser.

Une autre limite est dans la face plus lumineuse de l'empathie, qui tient à son côté spontané, automatique : avoir l'impression que l'on sait, lorsque l'on regarde quelqu'un, ce que cette personne ressent alors que l'empathie ne nous en offre qu'un aperçu. *« L'empathie est la base de la fraternité, c'est ce qui nous rend les autres présents mais c'est insuffisant, et ce qu'il nous faut apprendre, c'est que chaque personne est toujours plus que ce que l'on peut en ressentir, plus que ce que l'on peut en comprendre, plus que ce que l'on peut en décrire. Chez chaque personne il y a toute l'humanité, c'est sans doute ce qui fonde la notion d'égalité »* (Ameisen 2010).

Une autre idée faussée, interprétée, du phénomène de « se mettre à la place », serait de projeter ses propres sentiments dans la situation du patient, et ainsi de limiter son éventail de réactions à celles que l'on connaît. Il y a un danger d'une empathie fondée sur des stéréotypes : tous les êtres ont les mêmes caractéristiques, les mêmes sensations (Forrest 2011).

Lorsque pour des raisons culturelles, les personnes n'expriment pas sur leur visage, dans leur voix, les sentiments et les états d'esprit de la même façon que nous sommes habitués à les voir chez les autres depuis l'enfance, cela peut créer des malentendus.

L'empathie nous trahit également dans des situations de handicaps et de maladies dans lesquels la capacité d'expression du corps et du visage est atteinte. Par exemple dans la maladie d'Alzheimer, quand la mémoire commence à se transformer, la parole devient plus difficile, les expressions du visage se mettent à paraître non familières, inadaptées. Les proches ont parfois l'impression que la personne est en train de disparaître, que sa vie intérieure, comme sa vie antérieure à la maladie, est en train de s'amoinrir alors que sentiments et sensations sont toujours présents (F. Arnold et Ameisen 2008).

L'empathie peut limiter voire contrevenir une décision éthique en favorisant un patient connu ou présent au détriment du principe de justice et de l'égalité de l'accès aux soins (Lamy et al. 2006).

Ces situations illustrent les principaux biais de l'empathie<sup>1</sup> :

- Le « biais de l'ici et maintenant »
- Le « biais des relations de proximité »
- Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe ».

La connaissance de ces biais est importante pour être en relation avec l'altérité, la différence de chaque personne sans la limiter, dans cet instant d'empathie, par l'étiquette d'un symptôme, d'un type de personnalité ou de réaction. Le risque d'incompréhension, de conflit est inhérent à toute relation. Au lieu d'éviter ce risque en cherchant à convaincre ou à être d'accord, l'empathie invite à explorer chaque point de vue pour permettre à chacun de vivre cette différence dans des relations constructives (Ansembourg 2004). En médecine il s'agit de prendre en compte le vécu du patient.

## **V.2 D'autres aptitudes**

D'autres aptitudes soutiennent une pratique humaniste de la profession. Vannotti en souligne quatre : il ajoute à l'empathie, le courage, la détermination, et la prudence (Vannotti 2006, 244–245). Courage d'apprécier la portée éthique des actes, détermination à

---

<sup>1</sup> Ces biais sont expliqués dans l'annexe 1

soigner dans l'acceptation de ses limites et des ressources du système de santé, prudence dans les choix des investigations et des traitements.

Il apparaît également que l'empathie ne peut être abordée sans une connaissance des émotions, de leur vocabulaire, de leur expression et de leur utilisation (Forrest 2011). La résistance à leur faire une place dans le soi, la crainte réelle ou imaginaire d'un déferlement, la méconnaissance de leur rôle sont des limites à leur reconnaissance chez soi ou chez les patients, et donc une limite à l'empathie (Vannotti 2006, 202) (Mikolajczak 2009).

Enfin l'empathie n'est qu'un des aspects de l'approche centrée sur le patient, qui s'intéresse au vécu du patient (Stewart 2005).

## **VI Plusieurs points de vue sur la maladie et la santé**

Il s'agit donc de s'intéresser au vécu du patient. Les résultats présentés évoquaient la prépondérance d'un modèle de pensée de la maladie et de la santé principalement biomédical. Ce modèle est celui de la méthode scientifique analytique, où la compréhension d'un système, ici le corps humain, passe par l'étude détaillée de ses éléments constitutifs du plus complexe (l'organe) au plus simple (la molécule), puis par celle des types d'interactions entre ces éléments. Dans ce modèle la maladie se pense en termes d'altération ou de dysfonction de structure, molécule, organe, corps. La maladie renvoie à des faits objectifs, aux processus biologiques provoquant des symptômes voulus objectifs, universels. Cette logique analytique a été indispensable au développement de la médecine moderne, mais n'est plus actuellement le seul fondement de la connaissance. Dans ce modèle la réalité de la maladie est somatique, dans ce que l'on peut déceler comme dommage objectif dans l'organisme, alors que pour le patient, la réalité de la maladie est aussi « *pathique* »<sup>1</sup>, dans le

---

<sup>1</sup> « *La maladie peut se définir comme ce processus par lequel le sujet subit une atteinte au départ de son propre corps. Des modifications peuvent survenir au niveau biologique, mais la maladie et le pàtir (constitutif de la condition de patient tout comme de la pathologie) ne deviennent des données phénoménologiques réelles qu'à partir du moment où le niveau personne est impliqué, c'est-à-dire à partir du moment où le sujet fait l'expérience d'un malaise ou d'une détresse. La maladie n'est jamais, en ce sens, un phénomène purement*

ressenti de sa souffrance, dans son expérience singulière et non objectivable (Vannotti 2006, 25–30). « *Le modèle biomédical comporte donc un problème de base qui rend compte pour une bonne part du malaise éprouvé dans la société face à la médecine, et de celui que les médecins eux-mêmes peuvent ressentir en présence de situations face auxquelles leur modèle classique de pensée et d'action les laisse en partie démunis. [...] L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain* » (ibid., 27)<sup>1</sup>.

Une trop grande rationalité du médecin met à l'écart la perception par le malade de sa propre souffrance, alors que toute maladie peut être un « *drame* » dans le sens de l'irruption d'une part d'étranger, d'incontrôlable (D. Sicard 2011). Cela engage le médecin dans un effort d'attention, de reconnaissance de l'asymétrie de la situation et de la situation de vulnérabilité du patient. Le médecin est un « *passeur* », l'interprète entre le savoir et l'histoire du patient (ibid.).

L'importance des aspects scientifiques de la médecine, s'ils ne sont pas replacés dans le contexte du soin comme la médecine fondée sur les preuves invite à le faire, peuvent conduire à une relation autoritaire plutôt qu'une relation de confiance reconnaissant la valeur de la perspective de chacun.

« *Beaucoup de médecins [...] ne veulent pas admettre qu'on en apprend tous les jours, qu'on est humain, qu'on ne sait pas toujours tout ! Je me suis sentie misérable, gamine... Et mon fils en a subi les conséquences, j'ai été gênante pour eux. On ne nous a pas écoutés* » (Compagnon et Ghadi 2009, 21). « *Les médecins nous font faire des examens mais n'ont pas de dialogue avec nous. Je l'ai remarqué, l'examen est passé et c'est fini. Ils passent toc ils sont repartis, pas de dialogue. Ils ne nous mettent pas psychologiquement en confiance, parce que l'on a peur, vous voyez* » (ibid., 39).

---

*biologique. Elle atteint un organisme qui, avant de pouvoir se réduire à un corps physique, est le corps propre d'une personne, un corps habité. Or, c'est toujours au départ de son corps - et ce n'est jamais qu'à travers celui-ci - que l'homme agit, ressent, pense et communique, en sorte que tout événement qui l'atteint dans son corps atteint immédiatement la base de toutes ses possibilités d'existence. La notion d'expérience pathique de la maladie condense précisément tout ce en quoi la maladie affecte ou fait pâtir le patient.* » (Vannotti, [http://www.cerfasy.ch/cours\\_phenom.php](http://www.cerfasy.ch/cours_phenom.php))

<sup>1</sup> Ce livre étoffe des articles consultables gratuitement : <http://www.cerfasy.ch/cours.php>



En explorant le vécu du patient avec lui, une relation empathique redonne une place d'expert de sa maladie au patient. L'empathie invite à considérer comme un tout trois aspects de la maladie : le sens scientifique, au sens social, et le sens du ressenti du patient. Que se soit du côté du patient ou du médecin, le sens social et le ressenti sont souvent passés sous silence. De nombreuses recherches comme celles évoquées en introduction sur les effets de l'empathie et des modèles biopsychosocial ou centré sur le patient montrent l'importance de ces approches intégrées non seulement pour la compréhension du patient mais pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales adaptées (Moreau et al. 2006) (M Stewart et al. 2000) (M. A. Stewart 1995) (Little et al. 2001).

Le savoir-être, comme les compétences relationnelles et l'empathie, pourtant au programme des Epreuves Classantes Nationales (ENC), semble traité occasionnellement ou de façon optionnelle plutôt que faire l'objet d'un enseignement académique soutenu. Ce travail présente des éléments pour intégrer ces aspects dans la formation médicale, par des apprentissages et des évaluations.

## **VII Un besoin d'évaluations adaptées**

### **VII.1 Du savoir aux compétences**

L'évaluation des connaissances et des capacités soutient leur apprentissage, leur mémorisation et leur utilisation en pratique (Michalec 2010b).

Pour un patient, ce qui compte, c'est plus ce que « fait » le médecin et comment il le « fait » (de manière humaine) que pourquoi il le fait. Et pour l'enseignant c'est par l'observation de ce que font les étudiants qu'il est possible d'évaluer s'ils ont acquis non seulement des connaissances, mais aussi la capacité de les utiliser dans leur contexte : la relation au patient ou la coopération avec d'autres professionnels de santé.

L'ambiguïté de la classification en termes de savoirs conduirait à un mélange du concept d'évaluation et de celui de formation, et à des examens qui ne « *mesurent les compétences professionnelles qu'avec un très faible niveau de validité* » mais mesurent plutôt la capacité à réciter le contenu de l'enseignement (Guilbert 2001). Il est proposé de

remplacer l'expression « savoir, savoir-faire et savoir-être » couramment utilisée par les termes de compétences intellectuelles, gestuelles et à communiquer avec autrui (ibid.).

Le terme de compétences renverrait plus aux capacités nécessaires pour résoudre les problèmes des patients, à des « comportements », c'est-à-dire une mise en action des savoirs. L'important n'est pas de savoir la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire mais de pouvoir mettre en œuvre cette prise en charge sur le terrain, tout comme il ne suffit pas d'apprendre ce qu'est l'éthique et la déontologie médicale pour agir en conséquence.

D'autres formes d'enseignement et d'évaluation sont nécessaires en complément des enseignements et examens théoriques traditionnels. Il s'agit, pour les étudiants, de ne pas sous-estimer certains aspects de leur métier et ce que les patients attendent d'eux ; et pour leurs formateurs de ne pas sous-évaluer des aspects importants de la pratique comme les capacités d'intégrer les connaissances dans le contexte du soin, la gestion de l'incertitude, de l'information, de l'erreur et du partage de décisions, le travail en équipe, les aspects économiques, la capacité à assurer la remise en question et l'actualisation continue de ses connaissances, et les différents référentiels de la relation médecin-patient.. « *Si les aspects cognitifs, techniques et intégratifs sont en général bien développés dans l'apprentissage médical, les notions pédagogiques concernant l'affectif et le savoir faire sont plus difficiles à mettre en exergue lors de l'enseignement facultaire* » (Bonnetblanc, Sparsa, et Boulinguez 2006).

## **VII.2 Mesurer l'empathie**

Evaluer l'enseignement d'un mode relationnel empathique peut se faire de différentes manières : en évaluant des connaissances, théoriques, en proposant des auto-évaluations, en notant des jeux de rôles et surtout en demandant l'avis des patients. Les résultats peuvent s'exprimer de deux façons : chiffrés à des fins de classement et de sélection, ou sous formes de commentaires pour guider l'étudiant dans ces apprentissages.

### VII.2.1 Auto-évaluations

Il est beaucoup fait mention des échelles d'auto-évaluation de l'empathie, développées dans un contexte général comme l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) ou spécifique au domaine médical comme la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)<sup>1</sup>.

Ces échelles évaluent peut-être plus la compréhension de ce qu'est l'empathie que la faculté d'être en empathie (Colliver et al. 2010). Elles n'évaluent pas directement les compétences en communication mais la compréhension et la confiance que l'étudiant a dans ses compétences : l'impact peut être positif (la confiance nourrit la compétence) comme négatif (trop confiant pour continuer à apprendre, réponse en fonction de ce qui est supposé attendu). Comme pour les compétences intellectuelles et gestuelles, la fiabilité de l'auto-évaluation pourrait être faible comparée à une évaluation en pratique (ibid.).

C'est un même temps un outil simple pour aborder ce qu'est l'empathie, ses différents aspects et comment chacun les perçoit. D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'intérêt de ces mesures.

### VII.2.2 Evaluation par le patient

Des échelles d'évaluation par le patient ont également été mise au point, courte comme la *Jefferson Scale of Patient's perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) ou plus longue comme l'échelle CARE, *Consultation and Relational Empathy measure*<sup>2</sup>.

L'analyse et l'utilisation de ces échelles diffèrent selon le contexte de l'utilisation. Elles sont simples et n'évaluent qu'un aspect de l'empathie (peut-être le plus important pour le patient, ce qu'il en perçoit) ce qui peut être une limite. Dans le cadre d'une étude d'évaluation d'une formation, il est possible de les coupler avec différentes échelles d'auto-mesure (Riess et al. 2011). Et dans le cadre d'un apprentissage, c'est à la fois un moyen de s'évaluer et de montrer au patient que l'on se soucie de son avis.

Une de ces évaluations pourrait être utilisée lors des stages ou lors de l'examen pratique en fin de second cycle, à titre informatif pour l'étudiant et ses formateurs. De plus

---

<sup>1</sup> Ces échelles sont consultables dans l'annexe 6

<sup>2</sup> Voir Annexe 5.

amples recherches et analyses seraient nécessaires pour juger de l'intérêt de les inclure dans la note de cet examen.

### VII.2.3 Evaluation par un tiers

Une évaluation en situation peut aussi être faite par un observateur externe en situation réelle ou de simulation (jeux de rôle). Des méthodologies sont proposées sur la base de l'écoute d'enregistrement de consultation (A L Suchman et al. 1997). Des échelles d'observation directe par un tiers, extraites des articles revus, sont proposées dans l'annexe 5. L'observateur peut être le maître de stage ou un médecin du service, un autre étudiant ou un autre soignant (infirmier, aide-soignant) ce qui participerait au climat de collaboration dans la réalisation des soins et aux échanges. La question est celle de la valeur donnée à ces évaluations, par la faculté, par l'observateur et par l'étudiant. « *If students are too busy concentrating on how to act as if they care (because someone is evaluating them for those very behaviors), the idea of developing genuine, empathic connections with patients may not be a high priority for their professional development* » (Wear et Varley 2008).

Des échanges respectueux et constructifs entre l'étudiant, l'évaluateur et éventuellement le patient (réel ou simulé) peuvent aider à donner un sens et un intérêt aux résultats de ces observations. Un contexte de « *supportive learning* » était mis en avant comme influençant la portée de ces évaluations par plusieurs auteurs (Kind, Everett, et Ottolini 2009) (Pohl, Hojat, et Arnold 2011) : créer un environnement qui favorise la prise de responsabilité de l'étudiant pour sa formation et celle de ses pairs en donnant à voir et à réfléchir ses compétences et ses faiblesses.

Si les évaluations au cours de jeux de rôle étaient critiquées par certains pour leur inauthenticité (Wear et Varley 2008), c'est leur couplage avec une analyse réflexive et des débriefings « *en profondeur* » qui permettrait de connecter l'évaluation de comportements « *en surface* » avec des réactions authentiques (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008) (Larson et Yao 2005) (Steele et Hulsman 2008) (Johana Shapiro 2002).

#### VII.2.4 Intérêts de ces mesures

Utiliser dans la formation des étudiants et des médecins, l'intérêt de ces échelles et de leur résultats est de rendre concret le concept d'empathie : dans un environnement ou de plus en plus d'éléments sont chiffrés, mesurés, il y a une tendance à ne considérer comme réel que ce qui a une valeur numérique (Gori, Sauret, et Abelhauser 2011).

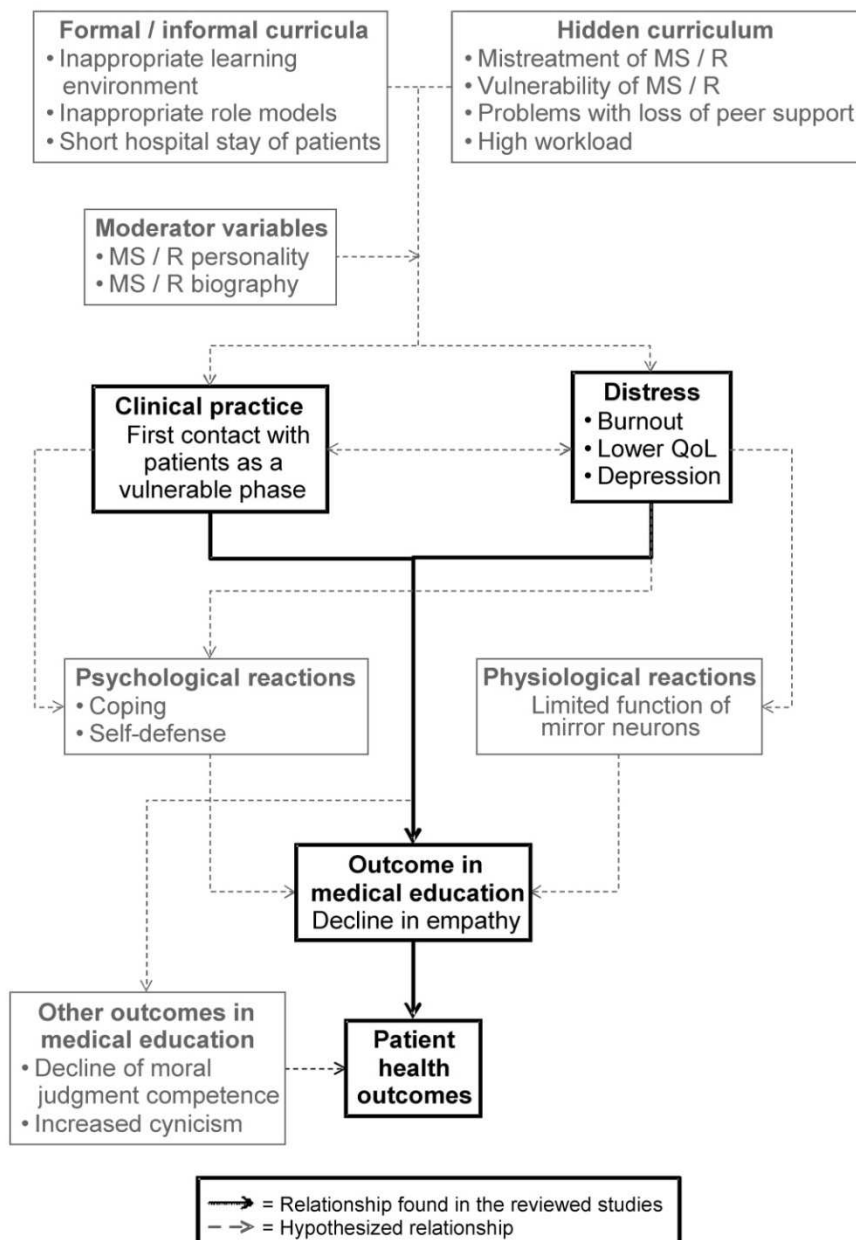
L'utilisation de ses scores s'orienterait moins vers un consensus quand aux normes des résultats à obtenir que vers le dialogue qu'ils peuvent susciter et la confrontation de pensées divergentes, expression nécessaire pour que chacun décide et expérimente. Une mise en réflexion, un échange permettent de ne pas se limiter aux résultats produits mais de garder son attention sur les questions auxquelles l'empathie se rapporte : qu'en est-il de la rencontre avec le patient dans nos pratiques, à quelles demandes et responsabilités éthiques mais aussi humaines répond-elle ?

## VIII UN BESOIN DE RECHERCHES COMPLEMENTAIRES

Une revue récente a cherché à réunir les différents facteurs en lien avec une baisse de considération pour l'empathie au cours des études médicales. Ces différents facteurs sont résumés dans la figure 8.

**Figure 8 : « Modèle des raisons contribuant à un déclin dans l'empathie pendant la formation initiale et l'internat » (Neumann et al. 2011)**

MS = medical student; R = resident; QoL = quality of life



Des perspectives de recherche sont données par les hypothèses de lien entre l'intérêt pour l'empathie et les capacités à être empathique, et différents aspects de la formation médicale et des mécanismes qui se mettent en place pour faire face aux différents facteurs de stress de cette formation.

Nous n'avions pas prévu, dans les hypothèses, le concept de « curriculum caché » et sa prévalence dans les résultats. Le curriculum caché peut être une influence positive ou négative. Il renvoie à l'expérience et à la pratique du métier de soignant apprise et observée lors des stages. Par exemple il désigne des comportements de soignants observés lors des stages, qui vont de rentrer sans frapper dans une chambre à des manques d'égard plus grave envers des personnes en situation de vulnérabilité (Compagnon et Ghadi 2009). « *Ce qu'une personne bien portante peut considérer, à juste titre, comme une impolitesse, une incivilité, un manque d'égard, de respect, une carence, une incompétence, un défaut ou une absence d'organisation, une incohérence, etc., est ressenti par une personne soignée, hébergée, comme une agression, une maltraitance la mettant dans un climat d'insécurité, d'infériorité, d'incongruité, de rancœur, de souffrance* » (Prescrire 2011).

Pour beaucoup d'auteurs il semblerait que ce soit un facteur important pour le développement de l'empathie et des autres comportements moraux, déontologiques ou éthiques au cours de la formation médicale, les soutenant lorsqu'il offre des modèles positifs, les freinant lorsque les modèles ne les pratiquent pas eux-mêmes (Janssen, Macleod, et Walker 2008) (Neumann et al. 2011).

Deux remarques, concernant les aspects négatifs du curriculum cachés, sont importantes. Premièrement ils ne doivent pas conduire à des généralisations. Il semble que ce soit plus une influence globale, collective, qu'un manque de tous les soignants. C'est-à-dire que chaque soignant individuellement peut témoigner ou manquer d'empathie (ou d'autres valeurs comme le respect) en fonction de la situation. Deuxièmement il implique l'ensemble des soignants et pas uniquement les médecins<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Un témoignage sur les contre-modèles d'autres soignants: <http://docmaman.canalblog.com/archives/2011/10/29/22511567.html>

Le terme de curriculum « caché » ne semble pas faire référence à une quelconque dissimulation, ces comportements étant observés aussi bien par les soignants que par les patients et leurs proches. Il est plutôt en relation avec le fait que cet aspect prépondérant de la formation, l'expérience du soin, du lien entre la théorie et la pratique ne fait pas l'objet d'une formation explicite et « *reste souvent inexploré et désarticulé du curriculum formel* » (Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists 2011). Il peut arriver à chacun d'être plus ou moins consciemment en défaut par rapport à un comportement empathique, déontologique ou responsable. Une réflexion individuelle ou collective permet la recherche de solution pour éviter cela.

Une autre influence de ce curriculum vient de la coupure par rapports aux émotions qu'il transmet. Il est humain d'être touché par des situations de tensions, de souffrance, la confrontation avec la mort annoncée ou vécue. « *Par des stratégies d'évitement, les médecins manifestent la tendance à ne pas parler de l'impact sur eux-mêmes de la rencontre avec l'angoisse des mourants [...] Beaucoup de médecins se défendent en se forgeant une carapace, en utilisant le déni et la méconnaissance de l'impact émotionnel que la mort provoque en eux* » (Vannotti 2006, 72.73). L'épuisement du sujet viendrait plus de ne pas pouvoir nommer et partager son expérience. Dans la consultation peuvent surgir des émotions dont ni le patient ni le médecin ne peuvent maîtriser l'émergence. « *La résonance du médecin génère des attitudes contrastées et différenciées, qui peuvent aller de la compassion à l'irritation paralysante ou à l'indifférence froide et distante* » (ibid., 202). En plus de l'occultation des émotions par le médecin, les conventions sociales valorisent la répression des émotions plus que leur expression. Alors que comprendre sa réaction est une aide pour élaborer ce qui se passe dans la relation. « *Le déni, lorsqu'il interfère avec une action adaptative nécessaire, devient nuisible* » (Sander et Scherer 2009, 300).

« *Les émotions, particulièrement les émotions dérangeantes ne devraient pas être perçues comme de simples artéfacts du travail clinique quotidien, mais doivent être analysées comme des indicateurs essentiels de la relation médecin-malade ou soignant-soigné. L'expérience montre que plus nous serons à l'écoute de notre vécu émotionnel, mieux nous percevrons une situation donnée et moins nous serons soumis à l'emprise relationnelle* » (Stiefel F. et Guex P. 2008).



La norme médicale d'un détachement, d'une coupure par rapport aux émotions, du peu de parole autour des situations difficiles est à interroger pour permettre d'élaborer d'autres stratégies pour faire face.

Compte-tenu du biais « culturel » de nos articles, le rôle de ce facteur dans les études médicales en France est à démontrer. Son évocation dans les articles revus par des auteurs de pays et de continents différents laisse penser que ce facteur est assez universel pour qu'il fasse l'objet de recherche complémentaire.

## **IX Enseigner l'empathie :**

L'empathie est présentée en pratique sous de multiples aspects : attitude, aptitude, valeur, comportement, techniques de communication verbale et non-verbale, compétence émotionnelle. Il n'y a pas d'opposition entre techniques et authenticité mais une continuité pour soutenir une attitude empathique. Il est donc important d'utiliser différentes approches pour travailler et soutenir ces différents aspects. « *It is important to teach empathy comprehensively, acknowledging both behavioral and attitudinal tools* » (Shapiro 2002).

### **IX.1 Des connaissances théoriques et pratiques**

#### **IX.1.1 Eléments évoqués**

Beaucoup d'éléments ont déjà été évoqués : intégrer les phénomènes à l'œuvre dans l'empathie, connaître l'importance des mécanismes psychosociaux dans les déterminants de la santé, travailler la reconnaissance et la gestion des émotions, par exemple en travaillant à l'aide de vidéo (Forrest 2011).

Une partie de la théorie sur l'empathie et ses mécanismes (identification/distinction, théories de l'attachement, etc.) pourraient s'intégrer dans les cours sur le développement de l'enfant.

Les techniques d'écoute active sont importantes à connaître pour faciliter la communication.

D'autres éléments peuvent faire l'objet d'un enseignement, sans forcément concerner directement l'empathie mais la soutenant par des connaissances qui permettent de s'adapter et d'être à l'aise dans la relation.

### IX.1.2 Connaissance des représentations des médecins et des patients et des déterminants de la prescription

Le mode de compréhension cognitif de l'empathie peut être soutenu par des connaissances sur les différentes façons de se représenter la santé et la maladie. De nombreux travaux s'intéressent aux représentations des patients et des médecins de différentes pathologies, et à comment celles-ci interfèrent dans les stratégies de soins (Monloubou 2007). Des recherches qualitatives et quantitatives permettent d'identifier les déterminants de différentes prescriptions, intéressant par exemple dans le cas d'une absence de conformité avec les recommandations (Attali et al. 2008). Intégrer ces travaux aux cours sur les pathologies concernées permettrait d'avoir une approche plus globale qu'uniquement biomédicale. D'autres recherches sont nécessaires pour identifier les effets de ces enseignements.

### IX.1.3 Le déroulement de la consultation

Les lieux de formation à la pratique médicale sont majoritairement des services hospitaliers. L'apprentissage de la rencontre avec le patient se fait dans ce cadre où le patient reste disponible, son motif d'admission déjà renseigné et la rencontre ne se terminant pas sur une prescription et une séparation ce qui est différent du cadre de la consultation. Un travail théorique et pratique sur les différents éléments et phases d'une consultation permet aux étudiants de se préparer à un autre aspect de leur métier. Vannotti utilise pour cela un découpage de la consultation en six phases qui mettent en évidence les invariants de la consultation et les attitudes utiles pour son bon déroulement (Vannotti 2006, 135–162). Ces phases sont présentées dans le tableau 14.

## Tableau 14 : Les six phases de la consultation et les aptitudes requises

(Vannotti 2006, 135)

Les six phases de la consultation	
Première phase	PREPARER
Deuxième phase	INTRODUIRE ET NOUER LE CONTACT
Troisième phase	RECUEILLIR LES INFORMATIONS DU PATIENT
Quatrième phase	CONSTRUIRE LA RELATION
Cinquième phase	RESTITUER L'INFORMATION
Sixième phase	CONCLURE ET SE SEPARER

L'empathie et d'autres aptitudes et attitudes relationnelles agissent tout au long de la consultation pour :

- Clarifier la situation
- Se mettre d'accord pour coopérer
- Encourager le patient à donner son opinion, expliciter ses attentes
- Favoriser son implication
- Le mettre en confiance pendant un examen clinique qui peut être douloureux
- Echanger des informations
- Communiquer de bonnes ou de mauvaises nouvelles
- Permettre la continuité de la relation.

En particulier la fin de la consultation est un moment important dont certains aspects ne sont pas forcément présents lors de l'entretien avec un patient hospitalisé. Les concepts de « l'agenda caché » et la « demande du pas de la porte » sont deux facettes du même phénomène utile à différencier et à connaître, alors que leur influence pour la continuité de la relation, la maîtrise du temps par le médecin ou la satisfaction des patients est importante.

L'agenda, c'est-à-dire les raisons de la consultation, les demandes, les attentes des patients, est considéré « caché » lorsqu'il n'est pas révélé spontanément au médecin, pour

différentes raisons (honte, réserve, peur de déranger ou de se confronter à une réalité anxiogène) (Vannotti 2006, 155). Ce que recouvre l'agenda caché peut rester durablement occulté, inaccessible au médecin. Alors que le syndrome du pas de la porte est une demande de fin de consultation exprimée par le patient (Rodondi, Guex, et Vannotti 2005). Il n'est probablement pas possible d'échapper totalement à ces demandes sur le pas de la porte qui peuvent laisser le médecin mal à l'aise ou insatisfait. Les connaître permettrait peut-être de mieux s'adapter à ces situations et de les anticiper.

Ces demandes peuvent s'étudier sous l'angle du contenu et du sens relationnel. Une demande initialement anodine, ou faite en fin de consultation peut cacher une inquiétude sur une pathologie plus lourde. Les demandes de fin de consultation ont également une valeur relationnelle. C'est une façon de prolonger le contact, de créer phase de transition avant la séparation, « *entre le monde de protection et d'attachement du cabinet et l'univers du patient, habité par les angoisses et les incertitudes de la maladie* » (ibid.). Ce peut être considéré comme un signe de confiance, et pas uniquement en événement chronophage et déstabilisant. Connaître ces aspects de la consultation permet d'élaborer des conduites pour s'y adapter, par exemple en s'entendant dès le début de la consultation sur son organisation en cas de demandes multiples qui ne peuvent pas forcément être toutes prises en compte dans le temps imparti. Si la demande paraît essentielle, prendre le temps de la reconnaître, de valider son importance avant de prévoir un nouvel entretien.

#### IX.1.4 Des modèles existants

Il est impossible de faire ici une description exhaustive de tous les modèles existants pour travailler sur la communication et l'approche globale du patient. Trois éléments sont plus fréquemment cités. Les deux premiers intègrent l'empathie dans leur approche, le troisième concerne plus une méthode d'enseignement qui favorise la communication et l'attitude réflexive.

### *a) L'approche centrée sur le patient*

Cette approche élargit le modèle de soins focalisé sur la pathologie en faisant une place délibérée à la façon dont le patient vit sa maladie, à son état psychologique et à son environnement personnel et social, et à un certain partage des décisions médicales.

Elle s'appuie sur six caractéristiques (Moira Stewart 2005) (Boulé et Girard 1999)

- 1) Explorer la maladie et l'expérience de la maladie
- 2) Comprendre la personne dans sa globalité psychosociale
- 3) S'entendre avec le patient sur le problème et les solutions (approche négociée, partenariat)
- 4) Valoriser la prévention et la promotion de la santé
- 5) Développer la relation médecine-patient
- 6) Faire preuve de réalisme (ressources).

Explorer l'expérience de la maladie se fait en demandant l'**AVIS** du patient :

**Attentes**, agenda caché

**Vécu**, émotions, représentations

**Impact**

**Symptômes**<sup>1</sup>.

### *b) L'entretien motivationnel*

*« Tenter de modifier les comportements à risque pour la santé de nos patients (tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaire) est une tâche quotidienne souvent inefficace. L'entretien motivationnel s'est développé à partir du constat que les conseils donnés par le praticien ne sont pas suffisants ou qu'ils peuvent être mal perçus par le patient. Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle*

---

<sup>1</sup> [http://premier-recours.hug-ge.ch/\\_library/ateliers/2008/081008\\_ACP1.pdf](http://premier-recours.hug-ge.ch/_library/ateliers/2008/081008_ACP1.pdf)

*assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants» (Berdoz et al.2005).*

### *c) L'apprentissage par la résolution de problèmes*

Ce type d'enseignement, *problem-based learning* pour les anglo-saxons, est intéressant à évoquer ici car il permet à la fois de favoriser l'apprentissage des données biomédicales et leur mise en relation avec des données plus globales. Le but est « *d'acquérir une démarche de prise en charge globale d'un patient* » (faculté de médecine de Genève 2002). C'est également une méthode qui favorise un climat relationnel avec les enseignants, la communication et la coopération entre étudiants. Le tuteur instaure ce climat d'apprentissage et conseille les étudiants par la technique du feed-back descriptif. Pour les étudiants, « *la dynamique du groupe, les interactions et le climat de travail* » sont des éléments à apprendre, à considérer dans cette approche et qui se retrouvent ensuite dans différents aspects de la pratique clinique. Ces exercices entraînent à « *résoudre des problèmes cliniques fréquents qui ne sont pas forcément rencontrés dans les unités de soins* » (*ibid.*).

## **IX.2 Jeux de rôles**

### **IX.2.1 Considérations générales**

Il existe une importante littérature en pédagogie médicale à ce sujet. Il est cependant difficile de transposer en France les propositions des américains car ils utilisent des personnes formées spécifiquement à jouer le rôle de patients dans des scénarios travaillés. Il s'agit des « *patients standardisés ou simulés* » (Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008).

Des jeux de rôles entre pairs sont plus simples à mettre en place. Ils demandent une implication des étudiants qui peut être facilitée par l'habitude de travailler de cette façon.

Le contexte, l'ambiance de ces jeux de rôles sont importants. Il est par exemple proposé que les étudiants travaillent en binôme ou en trinôme (avec un observateur)

simultanément pour ne pas être soumis aux regards évaluateurs des pairs et des enseignants.

Les échanges et feed-backs qui suivent sont également soulignés comme un temps important de cette pratique, au cours desquels chaque participant apporte son éclairage.

### IX.2.2 Propositions

Dans notre expérience, l'examen clinique est un autre élément du cursus médical souvent évoqué pour son importance mais dont l'enseignement pratique n'est pas formalisé et varie pour chaque étudiant en fonction de son terrain de stage. Les kinésithérapeutes, par exemple, s'entraînent à la pratique entre eux, lors de séances régulières de « jeux de rôle » où chacun est tour à tour le thérapeute ou le patient.

En médecine, la pratique de l'examen clinique sur ses pairs ou *peer physical examination* (PPE) pourrait faire partie des enseignements formels (Outram et Nair 2008). Cet apprentissage peut participer à l'instauration d'un climat de confiance, de respect et d'écoute mutuelle entre les étudiants propice aux échanges. De nombreux gestes peuvent être montrés et pratiqués sans atteinte à l'intimité : examiner un genou, une épaule, palper un ventre, percuter des poumons, tester l'utilisation d'un otoscope, d'un abaisse langue mais aussi le vécu de ces examens à la place du patient (douleur, inconfort). Une expérience intéressante pourrait être faite en invitant tous les étudiants à prendre, habillés bien sûr et quelque soit leur sexe, la position d'un patient pour un examen gynécologique ou proctologique face au « médecin » et à échanger entre eux sur le vécu de cette position. La pratique en binôme ou trinôme simultanément pour tous les étudiants permet à chacun de se sentir plus libre de pratiquer sans la pression de l'observation du formateur ou des autres étudiants (Forrest 2011).

Ces temps de pratique peuvent être suivis de temps d'échange qui permettent d'aborder le vécu du patient, ce qui le met en confiance et facilite le geste ou ce qui le gêne. C'est aussi l'occasion d'une évaluation et d'une analyse de sa pratique : quels gestes sont maîtrisés, informatifs, lesquels sont à perfectionner, pourquoi, comment. Cet apprentissage peut être la base d'atelier de raisonnement clinique (ARC) (faculté de médecine de Genève 2002).

L'apprentissage de l'analyse de l'électrocardiogramme (ECG) peut se faire dans des conditions similaires : analyse des ECG de ses pairs, mise en réflexion de ce processus d'analyse puis cas clinique intégrant le récit de vie d'un patient. Pratiquer l'ECG sur ses pairs peut être aussi l'occasion d'aborder l'information du patient. Comment expliquer un geste, un examen, un résultat de façon adaptée. Les jeux de rôles peuvent être pratiqués puis analysés selon deux scénarios : lors du premier l'ECG est pratiqué rapidement sans explication ni commentaire, puis le deuxième fait en regardant le « patient », en expliquant la réalisation et en informant du résultat. Le « patient » peut ensuite partager son vécu.

Une autre occasion d'allier pratique biomédicale et réflexion est l'apprentissage de la prise en charge d'un état de choc et d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR). Ces deux situations avec les posologies du traitement sont maintenant au programme des ECN car tout médecin peut y être confronté au cours d'une garde. Des travaux dirigés au cours desquels des scénarios sont pratiqués sur des mannequins peuvent être suivis d'un temps d'échange. Ce temps peut intégrer un débriefing du jeu de rôle qui analyse la prise de décision, le diagnostic, la prise en charge, sans complaisance ni dévaluation car il s'agit d'apprendre à être efficace pour sauver des vies, donc d'acquérir suffisamment de connaissances et de confiance dans les gestes à effectuer. Ce peut ensuite être l'occasion de réfléchir à partir du vécu d'un patient ou d'un soignant dans ces situations, sur la base de la lecture d'un récit ou du partage d'expériences vécues.

### **IX.3 Écriture narrative et réflexive**

#### **IX.3.1 Considérations générales**

*« Un domaine qu'il faut explorer aussi est celui de la "médecine narrative". Un texte narratif (témoignage ou fiction) qui parle de la médecine et en particulier du vécu de la maladie par le patient est, en soi, une source d'apprentissage de l'empathie. La médecine narrative explore ces pistes-là en posant qu'à travers le récit de sa maladie, le patient est un texte littéraire que les médecins contribuent, avec lui, à décrypter. Dans ce sens, les romans écrits par des médecins sont aussi, parmi d'autres, une source d'information sur l'empathie,*



*dans la mesure où ils expriment les deux points de vue, ce qui est moins facile pour un non-médecin » (Winckler 2011).*

L'écriture narrative, que ce soit pour décrire des cas cliniques ou permettre une réflexion sur un sujet donné, est fréquemment utilisée. Son usage est aussi d'encourager à « se mettre à la place » en faisant le récit imaginaire du point de vue d'un patient (Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010).

On retrouve ce souci de réhabiliter le récit chez Ricoeur qui soutient que nous racontons des histoires parce que finalement les vies humaines ont besoin et méritent d'être racontées. « *En faisant le récit d'une vie dont je ne suis pas l'auteur quant à l'existence, je m'en fais le coauteur quant au sens* » (Ricoeur 1996, 191,192).

Les articles revus soulignaient, comme pour les jeux de rôle, l'importance du débriefing, notamment pour dépasser le stade de la description et permettre une analyse de la situation (Kind, Everett, et Ottolini 2009).

### IX.3.2 Le phénomène des blogs médicaux

Les blogs médicaux se développent et rencontrent un certains succès dans le monde d'internet, comme en témoigne la popularité<sup>1</sup> du blog « *Jaddo : Les histoires d'une jeune généraliste, brutes et non romancées* », récemment publié en livre (Jaddo 2011).

De nombreux médecins généralistes et spécialistes<sup>2</sup> publient régulièrement sur des blogs, mêlant aspects humains et scientifiques de leurs pratiques. On y trouve des récits cliniques, des réflexions personnelles, mais aussi des analyses critiques d'études, de pratiques cliniques, de traitements, etc.

Si les situations sont parfois banales, parfois incongrues, amusantes ou au contraire difficiles, leur mise en récit et en questionnement leur donne une autre dimension, parfois enrichie par les commentaires où échangent soignants et patients. Une communauté de

---

<sup>1</sup> Voir par exemples les commentaires suivants : [http://www.martinwinckler.com/breve.php3?id\\_breve=86](http://www.martinwinckler.com/breve.php3?id_breve=86)  
<http://www.atoute.org/n/article233.html>

<sup>2</sup> On peut citer en plus des précédentes notes, un généraliste : <http://boree.eu/>, un néphrologue : <http://perruchenaautomne.eu/wordpress/>, un cardiologue : <http://grangeblanche.com/>, un anesthésiste : <http://www.nfkb0.com/2011/10/16/ebm-irl-wtf/>, une auxiliaire de vie : <http://vieuxetmerveilles.blogspot.com>

soignants se retrouve ainsi et témoigne de son besoin de soutien et d'échange pour prendre du recul, se protéger et défendre un engagement pour une médecine humaine de qualité.

Une équipe américaine a mis en place un cursus « Humanisme et Professionnalisme » intégré au programme de 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> année de médecine. Il comprenait, entre autre, un engagement des étudiants à écrire un billet de blog par stage, de façon anonyme s'ils le souhaitaient et sans contrôle individuel, sur l'intranet protégé de la faculté (Rosenthal et al. 2011).

### IX.3.3 Propositions

Le récit est une autre façon de présenter un cas et peut être intégré dans des présentations cliniques.

L'écriture peut également permettre un temps d'intériorisation, de réflexion personnelle avant un échange en groupe. Un temps d'écriture peut être proposé aux étudiants avant d'aborder une réflexion, sans impératif ensuite de parler de ce qui a été écrit. Différents sujets peuvent ainsi être explorés individuellement avant d'être débattus, comme une réflexion sur la « *fonction apostolique* »<sup>1</sup> du médecin (Balint 2003, 227), la responsabilité du patient et du médecin (Zaffran 2011), la notion de pouvoir médical (Tate 2004), ou de confiance (Marzano 2010).

C'est aussi un moyen de s'interroger personnellement. Au cours de session de supervision avec des médecins oncologues, des praticiens ont souligné l'intérêt pour les médecins de s'interroger sur leur conception de leur métier et un idéal qui les conduit parfois à l'épuisement professionnel. « *Durant une carrière professionnelle, le processus de déconstruction de ce Moi idéal est douloureux mais nécessaire et libérateur, puisqu'il permet au clinicien d'être en phase avec ses compétences et d'accepter de renoncer à devoir jouer systématiquement un rôle souvent impossible* » (Stiefel F. et Guex P. 2008).

---

<sup>1</sup> L'attitude propre du médecin en fonction de ses croyances et représentations personnelles. « *Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients* » (Balint 2003, 227)

Il pourrait être intéressant de proposer aux étudiants une réflexion sur les représentations du médecin, en mettant en rapport un idéal de perfection avec le principe du juste correct. « *L'excellence en médecine peut être atteinte en assurant que les résultats sont justes corrects plutôt qu'en visant la perfection sans confondre le juste correct avec le simplement bon. [...] Le paradigme est d'améliorer tout en agissant, d'apprendre de l'échec, de faire face à la complexité et de s'ajuster à la faiblesse humaine. [...] L'approche juste correcte est une façon d'alimenter l'amélioration constante et d'atteindre l'excellence en respectant, en remettant en question et en élevant progressivement nos standards au lieu de tendre vers une illusion de perfection* » (Ratnapalan et Batty 2009). Des enseignants canadiens ont proposé, en réponse à cet article, de poser aux étudiants ces questions : Qu'est-ce que ce principe du « *juste correct* » signifie pour moi ? Quelles sont mes valeurs professionnelles et personnelles ? Quelles limites je dois établir pour les protéger ? De quelles façons j'affecte la vie de mes patients ? Quelles sont mes représentations d'une pratique et d'une vie idéale ?

#### **IX.4 Expérimenter sur soi : « l'auto-empathie » ?**

##### **IX.4.1 Considérations générales**

Les propositions précédentes nous amènent à un autre aspect de l'enseignement de l'empathie proposée, nommé *self-care* et *self-awareness*, appelé ici « auto-empathie » (M.-B. Rosenberg 2004). Cet aspect de l'enseignement est peut-être encore plus inhabituel que les précédents mais souvent mentionné comme important dans les articles analysés « *the training of clinicians' self-awareness, defined as "insight into how one's life experiences and emotional make-up affect one's interactions with patients, families, and other professionals" seems to be a promising method* » (Neumann et al. 2009).

Cette approche est soutenue aussi bien par des médecins que par des patients ou des philosophes :

« Il manque encore à la médecine une culture de l'intériorité, de l'échange tourmenté et dramatique avec soi, une culture de la médiation entre l'impulsion à agir et la recherche de sens » (Vannotti 2006, 238).

« Not every patient can be saved, but his illness may be eased by the way the doctor responds to him—and in responding to him the doctor may save himself. But first he must become a student again; he has to dissect the cadaver of his professional persona; he must see that his silence and neutrality are unnatural. In learning to talk to his patients, the doctor may talk himself back into loving his work. He has little to lose and everything to gain by letting the sick man into his heart », témoignage d'un patient cité par (Wear et Varley 2008).

« La réforme morale nécessite l'intégration, dans sa propre conscience et sa propre personnalité, d'un principe d'auto-examen permanent, car, sans le savoir, nous nous mentons à nous-mêmes, nous nous dupons sans cesse. Nos souvenirs se transforment, nous avons une vision de ce que nous sommes et des autres entièrement pervertie par l'égoïsme. Nous ne pouvons donc faire l'économie de pratiquer l'auto-examen et l'autocritique. Or, la encore, dans notre civilisation, il semble que nous ayons complètement oublié cette possibilité, préférant confier la solution de nos maux moraux et psychiques à des tiers tels les psychiatres, les psychanalystes. Autrui est important pour nous connaître nous-mêmes, mais seul l'auto-examen nous permet d'intégrer le regard d'autrui, dans notre effort pour mieux nous comprendre nous-mêmes, avec nos carences, nos lacunes, nos faiblesses » (Morin 2011).

L'intérêt de se préoccuper de ce que l'on ressent en tant que professionnel du soin a été évoqué à propos du détachement souvent préconisé.

Un chirurgien cardio-vasculaire, Emmanuel Lansac, interrogé dans un magazine, témoignait ainsi de sa pratique : « Quand tu fais ce métier, tu es confronté à ton impuissance et à ta responsabilité de manière aigue. La frontière entre le sauveur et le killer est ténue. Quand quelqu'un meurt entre tes mains au bloc, c'est extrêmement violent, comme ressenti. Il y a une grande culpabilité, souvent refoulée. Les gens se coupent de leurs émotions. Les rapports entre collègues, essentiellement des hommes, sont très durs. Dans le sacro-saint du bloc opératoire, il n'y a plus de conventions sociales. Des gens sont insultés. Il y a de la maltraitance, un vrai harcèlement moral. C'est souvent l'assistant que tu as en face de toi qui

*prend. La violence se retourne aussi contre soi. Ça donne beaucoup de chirurgiens workaddict, qui boivent ou dont le couple part en torche » (Pascual 2010).*

En plus d'une souffrance personnelle, la négligence de soi, de son vécu, peut entraîner une certaine méconnaissance de la souffrance d'autrui (Vannotti 2006, 73).

*« Il est également utile que le médecin s'interroge sur sa propre subjectivité, ancrée dans son histoire, et sur les émotions qu'il ressent dans sa profession ; il ne lui est pas toujours évident d'accepter qu'il puisse lui-même être humain, avec les vulnérabilités que cette condition comporte » (Vannotti 2006, 205).* Un médecin ouvert et attentif à son propre vécu, entraîné à développer une relation empathique envers lui-même, sera plus disponible pour mettre de l'empathie dans une relation.

*« Si je peux former une relation d'aide avec moi-même -si je peux être affectivement conscient de mes propres sentiments et les accepter-, alors il y a beaucoup de chances pour que je puisse former une relation d'aide envers quelqu'un d'autre » (Rogers 2005, 37).*

#### IX.4.2 Propositions

*« La recherche contemporaine aborde le stress professionnel sous la forme de contraintes externes. Cependant, dans de nombreuses situations, les stressés intrapsychiques pourraient être plus aisés à identifier et à réduire, offrant ainsi un soutien efficace et de longue durée au médecin ou à l'infirmière, spécialement dans les domaines où les soignants sont constamment exposés à des situations suscitant d'intenses réactions psychologiques » (Stiefel F. et Guex P. 2008).*

C'est dans ce sens que des formations à la pleine conscience ou « *mindfulness* », essentiellement basées sur des pratiques de méditation et initialement développées comme outil thérapeutique (prévention des rechutes dépressives, stress, douleurs chroniques), sont proposées avec un certains succès aux médecins principalement aux Etats-Unis<sup>1</sup>. Le terme *mindfulness* se réfère à une qualité de prise de conscience qui inclut la capacité d'attention d'une manière particulière: délibérément, dans le moment présent, et sans

---

<sup>1</sup> <http://well.blogs.nytimes.com/2011/10/27/teaching-doctors-to-be-mindful/>

En France, cette pratique se développe dans le monde de l'entreprise pour réduire le stress au travail (édition du 9/11/11, <http://jt.france2.fr/20h/>)

porter de jugement ni évaluer. Ces pratiques ont démontré qu'elles réduisaient l'anxiété et l'épuisement professionnel chez les médecins (Krasner et al. 2009) (S. L. Shapiro et al. 2005).  
*« La méditation de pleine conscience se différencie de la relaxation : on ne cherche pas à fuir les émotions douloureuses ou à les annihiler, mais au contraire à les accepter sans les amplifier. Cette sorte d'écologie de l'esprit postule que beaucoup de nos difficultés psychiques proviennent de stratégies inadaptées, fondées notamment sur le désir d'éradication de la douleur »* (André 2010).

Les formations se passent en général sur huit à douze semaines. Il existe plusieurs ouvrages consacrés à ce sujet, pour le grand public (Williams et al. 2009) ou pour les soignants (Rosenfeld 2007) (Segal et al. 2006).

### **IX.5 Enseigner une attitude : modèles et réflexions, deux éléments principaux de la formation à l'empathie en médecine**

Les éléments proposés ici sont des méthodes, mais il est souvent souligné que la façon la plus efficace d'enseigner l'empathie est de permettre aux étudiants d'observer et d'interagir avec des médecins empathiques, qu'ils la pratiquent avec leurs patients mais aussi dans leur rôle d'enseignant. Cette approche est illustrée par des témoignages de médecins enseignants :

*« Research consistently shows that the most important influence on medical student attitudes and learning are positive physician role-models. An ethics of imperfection requires role-models who express vulnerability, share mistakes, incorporate not-knowing; who are aware of and transparent about their emotional reactions to patients and about working the edge between intimacy and detachment; and most importantly, who acknowledge common bonds of humanity with their patients »* (Johanna Shapiro 2008).

*« The mandate that should be implicit within the informal and hidden curricula should be the societal obligation of medical schools to provide and/or train better physician*

*role models who can aid students in overcoming losses in empathy and other professional characteristics»(Newton et al. 2008).*

*« Real empathy is not a simulation, nor is it a bottom-line “competence.” It is real, and it is a treasure to have it and receive it, which is what we must communicate through our own actions and expectations to our students and residents » (Wear et Varley 2008).*

*« Les études de médecine sont des études violentes comme l'exercice de la médecine. J'ai longtemps eu une vision darwinienne des études médicales, seuls les meilleurs résistent et sont aptes à soigner des patients. Je reconnais bien volontiers m'être trompé. Notre rôle ne devrait pas être d'accabler les étudiants en leur disant: « tu es nul » du haut de notre chaire, mais plutôt: « Pourquoi tu n'as pas compris, pourquoi tu ne saisis pas l'importance de cette notion pour ta future pratique ». Pas de complaisance, mais une exigence sur des notions capitales indispensables pour faire un médecin. [...] Notre rôle d'enseignant est d'aider les plus jeunes à se former à ce difficile et peu banal métier que celui de soignant et de médecin. Quand je jouais au rugby, j'avais l'habitude de dire à mes petits camarades de jeu qu'ouvrir la boîte à gifles ne servait à rien. Le jeu est suffisamment violent pour ne pas aller donner des coups en plus. La médecine au quotidien est suffisamment difficile pour ne pas en rajouter une couche. Certaines personnes ne résistent pas au stress des examens, mais sont des médecins formidables dans leurs relations à l'autre et tout aussi utiles que des bêtes de concours qui pensent que leur adéquation à un mode de sélection leur donnent tous les droits, en particuliers sur les patients » néphrologue<sup>1</sup> (Anon. 2011).*

*« If you lack compassion and empathy, it may make it more difficult for others around you, or worse, your behavior may be contagious.... Showing compassion and approaching each patient with empathy is never naïve; it's called being a good doctor. If bad behavior can be contagious, then maybe empathy and compassion can be too » (Rosenthal et al. 2011).*

Dès le début de leur pratique, les étudiants peuvent rapidement prendre des responsabilités de formateur, cela se fait souvent de façon informelle, les externes plus

---

<sup>1</sup> <http://perruchenaautomne.eu/wordpress/?p=403>

avancés apprenant aux plus jeunes à rédiger une observation, à réaliser un ECG, etc. Une valorisation de ces pratiques, des débriefings, des pratiques d'évaluations par les pairs sont des pistes proposées pour soutenir cette culture du compagnonnage. D'autres recherches plus axées sur la faisabilité en pratique d'une formation à ce rôle seraient intéressantes.

Le deuxième composant essentiel de l'empathie est la pratique de la réflexion, du débriefing, qu'il concerne le raisonnement médical ou la relation aux patients. Cette approche complète aussi bien l'enseignement par un modèle (Johana Shapiro 2002), qu'un accompagnement des méthodes plus spécifiques précédemment décrites, pour permettre leur appropriation par l'étudiant.

## **X L'empathie : un outil pour la relation, un élément du professionnalisme**

### **X.1 Pour synthétiser**

Plusieurs éléments paraissent importants à souligner.

L'empathie est un élément plus ou moins conscient des relations interpersonnelles : elle participe à notre compréhension d'autrui sur un mode émotionnel qui ne s'oppose pas mais participe à la cognition.

La compréhension de l'empathie est renforcée par la connaissance de la notion de besoins et de celle des compétences émotionnelles.

C'est un des éléments de réflexion sur soi, de prise de conscience de nos représentations, jugements et motivations à agir. Et cette prise de conscience alimente en retour la disponibilité à être empathique.

Dans une relation professionnelle, les processus de distinction du soi, d'engagement éthique sont importants à distinguer consciemment. Dans ce cadre elle dépend plus d'attitudes que de techniques. La disponibilité et la capacité à se saisir de ces attitudes peuvent être renforcées. Elle présente également des limites et des biais à dépasser dans la



pratique pour permettre une relation thérapeutique qui soit le moins possible différenciée en fonction des sentiments personnels du médecin.

L'empathie est un élément de la relation médecin-patient qui s'adapte au contexte de la consultation, quel qu'en soit le motif. Que l'on puisse guérir ou non le patient, on peut toujours soigner, accompagner, rassurer et cela fait partie de notre « arsenal thérapeutique ». Et l'empathie n'est pas être gentil, ce n'est pas aimer son patient, ce n'est pas être toujours disponible, ce n'est pas faire ce que demande le patient en dépit de notre avis. Elle comporte une part d'affirmation de soi respectueuse de l'autre mais ferme. L'effet recherché est de participer à la santé du patient et cela passe par reconnaître et s'occuper de ses attentes, ses besoins avec lui, construire une compréhension commune de la situation, témoigner de son humanité<sup>1</sup>, favoriser son *empowerment*. Il ne faut pas se tromper d'objectif : comprendre le patient est un moyen, pas une fin.

## **X.2 Revenir à des choses simples**

« Plus les choses se complexifient, plus il faut chercher à les simplifier ». Cette phrase, entendue chez un mathématicien, s'applique bien à la question de l'empathie. Un des résultats est la difficulté à définir simplement mais globalement le processus d'être en empathie. Il est possible de faire référence à des choses simples :

- Le respect (du patient, de sa famille, des soignants, de soi...)
- L'attention
- L'écoute
- La curiosité
- La capacité de s'adapter.

Ce sont des concepts évidents, dont personne ne peut remettre en cause le bien-fondé en médecine, et qui peuvent être montrés, encouragés et renforcés par des supports pédagogiques divers chez les étudiants.

---

<sup>1</sup> « *the closeness restores the patients' sense of connectedness to the human race, a connectedness that may have been broken by their physical or emotional suffering* » (Maira Stewart 2005)

L'empathie est un élément de toute relation à autrui, plus ou moins conscient et volontaire. Il ne s'agit pas de l'enseigner comme une habileté qui serait manquante. Le manque de sensibilité à son égard chez certains professionnels de la santé serait plus du à une méconnaissance et à « *une lacune dans la gestion de leurs émotions, non à une carence* » (B. Maxwell et Racine 2010). Il s'agit à la place de renforcer ce processus par des connaissances et une prise de conscience de son intérêt avec le travail de différentes capacités ou habiletés relationnelles. La capacité de s'adapter au contexte, de dépasser les biais de l'empathie, de la communiquer au et avec le patient et d'en retirer des éléments pour réfléchir à sa pratique peuvent s'apprendre et donc s'enseigner.

L'empathie n'est pas une compétence médicale, mais un élément qui participe à une attitude professionnelle attendue des patients et demandée par la déontologie médicale (Hojat et al. 2007) (Looi 2008) (Neumann et al. 2009).

## CONCLUSION

*« Le savoir-être que nous avons esquissé ici peut laisser penser à une dimension médicale éthérée, spéculative, loin des exigences concrètes, matérielles de la pratique. Il n'en est rien. Nous savons bien que l'activité du médecin doit, dans certaines circonstances, mettre entre parenthèse le respect de l'intégrité du corps du sujet lors de certains actes médicaux. La pratique de la médecine implique une tension dialectique entre la nécessité de déshumaniser l'autre pour le soigner – attitude qui seule permet vraisemblablement d'exercer les tâches techniques – et de le ré-humaniser dans la relation que les médecins entretiennent avec lui. »*

(Vannotti 2006, 244)

La place de l'empathie en médecine n'est pas à remettre en cause : la capacité à écouter et parler aux patients avec empathie est un élément au cœur de la pratique, retrouvé au sein des programmes de formation et d'évaluation des médecins dans plusieurs pays. Ces programmes se justifient par une connaissance des effets d'une relation thérapeutique (facilitation de la parole, échange d'information pertinentes pour le médecin et pour le patient, adhésion au traitement, motivation à agir, rationalisation des demandes, effets affectifs -satisfaction, bien-être ) et par la constatation que « *quelque chose* » survient au cours de la formation, de l'ordre d'une diminution non pas des capacités à être empathique mais plutôt d'une perte d'intérêt et de considération pour cet aspect de la pratique : la relation à l'autre. Cet élément des études médicales ne bénéficie pas d'un enseignement formel actuellement.

Les quarante cinq articles revus dans ce travail se rejoignent sur plusieurs résultats : les possibilités et l'importance d'inclure des enseignements de l'empathie (et plus largement de la relation), et d'intégrer dans ces formations une réflexion sur les facteurs pouvant influencer l'empathie, qu'ils soient externes comme le curriculum caché ou internes comme l'expérience personnelle.

Des divergences existaient, notamment dans la façon de définir l'empathie et la place des émotions dans ce processus. Les méthodes d'évaluation de l'empathie ne faisaient pas consensus, certaines équipes utilisant exclusivement des auto-évaluations dont la pertinence pour cet usage est discutée.

Le besoin d'évaluer l'empathie, évaluations académiques qui soutiennent l'apprentissage et évaluations des effets des formations, donc de poursuivre les recherches à ce sujet, était souligné. D'autres recherches pourraient être menées, pour explorer la notion

de curriculum caché en France, pour définir plus spécifiquement les possibilités de formation des enseignants à la fonction de « modèles de rôle », pour évaluer l'importance des facteurs de stress internes (personnels) et les stratégies bénéfiques pour y faire face. L'utilisation de méthodes de recherches mixtes pour des études à venir semble intéressante. L'empathie est présentée en pratique sous de multiples aspects : attitude, aptitude, valeur, comportement, techniques de communication verbale et non-verbale, compétence émotionnelle. Ces aspects ne s'opposent pas mais sont en continuité dans l'explication du processus empathique. Leur diversité permet de saisir l'empathie. La communication empathique en situation professionnelle, entre capacité et présence, semble comme la médecine être un art.

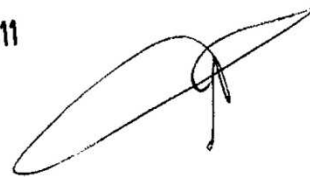
Ces multiples aspects impliquent des enseignements variés et soutenus au cours de la formation initiale et de la pratique professionnelle. Les principales formations proposées peuvent s'intégrer aux enseignements biomédicaux et apporter des connaissances sur la physiologie des émotions, de l'empathie, les processus d'attachement et de socialisation et la psychologie de la santé. Elles comportent des exercices de communication verbale et non-verbale, des jeux de rôles, une exploration de vécus et de représentations de la maladie par des témoignages de soignants, de patients, de leurs proches et par des approches plus artistiques (littérature, poésie, théâtre). L'écriture narrative, mêlant faits, raisonnement médical, exploration de points de vue est un outil pédagogique qui n'a pas attendu pour se développer de façon informelle comme en témoignent l'activité et la richesse des blogs médicaux. Un aspect important qui doit trouver sa place est celui de développer une attention et une conscience de soi qui permet de se rendre plus disponible pour les patients en se protégeant d'une fatigue émotionnelle ou de l'épuisement professionnel. Il est possible de s'appuyer sur des outils existants comme les groupes Balint.

L'empathie est une faculté qui mérite d'être renforcée, soutenue et utilisée de façon professionnelle en connaissant son intérêt et ses limites. Les deux aspects les plus importants de cette formation à l'empathie sont l'apprentissage par le vécu et la mise en réflexion de la pratique. Cela demande de former les soignants à ce rôle de transmission de connaissances, de techniques, d'une attitude de professionnalisme scientifique et relationnel. Une réflexion sur les aspects humains de la médecine, du raisonnement médical au lien avec le patient, entraîne le questionnement du sens et de la richesse de ce métier.

Le Président de la thèse, Pr Pascal SEVE

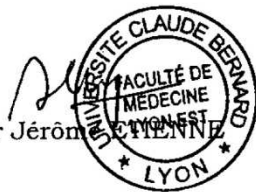
Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 15 Novembre 2011

17 NOV. 2011



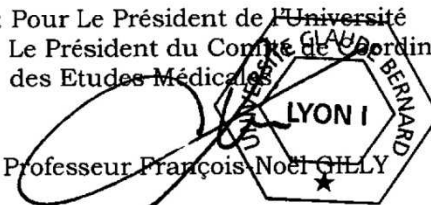
VU : Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

Professeur Jérôme



Vu : Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



## **ANNEXES**

# Annexe 1

## L'empathie

<b>I</b>	<b>UNE DEFINITION.....</b>	<b>154</b>
<b>II</b>	<b>EMOTION ET COGNITION .....</b>	<b>155</b>
<b>II.1</b>	<b>Empathie cognitive : simulation et théorie de l'esprit .....</b>	<b>155</b>
II.1.1	Se représenter les représentations d'autrui, la théorie « théorique » de l'esprit	155
II.1.2	La théorie de la simulation .....	156
<b>II.2</b>	<b>Empathie émotionnelle : résonance corporelle et compétences émotionnelles.....</b>	<b>157</b>
II.2.1	Une résonance motrice à l'émotion d'autrui.....	157
II.2.2	Modalités de l'expérience émotionnelle dans l'empathie .....	158
<b>II.3</b>	<b>L'intégration des deux empathies .....</b>	<b>159</b>
II.3.1	« Métacognition » .....	159
II.3.2	L'inhibition de l'empathie .....	160
II.3.3	Un phénomène riche et complexe au-delà de mécanismes biologiques .....	160
<b>III</b>	<b>UN ECLAIRAGE PHILOSOPHIQUE ET SOCIOLOGIQUE.....</b>	<b>162</b>
<b>III.1</b>	<b>Au commencement : Einfühlung et phénoménologie.....</b>	<b>162</b>
III.1.1	L'Einfühlung : Du sentiment esthétique à la connaissance d'autrui.....	162
III.1.2	Phénoménologie .....	164
III.1.3	La thèse d'Edith Stein .....	164
<b>III.2</b>	<b>Soucis de l'autre et sentiments moraux .....</b>	<b>166</b>
III.2.1	L'empathie et l'éthique .....	166
III.2.2	L'empathie et les préjugés .....	167
III.2.3	Situer l'empathie dans un cadre collectif.....	167
<b>IV</b>	<b>L'EMPATHIE ET LA PSYCHOLOGIE HUMANISTE .....</b>	<b>168</b>



IV.1	L'approche centrée sur la personne et la relation d'aide de C.	
	Rogers .....	168
IV.2	La notion de besoin.....	169
<b>V</b>	<b>CECI N'EST PAS L'EMPATHIE .....</b>	<b>171</b>
V.1	Sympathie.....	171
V.2	Compassion .....	171
V.3	Identification /confusion soi-autre.....	172
V.4	Contagion émotionnelle.....	173
V.5	Collusion .....	173
<b>VI</b>	<b>LIMITES ET BIAIS DE L'EMPATHIE .....</b>	<b>173</b>
VI.1	Le risque « d'empathisme » et de la « détresse en retour » .....	173
VI.2	« Fatigue de compassion » et « coupure par rapport aux émotions » .....	174
VI.3	Désir d'emprise, angoisse de manipulation .....	174
VI.4	Les biais de l'empathie.....	175
VI.4.1	Le « biais de l'ici et maintenant ».....	175
VI.4.2	Le « biais des relations de proximité ».....	175
VI.4.3	Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe » .....	175
VI.5	L'imagination au service de l'empathie .....	175
<b>VII</b>	<b>RECIPROCITE DE L'EMPATHIE .....</b>	<b>176</b>
VII.1	Une étape supplémentaire de l'empathie.....	176
VII.2	Partager le bien-être : un choix ? .....	177

Comme en sciences cognitives où le mythe d'un modèle unique qui détiendrait la clé du psychisme et permettrait de « penser la pensée » a été dépassé par des approches multiples et complémentaires, il existe plusieurs modèles pour rendre compte du concept d'empathie. Une diversité de point de vue, de champs disciplinaires, semble nécessaire pour penser l'empathie qui « *désigne sans doute un même objet, une même réalité, mais chaque usage, en clinique et en neurosciences, en dégage des propriétés ou des caractéristiques différentes* » (Georgieff, 2008). Il s'agit de sédentariser quelque peu un concept nomade, qui en migrant dans les époques et les disciplines, se garde d'exclure un éclairage au profit d'un autre. En donnant un aperçu de l'histoire des tentatives de théorisation de l'empathie, l'idée est de « *décrire le phénomène de manière suffisamment précise pour que chacun y reconnaisse sa propre expérience* » (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004, 19).

## I Une définition

La définition du dictionnaire *Le Petit Robert* : « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent » pose plus de questions qu'elle ne donne de réponse. Une définition plus complète est proposée par M. L. Lopes Semedo, doctorante en philosophie politique et éthique à l'Université Paris-Sorbonne dont la thèse sur une éthique de l'empathie est en cours.

*« L'empathie est l'aptitude à se mettre à la place d'autrui. C'est ce qui nous permet d'être affecté par ses états, de ressentir ce que l'autre ressent, mais aussi de comprendre ses motivations, ses intentions ; c'est enfin ce qui nous permet de prédire les comportements et de partager les connaissances de l'autre, tout en faisant la distinction entre le soi et autrui. L'empathie est donc à la fois une faculté universelle, affective et cognitive. L'empathie joue un rôle essentiel en ce qui concerne l'éthique et la morale. C'est un moteur de l'action d'entraide qui produit du lien social par le respect, la confiance et le partage. »*

Cette définition donne les principaux ingrédients de l'empathie, à la fois les phénomènes à l'œuvre comme le **ressenti**, la **compréhension**, la **distinction de soi**, ainsi qu'une notion de valeur de l'empathie, « **moteur** » d'action d'entraide.

L'empathie est définie comme la capacité à **se mettre à la place** d'une autre personne pour comprendre son expérience, tout en restant soi-même. Ce mouvement vers l'autre est en partie prédéterminé : notre réaction aux affects et mouvements d'autrui se base sur des processus biologiques et s'acquière progressivement dans la petite enfance. Il est humain de réagir aux émotions d'autrui comme de s'en protéger. Une **attention** volontaire à autrui peut appuyer et préciser cette compréhension. Il y a un partage, une **résonance** avec l'état émotionnel d'autrui qui passe par le corps sans impliquer d'éprouver complètement ce que l'autre ressent. La compréhension empathique se situe à un niveau qui évite un mouvement affectif personnel (sympathie, antipathie...) ou un jugement moral.

Le débat est ouvert sur l'idée que l'empathie soit une spécificité humaine. Pour l'éthologue F. de Waal, il est possible d'observer chez les animaux des comportements

altruistes qui montrent un certain niveau de compréhension empathique des autres (Waal 2010)

## II Emotion et cognition

L'empathie a deux composantes : l'une cognitive, centrée sur la **compréhension** d'autrui, l'autre affective, basée sur la **résonance** émotionnelle (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004). L'empathie cognitive permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif des autres personnes. L'empathie émotionnelle est une résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels. Ces deux aspects s'expriment différemment chez chaque personne et dans chaque rencontre.

La capacité de ressentir et comprendre les sentiments, les siens et ceux d'autrui, s'appuie sur des processus de « **réponse affective / reconnaissance / compréhension** » permis par ces deux composantes (Decety 2004).

### II.1 Empathie cognitive : simulation et théorie de l'esprit

#### II.1.1 Se représenter les représentations d'autrui, la théorie « théorique » de l'esprit

La théorie de l'esprit se définit comme la capacité de comprendre que les autres personnes ont des croyances, des désirs, et des sentiments différents des nôtres, et que ces états mentaux peuvent expliquer leur comportement (Very 2008). Cette capacité d'avoir des représentations de ce que l'autre pense apparaît autour de l'âge de 5 ans. C'est la capacité de se dire « je pense que X croit que c... ». (Tisseron 2010). Cette première approche met l'accent sur le moi conscient et ses capacités d'analyse. Mais elle a été jugée incomplète pour expliquer le phénomène de compréhension d'autrui et de partage de représentations mentales.

## II.1.2 La théorie de la simulation

La théorie de la simulation explique le processus vicariant de « se mettre à la place de l'autre ». Il n'y a pas besoin de construire une théorie de la pensée de l'autre mais de changer de point de vue. Un codage commun basé sur une internalisation des perceptions des actions et de leurs conséquences sur l'environnement physique et social explique que « *le sens d'un objet, d'une action ou d'une situation sociale peut être commun à plusieurs individus et active au moins en partie un réseau neuronal commun* » (Decety 2004, 70).

Ce codage commun repose sur les expériences de neurosciences qui montrent que faire un geste, imaginer que l'on fait ce geste ou voir un autre faire ce geste implique une similarité des processus de traitement et d'activation des réseaux neuronaux, avec quelques variations notamment d'intensité ou d'inhibition qui explique que l'on fasse la distinction entre soi et autrui. Il rend possible de **s'imaginer** à la place d'autrui.

Ce processus de « se mettre à la place de l'autre » est possible si la distinction soi/autrui est opérante. Des mécanismes inhibiteurs bloquent la réalisation du mouvement lorsque celui-ci est simulé. De même « *adopter la perspective subjective d'autrui ne peut se réaliser qu'en inhibant partiellement sa propre perspective dont la mise en route est le mode par défaut.* »(Decety 2004, 82)

Ces représentations partagées expliquent la capacité d'adopter la perspective d'autrui par la reconnaissance qu'autrui m'est semblable : « *les autres ne pensent pas différemment de moi, ils pensent même exactement comme je le ferais à leur place ; il suffit donc que je simule intérieurement que j'y suis pour savoir ce qu'ils pensent [...] je me représente ce que serait ma propre expérience [...] et j'attribue à autrui cette réaction* » (Tisseron 2010, 33).

La théorie de l'esprit s'explique donc à la fois par ce processus de simulation mentale de la perspective d'autrui et par la capacité à construire par la pensée une représentation des états mentaux d'autrui. Ces deux théories ne s'excluent pas mais se complètent. « *La représentation mentale peut être perceptuelle, mémorielle ou imaginative [...]. **L'empathie sera une représentation mentale du point de vue d'autrui, accompagnée de sensations corporelles et réactions physiologiques*** » (Gibert et Paris 2010).

## II.2 Empathie émotionnelle : résonance corporelle et compétences émotionnelles

L'empathie n'est pas « *un froid processus de raisonnement qui théorise les émotions d'autrui* » (Very 2008). Il existe « *un isomorphisme entre les mécanismes qui sont engagés dans la représentation mentale de nos propres actions et émotions et ceux qui sont déclenchés par la perception, ou par l'imagination, des comportements des autres* (Decety 2004).

### II.2.1 Une résonance motrice à l'émotion d'autrui

La notion de simulation interne des représentations partagées rend compte à la fois de l'expérience émotionnelle et des processus cognitifs qui accompagnent la réaction empathique. Celui qui éprouve de l'empathie est conscient que les émotions évoquées sont plus ou moins similaires mais pas identiques à ce que ressent l'autre.

Dans l'empathie, la **prise de perspective subjective d'autrui**, plus intentionnelle, s'accompagne d'une composante de **résonance motrice**, le plus souvent automatique. Il y a là les deux composantes fondamentales qui interagissent pour créer l'empathie (Decety 2004, 55)

L'hypothèse du codage commun, appliquée aux émotions, rend compte du déclenchement, chez une personne observant une expression émotionnelle (faciale ou corporelle), des représentations motrices qui sont responsables de cette perception. A la perception d'un visage exprimant une émotion, des sujets réagissent à leur insu par des modifications en miroir de leur expression faciale qui elles-mêmes, bien que subtiles, permettent d'identifier l'émotion (Decety 2004, 75). Ce codage commun explique pourquoi ce qui affecte autrui est susceptible de nous affecter. Cette « *échoïsation du corps* » « *sert ainsi d'instrument d'analyse des affects d'autrui* » (Cosnier 1997).

Cela conduit à une des limites de l'empathie : la similarité d'expérience la favorise, alors que plus on s'éloigne de notre référentiel, plus elle nécessite un effort.

Le processus d'empathie est défini comme « *le partage synchronique d'états psychocorporels, c'est-à-dire comme le fait qu'à un même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable* » (Cosnier 1997). Le partage spontané de ces micro-affects est un élément essentiel des relations entre individus.

## II.2.2 Modalités de l'expérience émotionnelle dans l'empathie

L'empathie implique un processus de résonance émotionnelle avec autrui. L'empathie émotionnelle réunit trois conditions (de Vignemont 2011):

- 1) **Similarité d'expérience** : Etre dans un état affectif « isomorphe » à l'état émotionnel d'autrui, c'est à dire ressentir une émotion similaire sur certains aspects pertinents (connotation agréable/désagréable, activation..). L'émotion éprouvée est en partie analogue à celle d'autrui mais les processus d'inhibition accompagnant l'activation des neurones miroirs limitent cette analogie. Par exemple dans le cadre de la douleur, on perçoit son côté affectif, désagréable mais pas sa composante corporelle. L'émotion perçue est suffisamment proche pour permettre une compréhension d'autrui, mais suffisamment distincte pour éviter la confusion. Cette isomorphie ne permet pas d'accéder à la compréhension de l'émotion : elle est enrichie par les processus plus complexes de la théorie de l'esprit.
- 2) **Relation de causalité**: « ce que je ressens est induit par ce que vous ressentez ». C'est la différence avec le fait de ressentir des choses proches en réaction à la même situation (pleurer ensemble devant un film) : dans ce cas l'émotion pourrait être ressentie indépendamment de la présence d'autrui. Ce lien causal ne dépend pas seulement d'une réaction automatique en miroir, mais est sujet à des processus de modulation (les soignants peuvent diminuer voir inhiber leur réponse à la douleur d'autrui en fonction du contexte). La relation de causalité n'est pas directe, mais influencée par des processus d'évaluation. Il est ainsi possible de moduler sa réponse empathique.

- 3) **Processus d'attribution** : en raison de la résonance émotionnelle causée par autrui, nous pouvons en retour attribuer l'émotion à autrui. A la différence de la contagion émotionnelle, l'émotion ressentie est rapportée à autrui, elle n'est pas faite sienne. L'empathie est orientée vers l'autre et permet d'accéder à un certain niveau de connaissance d'autrui.

## II.3 L'intégration des deux empathies

Les phénomènes à l'œuvre dans ces deux empathies ne sont pas totalement distincts. Ils s'entrecroisent pour créer la richesse de la compréhension empathique. Mais peut-on parler d'empathie en l'absence de l'un des deux ?

### II.3.1 « Métacognition »

La fonction « d'analyseur corporelle » de l'empathie proposée par Cosnier se complète par un processus d'échange de signaux traités à un niveau cognitif, rationnel et conscient. **Il n'y a pas de cognition sans émotion, ni d'émotion sans cognition.**(Damasio 1997). Les composantes émotionnelles et cognitives sont indispensables à la connaissance de soi, d'autrui et du monde. Quand cette intégration de processus automatiques corporels se fait de façon consciente et rationnelle pour participer à notre connaissance d'autrui, il est possible de parler de « métacognition » (Haynal-Reymond 2005). La conscience de la simulation de la perspective d'autrui permet la compréhension empathique : *« L'empathie est une simulation mentale consciente de la subjectivité d'autrui qui nécessite un partage de représentations et d'affects ainsi que la capacité d'adopter la perspective d'autrui. [...] Cette simulation permet de comprendre ce qu'une autre personne pense et ressent dans une situation présente, passée voire même anticipée. »* (Decety 2004, 87)

A ce stade nous nous sommes penchés sur la définition des émotions. Ce domaine est intimement lié à celui de l'empathie mais le champ qui s'ouvre alors est si vaste qu'il ne peut être traité ici. Nous en donnons un très bref aperçu dans l'annexe 2.



### II.3.2 L'inhibition de l'empathie

« L'empathie est à la base de la relation la plus fondamentale du vivant, la relation proie-prédateur [...] Seule l'empathie permet à l'un d'anticiper le comportement de l'autre et donc de l'atteindre ou de l'esquiver » (Jorland 2004, 48). Se mettre à la place d'autrui, à l'opposé de la relation d'aide, peut conduire à la manipulation comme à la torture. À la différence des animaux ce n'est pas la proximité qui conditionne l'empathie, qui peut être inhibée pour un proche et présente pour quelqu'un d'étranger.

Ce pouvoir d'inhibition de l'empathie est développé par S. Tisseron : le bourreau est capable de comprendre sa victime mais évidemment pas de se mettre à sa place. Elle survient lorsqu'autrui est « déshumanisé », à l'extrême par l'absence d'empathie émotionnelle du psychopathe, plus facilement par la tendance à généraliser, par la désensibilisation, ou la limitation des processus d'identification. Elle peut se faire également lors du désir de manipulation d'autrui. La source de ce désir de manipulation pourrait venir d'un manque de sécurité psychique, lors du développement précoce et/ou suite à des événements insécurisants (Tisseron 2010).

L'empathie demande la distinction du soi, le renoncement à la toute-puissance et une sécurité psychique. Dans sa définition l'empathie implique de se laisser toucher par autrui, et d'en faire un moteur du comportement pro social.

### II.3.3 Un phénomène riche et complexe au-delà de mécanismes biologiques

L'empathie implique :

- Une réponse affective déclenchée par l'état émotionnel d'autrui ;
- Une reconnaissance et une compréhension des états mentaux de cette personne (Decety Jean 2003).

Plusieurs auteurs de disciplines différentes, philosophie, neurobiologie, psychiatrie, réfutent l'idée de deux types distincts d'empathie, affective et cognitive : l'empathie implique que ces deux caractéristiques soient présentes. L'empathie implique *toujours* une réponse affective, sans que ce soit nécessairement un partage de l'émotion d'autrui. Les émotions jouent un rôle crucial dans la « cognition sociale » et la communication d'émotions est une « *composante élémentaire* » de l'empathie (Decety 2004, 61). La résonance émotionnelle, même si elle peut être inhibée ou modulée, nous est constitutive entre autre par le fonctionnement des neurones miroirs qui participent à une réaction physiologique à l'émotion d'autrui.

Ce que nous apprend la découverte des neurones miroirs, c'est que voir quelqu'un faire un geste, un sourire, c'est commencer à faire le même geste : d'une certaine façon nous introduisons les autres dans notre monde. Et réciproquement, par la transmission de ces représentations partagées, nous nous construisons, développons grâce aux autres. « Ils montrent que le lien qui nous rattache aux autres est profondément inscrit en nous, à quelle point serait étrange l'idée d'un je, d'un moi qui existerait en l'absence d'un nous. » (Ameisen, 2010) C'est peut-être une autre façon de définir l'intersubjectivité dont les philosophes ont fait la base de la construction du concept d'empathie.

Si l'explication du phénomène de l'empathie repose en partie sur des bases physiologiques, l'empathie ne se réduit pas une explication « biologisante », ce n'est pas un mécanisme en soi mais un processus. « *L'empathie trouve son ancrage dans l'intuition qu'une ouverture à l'altérité [...permet] une réévaluation de soi à la lumière de l'autre* » (Ionita 2010). L'importance de l'empathie et de l'intérêt pour l'autre est également le résultat d'un choix contextuel, donc en partie culturel. Définir l'empathie nécessite donc un détour par la philosophie et les sciences sociales qui continuent de réfléchir à la richesse de l'empathie, concept au-delà de l'intérêt pour soi, ancré dans le besoin de relations de réciprocité et dans un « *désir de solidarité* » (ibid.).

### III Un éclairage philosophique et sociologique

#### III.1 Au commencement : *Einfühlung* et phénoménologie

##### III.1.1 L'*Einfühlung* : Du sentiment esthétique à la connaissance d'autrui

Le terme *empathy* a été formé, en anglais, sur la base des racines latine *in-* (en-) et *-pathein* (sentir), par Titchener comme équivalent au terme allemand d'*Einfühlung*. Cette notion désignait au départ la relation esthétique entre un sujet et le monde ou ses représentations (Boulanger et Lancon 2006) (Favre et al. 2005). Le premier emploi du terme d'*Einfühlung* revient à Robert Vischer dans son essai *Sur le sentiment optique de la forme* (1873) (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004) (M. Sicard 2009). Héritier du romantisme allemand, il y développe une conception de l'esthétique qui privilégie le ressenti plutôt que la raison. Le plaisir esthétique ne naît pas de la simple vision de formes pures, sans contenu, mais de « *formes auxquelles nous, observateurs, attribuons un contenu psychique, en vertu d'un acte involontaire de transposition de notre propre sentiment* » (Vischer, 1873, cité par (M. Sicard 2009, 18).

L'empathie est aussi « **objectivation de soi** » qui vient de la perception d'une forme à laquelle référer la multiplicité des sensations ressenties comme à une unité. C'est cette unité qui donne un sens à ces sensations, l'empathie serait ce qui permet d'apercevoir la conscience de la seule façon possible : en l'objectivant. « *Le sentiment esthétique est donc le contact avec le monde extérieur par lequel le sujet accède à la chose et fait l'expérience de lui-même sur le mode du « se sentir dans la chose »*. C'est cette expérience que Lipps appelle l'*Einfühlung* » (Jorland 2004, 37).

Pour Vischer c'est l'**imagination** inconsciente qui fonctionne comme une imitation intérieure qui rend possible l'empathie, vision des choses de l'intérieur, par ce même mécanisme de résonance : « *La contemplation empathique est, comme nous l'avons vu, une imitation interne. Cette imitation inconsciente se constitue d'un ensemble de mouvements. Quand quelque chose dans un paysage charme nos sens, notre humeur ou notre affectivité, cela doit venir de ce que ses formes, ses couleurs, sa lumière incitent notre homme intérieur à effectuer des mouvements réactifs en sympathie, par lesquels notre corps*

*de chair a coutume d'exprimer dans la vie réelle les états d'âme comme les agitations de l'âme. C'est pourquoi nous voyons le doux glissement songeur des nuages, l'emportement courroucé de l'éclair, les buissons craintivement serrés les uns contre les autres, modestement ou tristement repliés sur eux-mêmes, les rochers se dressant fièrement ou effrontément, les flots débordant d'indignation, la lumière du crépuscule rayonnant la félicité; c'est pourquoi un coup de grisou nous atteint comme un verdict; c'est pourquoi nous entendons dans le vent une plainte, un grondement dans le tonnerre.* » (Vischer, "Über ästhetische Naturbetrachtung", 1890, cité par M. Sicard 2009, 20). Pour faire comprendre la nature de cette empathie, Lipps prend l'exemple de la contemplation d'une colonne dorique. Une des caractéristiques de ces colonnes est le renflement de leur fût, qui donne le sentiment qu'elles plient sous le poids du chapiteau, dans un effet d'élasticité pour le soulever, comme lorsque nous nous courbons pour porter une charge. Dans cet exemple, l'empathie se comprend comme « *un phénomène de **résonance** entre un objet, inanimé ou animé, non humain ou humain, et notre âme, nous dirions aujourd'hui notre appareil psychique* » (Jorland 2004, 42)

Ces deux auteurs ont émis l'idée que l'état affectif de l'observateur est secondaire à une **imitation spontanée** de "mouvements", à des impulsions motrices inconscientes générées par la perception de l'objet. La formulation de cette hypothèse plus d'un siècle avant la découverte des neurones miroir est étonnante.

Pour Lipps l'Einfühlung est « *la source du savoir sur autrui* ». La résonance motrice permet une conscience des intentions d'autrui. Observer un acrobate, c'est percevoir ses mouvements comme si nous entrions dans son corps : s'il se déséquilibre nous craignons de tomber avec lui. Cela « *nous rappelle que nous sommes dans l'empathie parce que nous avons un corps. Entre l'autre et moi, tout est d'abord affaire de mouvements, d'émotions et de corps* » (Tisseron 2010)

### III.1.2 Phénoménologie

En cette période du romantisme allemand, les sensations ne sont pas séparées de la réflexion. C'est cette époque qui voit naître le courant de pensée de la phénoménologie initié par Husserl. En philosophie phénoménologique, de Husserl à Sartre l'empathie est l'unique méthode pour connaître autrui (Clément et al. 2004) (Jorland 2004, 38).

La pensée phénoménologique désigne l'ambition d'aller aux " choses mêmes ", c'est-à-dire à la manifestation de ce qui se montre à l'expérience la plus dépouillée de toutes les constructions héritées de l'histoire culturelle, philosophique, théologique. Ce souci, à l'inverse du courant réflexif, conduit à mettre l'accent sur la dimension intentionnelle de la vie théorique, pratique, esthétique et à définir la conscience comme " conscience de... ". Cette réflexion s'applique à la conscience de soi permise par l'intersubjectivité. L'état de nature ne préexiste pas spatio-temporellement à la société. L'individu humain concret est d'emblée un être social. « *La relation d'un être humain à d'autres êtres humains n'est pas accidentelle mais constitutive de son humanité* » (Maryvonne Longeart, Lycée Ouvert de Grenoble). La relation à autrui est fondamentale, aucune connaissance, pas même la connaissance de soi, ne se développe indépendamment du rapport à autrui. Husserl place l'intersubjectivité comme première : c'est elle qui rend possible une intelligence de l'empathie. L'empathie permise par l'intersubjectivité rend compte de la capacité des hommes à prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre. Ainsi, le sujet ne se pose comme conscience que dans l'expérience de l'altérité d'une autre conscience.

La réflexion à l'origine du concept d'*Einfühlung* rejoint la réflexion actuelle sur l'empathie : autrui est constitutif du soi, et dans un mouvement de réciprocité m'informe sur moi-même.

### III.1.3 La thèse d'Edith Stein

Si l'empathie est née de l'*Einfühlung*, pour la comprendre il convient de cerner au mieux ce que désigne ce terme. Si l'*Einfühlung* est, en simplifiant drastiquement, la source

du savoir sur autrui pour Lipps, ou l'expérience préalable à l'appréhension d'un monde extérieur objectif (Godart 2011, 46), cela n'explique pas en quoi consiste cette expérience.

C'est la tâche à laquelle s'est attelée Edith Stein, une élève de Husserl. L'*Einfühlung* est une expérience intérieure des émotions d'autrui (ibid.). Mais cette expérience est décrite avec plus de précisions. On ne peut ressentir les émotions de l'autre qu'à la condition de les avoir éprouvées, ce qui implique en préalable à la reconnaissance des émotions de l'autre, la **connaissance de ses propres émotions**. « *On peut dire que l'expérience de l'Einfühlung nous donne accès à la connaissance immédiate des vécus d'autrui, tout autant qu'à la connaissance de nos propres vécus, en mobilisant à la fois la conscience intérieure et le corps* » (ibid., p 47).

S. Tisseron fait lui-aussi de la présence corporelle une des premières conditions de l'empathie avec la sécurité psychique (Tisseron 2010, 146).

Un autre point important sur la nature de ce concept : « je me substitue à l'autre mais jamais je ne coïncide avec lui ». Pour E. Stein cette expérience phénoménologique pure « *ne permet pas d'accéder à une parfaite connaissance d'autrui, de sa situation, de ses intentions, de son comportement, car l'autre ne nous est jamais donné de façon originnaire* » (Godart 2011, 46). Cela correspond avec les théories actuelles de l'empathie, où cette connaissance d'autrui est médiatisée par le corps ainsi que par une évaluation personnelle et contextuelle (de Vignemont 2011). « **Ce n'est pas un savoir c'est une expérience** » qui englobe tous les aspects de la conscience : sensations, sentiments, volitions, pensées (thèse d'E. Stein, citée par Godart 2011). Le sujet et son vécu sont perçus dans une même unité. « *Il s'agit de saisir de l'intérieur les vécus d'autrui tels que lui-même les a vécus et non en les réduisant à mon champ de conscience* » (ibid.).

« *C'est sans doute là que réside toute la puissance de l'Einfühlung qui consiste à saisir, à ressentir ce qu'est l'autre de l'intérieur, tout en étant capable de le distinguer de ce que je ressens, de ce que je saisis de moi. C'est parvenir à une connaissance pure de l'autre, et de ce que vit l'autre, sans le réduire à la simple perception que je peux en avoir* » (ibid. p 72).

Il y a un double niveau de connaissance : l'expérience du soi, et l'expérience des autres que soi. Prendre conscience des autres c'est prendre conscience des bornes et du relativisme de soi.

Ce détour philosophique soutient et complète l'explication des phénomènes cognitivo-émotionnels en amplifiant leur compréhension et leur portée. Il se dessine là une éthique de l'empathie, dont la perception émotionnelle d'autrui est la source, et qui insiste sur l'importance de ne pas limiter autrui à la perception que nous en avons. **L'expérience de l'*Einfühlung* ne permet pas la connaissance de l'autre dans sa totalité.**

L'autre point important dans ce détour philosophique est qu'il insiste sur la **connaissance de soi**, à la fois permise et nécessaire dans l'*Einfühlung*.

## III.2 Soucis de l'autre et sentiments moraux

### III.2.1 L'empathie et l'éthique

L'empathie jouerait un rôle certain même s'il reste à préciser dans le sens moral (de Vignemont 2011) et la réflexion éthique (Gibert et Paris 2010).

Les liens entre morale et empathie sont trop vaste pour être explorés ici. La morale est un ensemble de normes et de principes qui s'adresse à un groupe. En retenant une définition de l'éthique comme « *un processus libre et conscient de décision individuelle, fondée sur le jugement de ce qui est perçu comme bien ou mal, bon ou mauvais, juste ou injuste* » (Charpateau 2009), il est possible d'envisager les liens qu'il peut y avoir entre la perception empathique et le jugement éthique. Un commentaire à l'ouvrage de P. Ricœur, « Soi-même comme un autre », confirme la place de cette capacité à se mettre à la place d'autrui dans la morale : « *Se penser « soi-même » en tant qu'autre signifie que l'autre est constitutif de ma propre identité. Si l'universalité de cette morale ne peut être fondée par le sujet, elle le sera dans le souci de la pluralité : se mettre à la place d'autrui, voilà la nouvelle source de la norme sociale* »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Bibliothèque idéale de Sciences Humaines : [http://www.scienceshumaines.com/soi-meme-comme-un-autre\\_fr\\_13096.html](http://www.scienceshumaines.com/soi-meme-comme-un-autre_fr_13096.html)

Ce lien entre compréhension empathique et réflexion éthique invite à regarder de plus près les limites et les biais de l'empathie évoqué, ce qui sera fait au paragraphe III.6

### III.2.2 L'empathie et les préjugés

Il est démontré que le concept d'empathie est négativement corrélé avec l'orientation à la dominance sociale, l'autoritarisme et les mesures de préjugés (Pratto et al. 1994). Dans une recherche portant sur l'âgisme, Boudjemad et al. ont montré que l'empathie exerce sur les préjugés en général et sur l'âgisme un effet aussi bien direct, qu'indirect par l'entremise du dogmatisme et de l'orientation à la dominance sociale. Il semble que l'empathie soit un facteur important de la réduction des préjugés et que le fait de susciter de l'empathie envers des groupes stigmatisés générerait des attitudes plus positives envers ces mêmes groupes (études citées par Boudjemad et Gana 2009).

### III.2.3 Situer l'empathie dans un cadre collectif

Adam Smith, dans sa théorie des sentiments moraux a écrit : « *Il y a dans la nature de l'homme des principes qui le conduisent à s'intéresser à la fortune des autres et qui lui rendent nécessaire leur bonheur, quoi qu'il n'en tire rien autre que de les voir heureux* » (cité par M. Sicard 2009). Un autre économiste, Amartya Sen, prix Nobel en 1998, reprend cette idée. Il témoigne qu'à côté de « l'amour de soi », les comportements individuels peuvent être justifiés par « *l'empathie, la générosité et l'esprit public* » (Sciences humaines n°223).

J. Rifkin décrit l'empathie comme l'« *aptitude à éprouver comme sienne la difficile situation d'un autre* » et en fait le moteur d'une prise de conscience des enjeux et conséquences de nos interactions, de notre interdépendance avec autrui et notre environnement (Rifkin 2011). Pour certains comme le primatologue Frans de Waal, l'empathie est au cœur du comportement social. L'empathie serait *l'inspiratrice* de différents phénomènes sociaux (Waal 2010). La recherche en sciences et neurosciences sociales actuelles (Ionita 2010) (Decety 2009) confirme cette approche et dépasse le cadre de la relation strictement interpersonnelle, donc du niveau de l'individu, pour situer l'empathie



dans un cadre collectif. L'intérêt pour l'autre et l'effort de se mettre à sa place pourrait, plus qu'une capacité individuelle, être un choix culturel : le choix de « *valoriser l'intérêt pour l'autre sans abolir l'intérêt pour soi – et plus précisément le respect de soi – mais plutôt en le reliant à la responsabilité individuelle et collective envers l'autre* » (Ionita 2010).

## IV L'empathie et la psychologie humaniste

### IV.1 L'approche centrée sur la personne et la relation d'aide de C. Rogers

Les travaux du psychologue américain C. Rogers dans la lignée de la psychologie humaniste ont ouvert une large place à l'empathie pensée comme une caractéristique d'une relation professionnelle. L'empathie devient l'un des ingrédients clés d'une relation thérapeutique (Moreau et al. 2006) (Decety 2004, 58). Il la définit ainsi :

« *L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si " on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si ". La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. » (Rogers et Botteman 2009)*

Nous n'allons pas tenter de résumer ici les travaux de Rogers mais juste d'en souligner quelques éléments pertinents pour notre sujet :

Il défend l'**authenticité** de la réaction empathique contre l'idée d'une empathie thérapeutique enseignée et mise en œuvre de façon mécanique, sans tenir compte de la

nature subjective des relations humaines. Il a regretté que l'approche non directive se focalise sur des *techniques* et ne s'intéresse pas suffisamment aux *attitudes* du thérapeute.

Dans son approche de la relation d'aide, l'empathie ne peut être pensée seule car il a défini trois conditions nécessaire et suffisante pour produire un changement chez le patient. Ces conditions délimitent l'attitude de tout soignant engagé dans une relation de soutien :

- **Congruence** : authenticité de l'attitude du soignant,
- Regard positif inconditionnel : **non jugement**, valorisation et acceptation, inconditionnelle et entière d'autrui ;
- **Compréhension empathique** : comprendre le point de vue du patient, qui peut varier en profondeur et en exactitude mais produit toujours un effet positif.

Pour lui le thérapeute n'a pas à comprendre la personnalité de son client ni à le guider dans la résolution de son problème. Le rôle du thérapeute est de communiquer à son client la compréhension de son état interne, appréhendé par une immersion sensible dans l'univers mental du client.

## IV.2 La notion de besoin

Les besoins biologiques et psychologiques :

- sont fondamentaux et universels,
- n'ont pas de valence : ils ne sont ni positifs ni négatifs par nature,
- sont des paramètres indispensables à l'équilibre et au bien-être des individus,
- se différencient des moyens utilisés pour les satisfaire qui eux sont situationnels,
- se situent à un niveau conceptuellement supérieur à celui des buts, considérés comme des moyens possibles de répondre à nos besoins (Mikolajczak 2009).

Il est apparu intéressant de faire un lien entre l'empathie et la notion de besoin. Ce rapprochement a été fait par deux cheminements : celui de la compréhension des émotions (voir annexe 2) et celui des travaux de Cosnier sur le rôle de l'empathie dans la communication : dans une interaction, les partenaires se posent en permanence un certain nombre de questions : d'un côté « est-ce qu'on m'écoute, me comprend ? », de l'autre « qu'est-ce qu'il veut dire ? ». Mais la question identique formulé par le « parleur » et le

« receveur » est « que pense mon partenaire ? », « *question évaluative sur l'état affectif d'autrui* » (Cosnier 1997). Ces mécanismes seraient très importants car une condition nécessaire de la compréhension réciproque. L'empathie serait le processus par lequel nous percevons l'état affectif d'autrui. Les besoins relationnels, de compréhension et de sécurité psychique sont universels et un des moyens d'y répondre est de vivre des moments d'empathie.

La théorie des besoins la plus « connue » est probablement celle de la pyramide d'Abraham Maslow, l'un des fondateurs de la psychologie humaniste. Cette approche hiérarchisée à depuis été remise en question, et on lui préfère une classification horizontale des besoins entre les besoins d'existence, les besoins relationnels et les besoins de développement (Mikolajczak 2009).

Le développement de l'individu dépend d'un équilibre entre les besoins de base, biologiques et environnementaux, les interactions sociales et l'accomplissement de soi, avec leurs influences réciproques. Un besoin n'est pas à définir seulement négativement, comme un vide à combler, ils représentent aussi l'essence de notre humanité et de nos potentialités. Le besoin de réalisation de soi, au sommet de la pyramide de Maslow, est considéré par de nombreux psychologues comme le « besoin humain fondamental ». Pour Rogers, se réaliser c'est pouvoir être ce que l'on est au plus profond de soi, c'est aussi ce qu'il y a de plus général en l'homme (Rogers 2005).

La notion de besoin, par le biais de théories actuelles comme celle de l'auto-détermination, est un des éléments qui soulignent l'importance de l'empathie dans une relation d'aide ou une relation médecin-patient : la compréhension empathique d'autrui peut servir à la compréhension de ses besoins fondamentaux.

## V Ceci n'est pas l'empathie

### V.1 Sympathie

La sympathie ne nécessite pas de partager l'émotion d'autrui. Dans la sympathie, la participation au vécu d'autrui est spontanée et affective, ce n'est pas ressentir l'émotion DE l'autre mais ressentir une émotion POUR l'autre. L'empathie est tout aussi sincère mais plus distanciée et souvent motivée par la volonté de communiquer. Il est possible d'être empathique sans éprouver de sympathie. Dans l'empathie nous avons « *des sentiments plus appropriés à la situation d'un autre qu'à sa propre situation* » alors que la sympathie est notre élan émotionnel propre en réponse à autrui.

Même si l'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre ; la détresse en retour ou la sympathie induisent une motivation égoïste (aide lorsqu'il est difficile de faire autrement) tandis que l'empathie suscite une motivation altruiste (aide même lorsqu'il est possible de se dérober facilement à la situation pénible de l'autre) (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004).

En philosophie, notamment dans la tradition phénoménologique, l'empathie est définie comme l'**appréhension** immédiate de l'affectivité d'autrui. Alors que la sympathie y est vue comme la **participation** immédiate, intuitive aux souffrances d'autrui. Dans cette appréhension, le préfixe a- donne un rôle actif, une possibilité d'action, celle de se saisir (préhension) de ces affects, de s'ouvrir à eux.

Une autre nuance peut se faire en référence au terme de « sympathisant » : la sympathie impliquerait plus ou moins un partage de valeurs, d'objectifs ; alors que la compréhension empathique n'implique pas d'adhérer aux pensées, aux valeurs d'autrui.

### V.2 Compassion

Il existe probablement un large débat philosophique sur la distinction ou la proximité entre l'empathie et la compassion. L'expérience empathique a une proximité avec

l'expérience bouddhiste de la compassion (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004). Mais dans notre référentiel occidental, la compassion « *met l'accent sur la souffrance* » : elle véhicule l'idée d'une victime à protéger, à défendre et peut alors s'accompagner d'un sentiment de supériorité (Tisseron 2010).

### **V.3 Identification /confusion soi-autre**

Lorsque certaines caractéristiques de l'interlocuteur font écho avec celles du soignant, il peut se produire une identification, une perte de la différenciation entre soi et l'autre. C'est une expérience « d'être l'autre », souvent douloureuse et perturbant les capacités professionnelles.

« *Comment décider, qu'un sujet qui reproduit l'état émotionnel d'un autre sujet le fait dans le cadre d'une confusion entre soi et l'autre ou qu'au contraire, il n'opère pas une telle confusion et réagit sur un mode empathique ?* » (Favre et al. 2005). Il existe dans l'explication du phénomène empathique un certain nombre de critères pour distinguer l'identification de l'empathie:

- le souci de l'autre,
- la conscience que les émotions ressenties sont celles de l'autre,
- la conscience que l'autre a des états internes différents des siens,
- la conscience (*awareness*) de la situation de l'autre,
- le degré d'activité cognitive,
- le caractère intentionnel de l'attitude empathique,
- et l'intensité plus faible des émotions de nature empathique (Favre et al. 2005).

Le contenu principal de la différenciation entre soi et autrui se fait par la régulation des processus de l'empathie émotionnelle. Les conditions d'attribution et de causalité de l'émotion sont garantes de cette distinction. Dans l'empathie des processus inhibiteurs permettent d'attribuer la réaction en miroir à autrui plutôt que de rester dans la contagion émotionnelle propre au nouveau-né. La réponse empathique se fait sur le mode d'une similitude partielle, d'une émotion « isomorphe » mais non identique à celle d'autrui.

## **V.4 Contagion émotionnelle**

Pour bien assoir le processus empathique, prenons le temps de bien le différencier de cette contagion émotionnelle. Celle-ci pourrait être une sorte de « pré-empathie » un fonctionnement élémentaire, automatique, déjà présent chez l'animal. Cette contagion émotionnelle est présente chez le nouveau-né : les processus d'inhibition qui vont lui permettre de se distinguer d'autrui et d'avoir ses propres émotions ne sont pas encore mis en place (Tisseron 2010). La contagion émotionnelle est la composante automatique qui rend possible l'empathie à condition d'acquérir les fonctions de régulation, d'inhibition. « *On peut ainsi se représenter l'empathie comme un « partage » plus ou moins intense mais toujours « mesuré » de l'émotion de l'autre. Si la « mesure » n'est plus là, on peut considérer que l'on est dans le registre de la contagion émotionnelle* » (Favre et al. 2005).

## **V.5 Collusion**

Ce phénomène est à souligner pour le cas des soignants dont c'est la tâche de s'occuper de la détresse d'autrui. Le phénomène de « collusion » serait une régression (inconsciente), un retour à un problème personnel non résolu qui se retrouve chez le patient. La tentation pourrait être de résoudre ce problème à travers le patient, en lui proposant nos solutions (Stiefel F. et Guex P. 2008).

# **VI Limites et biais de l'empathie**

## **VI.1 Le risque « d'empathisme » et de la « détresse en retour »**

Quand quelque chose limite, empêche d'éprouver de l'empathie, le plus souvent des croyances, des peurs en partie inconsciente, il y a un risque de forcer l'empathie, de se donner pour mission d'aider l'autre (Tisseron 2010). C'est ce qui survient quand le comportement n'est pas motivé par l'empathie mais par une « *détresse en retour* » (Jorland 2004, 32). Le stress personnel induit par une contagion des émotions qui n'a pas la « mesure » de l'empathie motive une réaction égoïste : soulager sa souffrance (Favre et al.

2005). Dans certains cas cela motive un comportement d'aide, quand soulager la souffrance de l'autre permet de réduire mon propre malaise. Une autre solution est de se couper des émotions.

## **VI.2 « Fatigue de compassion » et « coupure par rapport aux émotions »**

Le risque de « *fatigue de la compassion* » serait due à une « *surexcitation empathique* » : éprouver de l'empathie avec trop d'états négatifs, comme ce peut-être le cas pour les professions de santé (Hoffman 2000). Pouvoir limiter l'empathie serait essentiel à notre santé émotionnelle (Gibert et Paris 2010). Mais ce n'est pas le détachement qui protège de cette fatigue et de l'épuisement professionnel. La « *coupure par rapport aux émotions* » n'est pas une régulation de l'empathie mais une réaction de défense qui traduit des difficultés de régulation émotionnelle. Elle se « *manifesterait comme un processus pour mettre à distance et se couper d'émotions ou d'affects dont on redoute, plus ou moins consciemment, la perte de contrôle et/ou la souffrance qu'ils occasionnent. Processus qui s'oppose à l'empathie envers autrui ou envers soi* » (Favre et al. 2005).

Il y a là encore un lien entre les compétences émotionnelles, l'empathie et la conscience de soi. Une meilleure connaissance de soi et du rôle des émotions permet de développer des ressources contre la « *fatigue de compassion* » et de prendre conscience de ses propres réactions émotionnelles. Cela permet de s'engager plus efficacement dans des relations empathiques en situation de soins. Le développement personnel du médecin lui permet de « *se prescrire lui-même* » comme agent thérapeutique (Huggard 2003)(Balint 2003).

## **VI.3 Désir d'emprise, angoisse de manipulation**

« *Une empathie complète nécessite d'être capable d'entrer en résonance avec l'autre sans s'en sentir menacé* » (Tisseron 2010). S. Tisseron souligne dans son ouvrage des situations qui limitent l'empathie. Il s'agit en résumé du désir d'emprise et de manipulation

de l'autre, et à l'opposée de la peur de l'intrusion d'autrui, et d'en être manipulé ou méprisé (ibid. p50 et 93).

## **VI.4 Les biais de l'empathie**

L'empathie est plus aisée s'il y a « *une similarité d'expérience, une communauté de culture* » (Decety 2004). Nous éprouvons plus d'empathie envers certaines personnes et moins pour d'autres : cette limite du champ d'application de l'empathie pourrait aller à l'encontre de l'apport éthique qu'elle peut avoir (Gibert et Paris 2010). Gibert et al. ont passé en revue ces biais de l'empathie.

### VI.4.1 Le « biais de l'ici et maintenant »

Nous éprouvons plus d'empathie envers les gens qui nous sont proches. Cette proximité s'entend comme spatiale ou temporelle.

### VI.4.2 Le « biais des relations de proximité »

Nous éprouvons plus d'empathie pour les personnes pour lesquelles nous éprouvons de l'affection, famille ou amis.

### VI.4.3 Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe »

Il est plus facile d'éprouver de l'empathie pour une personne qui nous ressemble, appartient à mon groupe social ou avec laquelle il y a une similarité d'expérience. Ce biais de similarité d'expérience ramène au risque de « collusion » qui peut exister dans une relation.

## **VI.5 L'imagination au service de l'empathie**

Il existe des raisons morales et professionnelles, de promouvoir une empathie plus égalitaire (ibid.). Si une empathie directe semble plus « *puissante* » qu'une empathie



médiatisée par l'imagination, celle-ci permet cependant un « *débiaisage* » utile de l'empathie. L'imagination permet de générer des sensations physiologiques identiques à une émotion directe, et elle est sous le contrôle de la volonté. « *Contrairement à un débiaisage par les croyances, nous demeurons, avec l'imagination sur le terrain des émotions : la sensation physiologique induite par la représentation mentale du point de vue d'autrui affecte la délibération morale* » (ibid.). L'imagination permet d'utiliser le caractère motivant des émotions, même si le poids des croyances et des représentations mentales reste un obstacle conséquent à son action.

L'enrichissement de notre connaissance de la gamme des réactions humaines, d'une diversité de situations réelles ou fictives, du vocabulaire émotionnel, par les arts (récits, films, poésie..) est utile au développement d'une « *empathie riche et nuancée* » (Tisseron 2010).

Il faudra se garder d'une dérive de cette imagination : croire que l'on *sait* ce que l'autre ressent, alors que l'on imagine seulement.

« *Se comprendre est indispensable si l'on veut comprendre l'autre. Cette compréhension, nous l'avons potentiellement. Nous la manifestons lorsque nous sommes au théâtre, au cinéma, ou lorsque nous lisons un roman. Nous sommes alors capables de comprendre des personnages totalement éloignés de nous, vivant dans des mondes exotiques, ou de personnages ambigus, parfois criminels, comme le parrain de Coppola ou les personnages de Shakespeare. Nous comprenons la misère du clochard, nous comprenons un vagabond comme Charlot. Mais lorsque nous retournons dans la vie courante, nous perdons notre capacité à comprendre autrui. Alors que nous l'avons dans l'imaginaire, nous la perdons dans la réalité* » (Morin 2011).

## **VII Réciprocité de l'empathie**

### **VII.1 Une étape supplémentaire de l'empathie**

Cet aspect paraît important à souligner : l'empathie « est un instrument de connaissance non seulement d'autrui, mais aussi du monde et de nous-mêmes » (Berthoz, Jorland, et Collectif 2004, 152).

C'est peut-être en partie cette réciprocité, en tout cas cette empathie complète, émotionnelle ET cognitive, qui place l'empathie en lien avec le raisonnement social et les comportements moraux. « Il existe dans celle-ci un appel à la réciprocité qui va au-delà de la reconnaissance d'une condition humaine partagée. [...] Dans une interaction empathique complète, l'autre nous révèle à nous-mêmes, et nous le révélons à lui. C'est une relation dynamique et **réciproque**. » (Tisseron 2010) Si l'empathie me permet de m'identifier à l'autre, l'autre peut s'identifier à nous. Et le troisième « étage » de l'empathie serait de reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur moi. Cette « *empathie extimisante* » permet de se découvrir à travers autrui, différent de ce que l'on croyait être, et de se laisser transformer par cette découverte. L'autre me permet d'accéder à un sens du soi en nous reconnaissant, nous « *validant* » (Tisseron 2010).

« La similitude est le fruit de l'échange entre estime de soi et sollicitude pour autrui. Cet échange autorise à dire que je ne puis m'estimer moi-même sans estimer autrui comme moi-même. Comme moi-même signifie : toi aussi tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d'agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, d'estimer les buts de ton action et, ce faisant, de t'estimer toi-même comme je m'estime moi-même. L'équivalence entre le « toi aussi » et le « comme moi-même » repose sur une confiance qu'on peut tenir pour une extension de l'attestation en vertu de laquelle je crois que je peux et que je vaux. Tous les sentiments éthiques évoqués plus haut relèvent de cette phénoménologie du « toi aussi » et du « comme moi-même ». Car ils disent bien le paradoxe inclus dans cette équivalence, le paradoxe de l'échange au lieu même de l'irremplaçable. Deviennent aussi fondamentalement équivalentes l'estime de l'autre comme un soi-même et l'estime de soi-même comme un autre » (Ricoeur 1996, 226).

## VII.2 Partager le bien-être : un choix ?

D'après la théorie de l'auto-détermination, « *c'est la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation interpersonnelle qui facilite la croissance, l'intégrité et le bien-être* » (La Guardia et Ryan 2000). La santé psychologique dépendrait moins d'un plaisir hédoniste que de la réalisation de soi évoquée par Rogers (Rogers 2005).

« *L'autonomie suppose que la personne décide volontairement de son action et est l'agent qui la réalise, de sorte qu'elle est en congruence avec elle* », autonomie ne signifiant pas indépendance ou individualisme mais trouver une causalité intérieure à l'action. « *La compétence réfère à un sentiment d'efficacité sur son environnement* ». Le besoin d'être en relation implique « *le sentiment d'appartenance, d'être en relié à des personnes qui sont importantes pour soi* » (Lagardia et Ryan 2000). Si la recherche de la santé physique est un but, cela n'explique pas pourquoi les gens ne sont pas toujours portés à agir de façon favorable pour leur santé : conseiller ne suffit pas (Unaformec, bibliomed n° 640). « *La théorie de l'autodétermination soutien qu'un plus grand support à l'autonomie du patient et davantage d'interrelations entre lui et le médecin créeraient une atmosphère où le patient se sentirait responsable et engagé dans les démarches relatives à sa santé* » (Lagardia et Ryan 2000). Une meilleure écoute du patient et la communication des informations pertinentes en fonction de sa situation, la possibilité de choisir mais pas seul, accompagné par l'expertise du médecin sont autant d'éléments thérapeutiques favorisés par l'empathie (Tate 2004).

## **Annexe 2**

### **Les compétences émotionnelles**

**I QU'EST-CE QU'UNE EMOTION**

**II QU'EST-CE QUI DECLENCHE UNE EMOTION**

**III LE ROLE DES EMOTIONS**

**IV LA NOTION DE COMPETENCE OU DE REGULATION EMOTIONNELLE**

**IV.1 Distinction avec l'empathie**

**IV.2 Identification des émotions**

**V LA COMPREHENSION DES EMOTIONS ET LA NOTION DE BESOINS**

## I QU'EST-CE QU'UNE EMOTION

*« Les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par [...] des expressions faciales, ou du corps, la fuite ou la posture agressive. D'autres se traduisent par des actions internes, comme celles des hormones, du cœur ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon publiques, on peut les mesurer, les étudier. Les sentiments, par contre, sont privés, subjectifs. Ils sont ressentis par l'individu et lui seul. Il ne s'agit pas de comportement mais de pensées » (Damasio 2001).*

Une émotion est composée des cinq éléments suivants

- **L'expression motrice** : Les modifications expressives et comportementales (comme le sourire, le tremblement de la voix, une posture en retrait...), composante la plus visible pour autrui.
- **Les réactions physiologiques** : activation du système neuro-végétatif (accélération de la fréquence cardiaque...), modifications biologiques (TA, hormonales...), réponses du système nerveux périphérique.
- **La tendance à l'action** (envie de fuir, de disparaître, de rire, de se rapprocher...), qui ne débouche pas forcément sur une action effective.
- **l'évaluation cognitive** : les pensées déclenchées par le stimulus, c'est-à-dire la personne ou la situation qui déclenche l'émotion (trouver quelqu'un beau, faire la différence entre une agression et une farce après avoir été surpris...).
- **Le ressenti ou sentiment** : L'expérience subjective de l'émotion et de son évaluation dans cette situation.

Les émotions ne sont en soi ni positives ni négatives (Sander et Scherer 2009, 381).

## II QU'EST-CE QUI DECLENCHE UNE EMOTION

*« C'est de la rencontre de l'affectivité du sujet- formée par ses besoins et ses expériences- et de certains éléments significatifs pour lui du monde extérieur que naît l'émotion »(Mucchielli 2006, 96).*

Le stimulus qui fait naître une émotion a été défini comme les situations où l'atteinte des objectifs d'un individu se réalise/ est menacée, et celles où ses croyances fondamentales sont menacées ou renforcées (Mikolajczak 2009, 15).

Il s'agit d'une définition rapide des stimuli des émotions, qui permet de souligner que **ce n'est pas la situation elle-même qui cause l'émotion, mais la perception subjective que l'individu en a**. C'est la *signification* pour un individu d'un objectif, d'une situation, qui donne lieu à l'émotion.

Les émotions nous renseignent sur le niveau de satisfaction de nos besoins fondamentaux. Elles sont toutes potentiellement utiles pourvu que l'on prête attention à leur message. Cette approche permet de s'affranchir d'une catégorisation des émotions à connotation morale telle que les « bonnes » et « mauvaises » émotions. Le terme d'émotions positives ou négatives renseigne sur leur valence et ne doit pas être compris comme un jugement de valeur.

Ce caractère informatif dépend de : la capacité à accueillir les émotions, la capacité à reconnaître les besoins, la capacité à agir pour satisfaire les besoins.

### III LE ROLE DES EMOTIONS

Pourquoi s'intéresser aux émotions ? Antonio Damasio a mis en évidence qu'elles sont indispensables à notre survie et à notre adaptation.

- 1- C'est un support à la décision et à l'adaptation
- 2- C'est une source d'information
- 3- C'est un facilitateur de l'action

Toute décision réfléchie s'appuie également sur une logique émotionnelle (Damasio 1997).

### IV LA NOTION DE COMPETENCE OU DE REGULATION EMOTIONNELLE

« Les compétences émotionnelles désignent la capacité – mise en pratique- à identifier, à comprendre, à exprimer, à gérer et à utiliser ses émotions et celles d'autrui »(Mikolajczak 2009).

*« La régulation émotionnelle est le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions » (Sander et Scherer 2009, 262).*

Le développement de ces différents aspects fait l'objet d'ouvrage entier, nous nous contenterons d'en livrer certains éléments utiles à notre sujet.

#### **IV.1 Distinction avec l'empathie**

L'empathie étant une compréhension d'autrui, principalement par le biais d'une résonance avec son ressenti émotionnel. Mais le champ couvert par l'empathie est plus vaste : par le processus de « simulation de la subjectivité d'autrui », c'est une compréhension plus entière, même si elle restera toujours incomplète, d'autrui. Elle englobe la compréhension des affects, mais aussi des représentations et des réactions d'autrui. La confrontation aux représentations d'autrui et ses liens avec le jugement moral ou éthique lui donne une portée plus large que les compétences émotionnelles, qui peuvent dériver vers une manipulation des affects d'autrui.

Sauf mention contraire, les éléments qui suivent sont tirés de (Mikolajczak 2009). Il nous paraît important de les nommer car se sont principalement des capacités qui peuvent s'acquérir, se renforcer et qui alimente la compréhension empathique.

#### **IV.2 Identification des émotions**

**L'identification** des émotions d'autrui est un des éléments de l'empathie.

L'identification des émotions nécessite des prés requis comme une **ouverture**, une attention aux émotions et une richesse du **vocabulaire émotionnel**. Ces deux éléments peuvent être développés par des apprentissages spécifiques. L'ouverture aux émotions se fait entre autre par l'acquisition de connaissances sur la valeur informative des émotions, et le dépassement de craintes le plus souvent non fondés comme de craindre un « déferlement ». Au contraire, le plus souvent une émotion s'amplifie quand elle n'est pas reconnue.

La capacité à identifier les émotions d'autrui s'appuie sur des éléments de la communication verbale ou non-verbale.

Il est possible de réguler, d'adapter l'expression de nos émotions.

L'écoute des émotions d'autrui s'appuie sur les principes de **l'écoute active** :

Il s'agit de privilégier la compréhension d'autrui et de lui témoigner cette compréhension, en évitant certaines attitudes comme : chercher des solutions, juger, évaluer, interpréter, consoler, investiguer.

## **V LA COMPREHENSION DES EMOTIONS ET LA NOTION DE BESOINS**

La valeur informative des émotions s'appuie sur la notion de **besoin**. La reconnaissance des besoins permet de diminuer la réactivité émotionnelle (la sienne et celle d'autrui) et d'augmenter le bien-être.

La satisfaction des besoins est un des moteurs de l'action humaine.



## Annexe 3

### Tableau d'extraction des données pour les résultats

#### Abréviations utilisées:

ABIM= American Board of Internal Medicine

BEES= Balanced Emotional Empathy Scale\*

CARE= Consultation and Relational Empathy measure\*

EFDT= Ekman Facial Decoding Test

ETS= Empathic Tendency Scale (turque)

IRI= Interpersonal Reactivity Index\*

ITE= Internal Medicine In- Training Examination developed by the American College of Physicians, the Association of Program Directors in Internal Medicine, and the Association of Professors of Medicine, an accurate measures of medical knowledge of internal medicine.

JSPE= Jefferson Scale of Physician Empathy\*

LASA= Linear Analog Self-Assessment for Quality of Life (QoL)

MBI= Malach Burn-out Inventory

NEA= Neubiology of Emotions Assessment

NS= non significatif

OSCE= Objective Structured Clinical Examinations: examens de fin d'année avec des patients standardisés

PBL= Problem-Based Learning (apprentissage par la résolution de problème)

PCI= Professionalism Climate Instrument : description de 12 comportements professionnels, évaluation de la fréquence de leur observation chez externes, internes, assistants, de 1= rarement à 4= habituellement

PS= patient standardize

PV= patient virtuel

S= significatif

Si non précisé, le facteur de corrélation noté est calculé par le score de Pearson

\*Voir annexe 6

**Tableau 15 : Tableau de présentations des articles analysés :**

Auteurs	Journal	HC et RM	Facteurs donnés Comme influençant L'empathie <sup>1</sup>	Proposition de formation : (évaluées ou proposées)	Echelles D'auto-mesure	Autres évaluations	Effets	commentaires
(Austin et al. 2007)	Med Educ		(-) manque de cours sur l'empathie et les compétences émotionnelles	Evaluation par les pairs dans PBL : responsabilisation, coopération	JSPE-S		NS: réussite aux PBL et score à la JSPE	Compétences émotionnelles Feedbacks par les pairs
(K. Berg et al. 2011)	Med Teach.	RM	(-) Situation artificielle	Evaluer le « déficit » d'empathie grâce aux évaluations de PS	JSPE-S	JSPPE Global rating of empathy (GR) /PS	S : Corrélation entre JSPPE et JSPE 0.19(p<0.05) Corrélation entre JSPPE et GR 0.87(p<0.01)	Validité de critère de la JSPE (avec la JSPPE) mais pas assez convergente pour être redondante : explore 2 aspects différents de l'empathie Validité de construit convergente pour la JSPPE (avec GR)
(Bonvicini et al. 2009)	Patient Educ Couns.		(+) formation (+) connaissances psychologie de la santé	Atelier de communication et feedbacks individuel Apprendre à repérer les "signaux" des patients :		ECCS GRS Observer en	S: plus d'éléments verbaux exprimés par les médecins formés aux "signaux" des patients (/ à avant et	Confusion empathie/similarité d'expérience Interaction empathique initiée par le patient (demande plus ou

<sup>1</sup> 2 facteurs ont été négligés volontairement : la corrélation entre le genre, et entre le choix de spécialité et l'empathie

				(indices d'un besoin)		aveugle	contrôle)	moins consciente)
(Brazeau et al. 2010)	Acad Med	HC RM	(-)Role models negatives (-) épuisement professionnel		JSPE-S MBI PCI		S: correlation scores JSPE et PCI/pairs; et inverse pour scores JSPE et MBI	Dans quel sens PCI et empathie s'influencent (réciprocité)
(Bunn et Terpstra 2009)	Acad Psychiatry		(-) différences d'expériences importantes (ex des psychotiques)	« se mettre à la place » Ici expérimenter des hallucinations auditives	JSPE-S		S: score augmenté post-expérience par rapport au groupe contrôle	Effets dans le temps ?
(D. C. R. Chen, Pahilan, et Orlander 2010)	J Gen Intern Med	HC		Feedback par le patient (PS) OSCE	JSPE-S	Avis du PS	Correlation NS score JSPE et score PS	Pertinence de considérer l'empathie comme une variable linéaire ?
(Colliver et al. 2010)	Acad Med	HC RM	(-) détachement (norme ?) (-) compétitivité (+) RM positifs	Garder une distance critique avec les échelles d'auto-évaluation, se focaliser sur la pratique	critique	+++	Plutôt que théorie: agir de façon empathique avec et devant les étudiants	Question n'est pas de promouvoir car empathie existe, mais d'éviter l'érosion Demande du patient : pas empathie mais médecin respectueux et attentif
(Committee on Ethics of the American	Obstet Gynecol	HC RM	(+) positive role model (+) notion de compétence émotionnelle	Différence avec sympathie: ce qui permet le rôle thérapeutique Apprendre de ses propres			« Equilibre empathique » : à connaître vs détachement ou Effet aussi sur le travail	Enseignement de l'empathie intégré tout au long de la formation À soutenir aussi en FMC

College of Obstetricians and Gynecologists 2011)			(-) pressions institutionnelles (-) culture du système de soin	émotions : conscience de soi Pas de modèle unique de formation : varier			d'équipe, la collaboration : environnement de travail qui soutien l'empathie en retour (boucle)	Vérifier avec le patient : sens, besoin Compassion /élan empathique Conscience de soi
(de Schweinitz 2008)	Fam Med			Analyse des « microséquences » (référence théâtrale) Objectif, obstacle, stratégie			Conscience de soi et d'autrui (émotions, besoins, demandes..)	Cultural humility
(Deen, Mangurian, et Cabaniss 2010)	Acad Psychiatry		(-)Différences/distance (psychotiques)	Ecriture : récit du patient à la 3° puis 1 <sup>ère</sup> personne ET feedback individuel		supervision	Exploration du contre-transfert Approfondissement réflexion et compréhension d'autrui et de soi Amélioration de la relation et de l'empathie constaté par l'interne et son superviseur	Importance du contexte : supervision « sécuritaire » Récit= fiction Réciprocité de l'empathie
(Deladisma et al. 2007)	Am J Surg.		(-) simulation virtuelle	Elaboration d'une grille d'évaluation d'une consultation par un tiers		Grille d'observation d'une consultation	Confirme rôle résonance en miroir, même inconsciente (plus difficile avec PV)	
(Dow et al. 2007)	J Gen Intern		(+) formation communication non-	4x90 min : courte Dont théorie et jeux de		Grille d'observatio	S : chez formés, augmentation post-	Ecoute active

	Med		verbale	rôle		n d'une consultation	formation et > non formés	
(Fernández-Olano, Montoya-Fernández, et Salinas-Sánchez 2008)	Med Teach.		(-) sentiments négatifs (« aversion ») pour le patient	Jeux de rôle Communication (à partir de principes simples : cordialité, respect, affirmation...) Groupe de discussion	JSPE		S : amélioration score JSPE post-formation Empathie « habitude »	Assertivité/affirmation de soi
(Forrest 2011)	J Am Acad Psychoanal.		(-) culture traditionnelle et autoritaire (-) méca de défense, d'évitement des émotion : rejet obsessionnel (-) différence d'âge avec les patients (-) stress post-traum (PTSD) (-) perte des idéaux (+) fraîcheur d'esprit	Surprendre vs méca de défense ! Jeux de rôle entre étudiants sur interrogatoire Vocabulaire et reconnaissance des émotions (chez l'autre et chez soi), expression des ses émotions ( <i>affective learning</i> ) Avoir conscience et connaître la dynamique du contre-transfert « auto-empathie »			Connaitre et utiliser ses propres émotions Se mettre dans son rôle de façon responsable, connaître ses et les limites	Pour des scientifiques « ce qui peut être mesuré devient réel » Contre-transfert aussi chez le prof « pizza party » !!

				Arts, récits				
(Garden 2009)	J Gen Intern Med	HC	(+/-) <i>affinités</i> avec le patient (+) connaissance en psychologie de la santé (et mise en pratique) (-) projections du médecin sur le patient (+) résonance	Ecriture de récits : inclure une composante pour le patient : vérifier, agir Apprendre à prendre en compte le contexte social de la maladie			Limites du travail par l'imagination (narration du point de vue du patient) Reconnaitre le rôle d'expert du patient Empathie « en action » pour soulager la souffrance du patient	Piège : rester « entre médecin » « cultural humility » Empathie = moyen, pas une fin
(Glaser et al. 2007)	Med Sci Monit			Utilisation complémentaire auto-évaluation et avis du patient	JSPE	JSPPE	S : Corrélacion entre JSPPPE et JSPE 0.48(p<0.05)	Empathie analysée comme une variable linéaire
(Harlak et al. 2008)	Educ Health	RM	(-) perception négative des tuteurs (= source d'influence, RM)	Jeux de rôle Groupe d'échanges et de réflexion Ecoute Emotions Représentations (soi et sociales)	ETS		NS : changement la cohorte S : analyse en sous-groupe Tendance au nivellement : Augmentation empathie « basse » Diminution attitude positive envers com si ++ au départ	
(Hemmerdinger,	BMC Med			Mesures suffisamment fiables et validées pour	6 retenus	CARE FHCS	.... Pas assez pour servir à la sélection des candidats aux	Validation par le patient= critère principale de validité

Stoddart, et Lilford 2007)	Educ			servir d'outils pédagogiques et étudier le rôle de l'empathie dans la formation et la pratique médicale...	dont : JSPE IRI BEES		études médicales Critères de validité prédictive à chercher avec attention : aide à la définition de l'empathie clinique Considérer en priorité les effets de l'empathie, pour (avec) le patient	Empathie variable continue ? Mesures + discriminantes dans les extrêmes, pas de seuil ni de moyenne « normalisée » Revue faite dans une perspective de sélection des étudiants Accepte l'intelligence émotionnel comme proche du concept de l'empathie
(Hojat et al. 2009)	Acad Med	RM	(-) progression dans les études (-) socialisation (« conditionnement ») dans la culture médicale= les 3 curriculums (+) dichotomie (empathy/EBM) (-)Facteurs de stress des études médicales (-) manque de role models positifs (-) confrontation	Différence empathie/sympathie 10 types d'enseignement Formation de <i>role models</i> positifs	JSPE-S		S : diminution la 1 <sup>ère</sup> année d'immersion dans les stages cliniques (externat)  « érosion » de l'empathie conduit à une « amnésie sociale » = inconsciemment faire ce que l'on prête serment de ne pas faire : « serment d'Hippocrate »	« fatigue de compassion (sympathie) Effets uniquement positifs de l'empathie Intégrer cet enseignement Expérimenter fréquemment et prendre du recul

			précoce à des patients irrespectueux					
(Joachim 2008)	Am J Psychother	RM HC	(-)/perte des idéaux ( <i>traumatic deidealization</i> ) (-) transmission <i>trans-générationnelle</i> d'un trauma	Réflexion en groupe guidée par un conte de fée : « le Prince qui s'est pris pour un coq » Identifier 16 archétypes= étapes de la relation thérapeutique			Réflexions sur : Authenticité Frontières de la relation Proximité/distance Besoins du patient	Utiliser son « vrai soi » ( <i>true self</i> ) référence à Kohut et Winicott) Comme Maxwell : empathie présente : il s'agit de la révélée ! Importance des partages en groupe et de la conscience des représentation du médecin
(Kane et al. 2007)	Croat Med J.			Engagement empathique du médecin perçu par le patient : mesure complémentaire à la JSPE	JSPE	JSPPE	S : cohérence interne, validité de construit convergente : Corrélation entre JSPPEE et grille ABIM= 0.75 NS : Corrélation entre JSPPE et JSPE 0.24(p>0.05)	« feedbackk » du patient
(Kind, Everett, et Ottolini 2009)	Patient Educ Couns.		(+/-) temps (+/-) langue et culture (+/-) perceptions, préjugés	Ajouter processus de réflexion à l'écriture de récit			Surmonter les barrières à l'empathie	contexte de l'écriture de récits et debriefing : intégrés, climat de confiance, témoignages internes, patients ou famille
(Klitzman 2006)	Acad Med	RM	(-) dichotomie entre connaissances et expériences (+) psychologie de la	Récits Retour à des choses simples : ne pas se contenter de le dire mais			Au-delà des facteurs perso ? (croyances, préjugés...)	Diversités des approches pour toucher autant l'empathie cognitive qu'émotionnelle



			santé (toujours un care même si plus de cure) (+/-) temps	le vivre et le partager de façon habituelle				
(Krasner et al. 2009)	JAMA		(-) épuisement professionnel, perte de sens (+) attention, présence	Mindfulness = pleine conscience Méditation, récits tirés de la pratique, exploration positive (« <i>appreciative inquiry</i> »)	JSPE MBI ...		S : MF avec diminution de l'épuisement professionnel et augmentation de l'empathie	Modifications des croyances et préjugés Self-care Commencer par intégrer les résultats des explorations positives au travail (réunions d'équipes, y compris administratives) ( ensuite les points négatifs à améliorer ?)
(Lin, Hsu, et Chong 2008)	Educ Health	RM	(+) résonance (+) ajustement au contexte, à l'environnement	Apprendre des patients (étude par l'approche phénoménologique) Role models positifs			3° phase de l'empathie : vérifier ce que le patient reçoit (ou non)	Besoins Patients souhaitent sentir cette résonance et avoir des retours (reformulations, reflats..)
(B. Maxwell et Racine 2010)	Cambri dge Quarte rly of Healthc are Ethics	HC RM		Ne pas tout miser sur l'imagination ni sur la compréhension : composantes émotionnelles nécessaires à l'empathie et au fonctionnement			Développer la réflexion éthique Contre le « décalage empathique »	L'empathie existe chez tous : pas enseigner les bases mais perfectionner pour un usage professionnel

				<p>moral</p> <p>Ne pas chercher à développer les bases de l'empathie mais à élargir, perfectionner ces bases existantes chez (presque) tous</p>				
(Michalec 2010a)	Curr Psychol .		(-)Facteurs de stress des études médicales (masse de connaissances, compétitivité, gestion du temps..)	Stratégies d'adaptation positive aux facteurs de stress	JSPE-S		<p>S : empathie :diminution en cours d'année et entre les promo, faible</p> <p>S : empathie et fact de stress les + fréquents</p> <p>NS : corrélation empathie et ensemble des facteurs de stress</p>	Diminution empathie corrélée aux fact de stress universitaires surtout chez étudiants « hauts » en empathie
(Michalec 2010b)	Adv in Health Sci Educ	HC RM	(-) socialisation (« conditionnement ») dans la culture médicale= les 3 curriculums (-) role models (-)Facteurs de stress des études médicales	Examens valorisent ce qui est évalué (« assessment drives learning ») OPEX (Out-Patient EXperience) Groupes de réflexion PS (même si artificiel : acquisition vocabulaire	JSPE-S BEES		Echec du nouveau cursus : <i>ajouté</i> en début d'année, non soutenu et non évalué= not « real things » pour les étudiants	Constata la définition différente de l'empathie en médecine Etudiants focalisés sur « absorption » des connaissances= importance des évaluations Différence savoir/vécu sur la relation médecin-patient

				émotion/besoin)				
(Muszkat et al. 2010)	Med Educ	RM	(-) dichotomie de la culture médicale (-) manque de RM positifs	Réflexion sur la relation médecin-patient à travers la poésie			Améliore la compréhension du point de vue du patient par les étudiants	
(Neumann et al. 2009)	Patient Educ Couns.		(-)perturbation des acquisitions précoces et secondaires au cours du développement neuropsychique (+) connaissances neurophysiologie de l'empathie (-) pression administratives/organisationnelle (+)Bien-être perso (+/-)Croyances, valeurs (+/-) stratégies/aide pour la gestion des demandes non-médicales (psychosociales)	Modélisation des effets de l'empathie en cslt Self-awareness Pratique de « pleine conscience » (mindfulness) Stratégie d'adaptation au stress et de régulation des émotions			Amélioration de la santé des patients Prévention de l'épuisement professionnel	S'intéresser aux effets et aux résultats pour le patient Self-care, self awareness Limite de l'empathie : proximité d'expérience Congruence

(Newton et al. 2008)	Acad Med	HC RM	(-) hidden curriculum (-) culture médical et curriculum formel (+/-) Role models	Jeux de rôle Positive role models	BEES		S : diminution score BEES dès la 1 <sup>ère</sup> année et tout au long de la formation (p<0.001)	Intégrer l'enseignement
(Norfolk, Birdi, et Walsh 2007)	Med Educ		(+) compétences en communication (+) connaissance sur l'empathie, psychologie de la santé, effet de la relation (+/-) temps, contexte	Modélisation du phénomène de l'empathie en cslt et des facteurs associés : Motivations Attentes croyances			Humilité des apports des experts ! Motivation à être empathique Qualité de l'attention	Importance de vérifier, contrôler la pertinence de notre compréhension
(R. Pedersen 2010)	Med Teach.	HC	(-) hidden curriculum (-) dichotomie de la culture médicale	Box 12			Prendre du recul sur nos jugements, cadres de références, interprétations	Enseignement intégré (ne sert à rien de l'ajouter) Réflexion sur sa pratique
(Pohl, Hojat, et Arnold 2011)	Acad Med			reconnaissance par les pairs		Echelle de nomination	S : nomination/score JSPE haut et évaluations en clinique	Importance du contexte de l'enseignement « supportive learning »
(Riess et al. 2011)	Otolaryngol Head Neck		FORMATION (+) connaissances neurophysiologie de l'empathie et	Formation basée sur neurobio de l'empathie et physiologie des émotions (ex : vidéo de	BEES JSPE NEA EFDT	CARE	S : augmentation post-formation de l'empathie évaluée par les patients (CARE, p>0.01)	Etude pilote d'un RCT plus puissant en cours

	Surg		physiologie des émotions	consultation avec constantes physiologiques des personnages)			Avis des étudiants : 100% (n=11) formation utile, capables de mettre en pratique	
(Rosen et al. 2006)	Acad Med		(-) progression dans les études	Attention aux facteurs d'épuisements et de dépression comme manque de sommeil	IRI MBI ...		S : diminution de l'empathie dans l'année	
(Rosenthal et al. 2011)	Acad Med	HC RM	(+/-)Role models	Reconnaissance par les pairs Blogs, debriefings expériences marquantes Réflexions et partage en groupe	JSPE-S		NS : diminution JSPE pendant l'année S : corrélation JSPE/nomination distinction humaniste	Soutien mutuel vs insécurité des étudiants
(Johanna Shapiro 2008)	Philos Ethics Humanit Med	HC RM	(-) hidden curriculum (-) culture médicale (-) "peur de la contamination" (+) role models positif	Groupe d'échanges/réflexion Apprendre des patients Philosophie morale : étude non des principes mais de la morale et éthique de la relation à autrui (Ricœur, Buber...)			Apprendre à être émotionnellement présent à répondre aux besoins des patients Regarder ses peurs, préjugés, tentation de l'« altérisation » (stigmatisation)	Vulnérabilité/« éthique de l'imperfection » Réciprocité Enseignement intégré Présence Inclure plutôt qu'opposer les différents modèles
(Johanna	Educ			Récits et écriture réflexive			Gains dans l'attention aux	Formation des PS : qu'évaluent-

Shapiro et al. 2006)	Health						composantes "émotionnelles" d'une situation non traduits en comportements remarqués par PS	ils ?
(Stepien et Baernstein 2006)	J Gen Intern Med		FORMATION (-) épuisement professionnel	Ateliers de communications Récits et écriture réflexive Expériences vécues Self-care	BEES IRI ...		Meta-analyse : 12/13 augmentation de l'empathie	<i>"to make the patient feel understood, not merely labeled"</i> Self-care
(Teherani, Hauer, et O'Sullivan 2008)	Patient Educ Couns.		(+)surface acting	Formation ++ des PS Debriefing par PS Analyse de récit dont réflexion sur vrai patient ET sur récit perso			Comportement empathique= pas simplification mais bases de la com med-patient Identification des étudiants les plus en difficultés avec la relation	Besoins du patient Feedback et debriefing « en profondeur »
(Thomas et al. 2007)	J Gen Intern Med	HC	(-)épuisement professionnel (+)bien-être perso (QoL)	stratégies de « coping » contre l'épuisement professionnel et pour favoriser l'épanouissement perso	IRI LASA MBI		S : corrélation +/- LASA/IRI Corrélation -/- MBI/IRI	Ces stratégies favoriseraient le professionnalisme (étude IMWELL en cours depuis 2003) Self-care
(Wear et Varley	Patient Educ		(-) situation artificielle (-) évaluation	« narrative inquiry »analyse de récit			Conscience perso se développe : ce que	L'empathie est une compétence qui ne peut pas être évaluée ?

2008)	Couns.		(+) non jugement extérieur (+) authenticité	(Charon)fiction et véritables interactions avec leurs patients			l'étudiant lui aussi expérimente dans la relation	pas véritablement par des checklists de comportements et de mots clés
(C. P. West et al. 2007)	Acad Med		(-) progression dans les études (+, suggéré) bien-être perso	Nécessité formation et évaluation nouvelle Suggestion vers dev. personnel	IRI	ITE	Pas de corrélation (< 0.1)	Validité de construit divergente de l'IRI les 6 compétences de l'ACGME correspondent à des domaines d'expertises différents : nécessitent des évaluations distinctes
(Wiecha et Markuns 2008)	Fam Med	HC	(-) HC	Formation en ligne : théories, concepts, journal de bord, discussion et feedbacks			Augmente la confiance des étudiants dans leurs compétences : être empathie, non-jugement, « culturelle » (ouverture ?)	Importance des retours(feedbacks)
(Winseman et al. 2009)	Acad Psychiatry	RM	(+)Bien-être perso (-)Facteurs de stress des études médicales (+/-) expériences prof. (hidden curriculum) (+/-)Croyances, valeurs	Avis des étudiants sur facteurs qui influencent le plus leur capacité d'empathie : Empathie perçue et observée lors des stages et conscience de soi (idéaux, exp vécues ..)			Nourrir l'empathie par conscience de soi et développement personnel	Ex de la « barrière » temps Importance de l'expérience (RM+) Propose d'explorer la notion de bien-être (soi et autres)

## **Annexe 4**

### **Tableau des définitions de l'empathie extraites des résultats**

Le tableau 16 présente les différentes définitions de l'empathie extraites lors de l'analyse des articles. Un zéro signifie qu'il n'a pas été possible d'isoler une définition dans l'article. En l'absence de la mention contraire, les noms donnés en références sont des médecins.

Le tableau 17 résume les données principales de la définition de l'empathie, des trois principaux auteurs cités en référence.



**Tableau 16 : Définitions de l'empathie extraites des articles revus**

Nom du premier auteur	Définition de l'empathie	Références de la définition
Austin	Empathy overlaps with interpersonal emotional intelligence and covers the ability to be aware of and understand another person's feelings	Hojat:
Berg	In the context of patient care, we defined empathy (key terms italicized) as a predominantly <i>cognitive</i> (rather than affective or emotional) attribute involving an <i>understanding</i> (as opposed to a feeling or sharing) of patients' experiences, concerns, and perspectives, combined with both a capacity to <i>communicate</i> this understanding and an <i>intention to help</i> by preventing and alleviating pain and suffering	Hojat:
Brazeau	0	
Bonvicini	Empathy is a multi-dimensional concept and skill with cognitive, affective, and behavioral elements	Hojat, Mercer
Bunn	The ability to appreciate patients' emotions and express this emotional awareness	pas de ref directe, ne cite que des médecins
Chen 2010	in the physician-patient relationship is the physician's ability to recognize a patient's perspectives and experiences, and convey such an understanding back to the patient	Hojat
Colliver	"Empathy" refers to a caregiver's cognitive and vicarious understanding of the patient as a person—an understanding that is thought to generate confidence and trust in the doctor-patient relationship and to promote effective treatment and healing.	0
Committee	Empathy is the process through which one attempts to project oneself into another's life and imagine a situation from his or her point of view	callahan et psychotherapeutes

Deen	the ability to understand the patient's situation, perspective, and feelings, and to communicate that understanding to the patient. [...] the concept of understanding an individual's subjective experiences by vicariously sharing that experience while maintaining an observant stance"	Coulehan, Zinn
Deladisma -	Empathy shows an appreciation for the patient's emotional situation and leads to a shared understanding of the patient's response to illness.	Cohen-Colle
Dow	"the action of understanding, being aware of, being sensitive to, and vicariously experiencing the feelings, thoughts, and experience of another ... without having the feelings, thoughts, and experience fully communicated in an objectively explicit manner[...]Clinical empathy is the skill of recognizing a patient's emotional status and responding, in the moment, to the unique needs of the patient to promote better clinical outcomes.	Dictionnaire, Larson
fernandez-olano	Empathy is the act or capacity to appreciate another person's feeling without 'joining them.[...]Empathy was explained as the capacity to understand the thoughts, emotions, and behavior of another, and students were shown how to convey it verbally and non-verbally	Hojat
Forrest	Reconnaissance émotionnelle	
garden	empathy as involving emotion, reason, and a desire to help a person in distress[...] clinical empathy is incomplete when it does not lead to an attempt to help, and ethically empathic physicians move beyond psychological engagement to material aid	Halpern, Stepien, Morse, Benbassat
Glaser	Empathy in the context of patient care is defined as "a preliminary cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding". This definition distinguishes not only the concept of empathy (as a cognitive attribute) from sympathy (as an emotional or affective attribute), but also places emphasis on communicating empathic understanding with the patient for better clinical outcomes	Hojat:

Harlak	0	
Hemmerdinger	Empathy is a personality trait that enables one to identify with another's situation, thoughts, or condition by placing oneself in their situation. Empathy can be confused with sympathy. [...]Indeed, the definition of 'emotional intelligence' as the 'Ability to monitor one's own and other people's emotions...and to use emotional information to guide thinking and behaviour'[9] is sufficiently close to some definitions of empathy.[...]empathy is an attribute related to the understanding and communication of emotions in a way that patients value.	Hojat
Hojat	we defined empathy in the context of medical education and patient care as a predominantly <i>cognitive</i> (as opposed to affective or emotional) attribute that involves an <i>understanding</i> (as opposed to feeling) of patients' experiences, concerns, and perspectives combined with a capacity to <i>communicate</i> this understanding. An <i>intention to help</i> by preventing and alleviating pain and suffering is an additional feature of empathy in the context of patient care.	Hojat
Joachim	pas de définition de l'empathie, mais illustration CE par ses 16 étapes/ info sur méca de l'emp dans le dév de l'enfant	Références variées
Kane	0	Hojat
Kind	Empathy – where the clinician's awareness of the patient's concerns produces emotional engagement, compassion, and an urge to help – is a teachable skill	
Klitzman	0	Shapiro
Krasner	0	
Lin	Development of empathy is a multi-phase process rather than a single event [...]empathy involves an inner resonance phase within the physician, a communication phase wherein the physician conveys their empathic feelings to the patient, and a reception phase in which the patient recognizes the physician's expression of empathy	Benbassat, Halpern, psychologues
Maxwell	0	

Michalec	To be empathic requires heightened levels of cognitive and emotional sensitivity	Références variées
Michalec b	<i>this particular paper utilizes a broad and encompassing perspective on the conceptualization of empathy: the cognitive and emotional experience of another's emotional state. Although clinical empathy does not promote emotional contagion, there are emotional aspects to the clinical empathy experience. Therefore this particular conceptualization highlights the other-oriented nature and perspective taking of empathy while encapsulating the cognitive focus of clinical empathy as well as the emotional quotient featured in the social-psychological sense of the term.</i>	Références variées: socio-psychologie et Halpern, Hojat, Spiro
Muszkat	0	
Neumann	definition based on an emotive, moral, cognitive, and behavioral dimension: CE is the ability (i) to understand the patient's situation, perspective and feelings (and their attached meanings), (ii) to communicate that understanding and check its accuracy and (iii) to act on that understanding with the patient in a helpful (therapeutic) way	Mercer
Newton	Sociologists and psychologists have divided the concept of empathy into two main definitions or types: vicarious and imaginative. Vicarious empathy is "an individual's vicarious emotional response to perceived emotional experiences of others" and imaginative empathy is "an individual's ability to imaginatively take the role of another so as to understand and accurately predict that person's thoughts, feelings and actions. <sup>6</sup> The first definition reflects an innate emotional response, that is, a "gut reaction," and is equivalent to the "empathic concern" described by Davis <sup>7</sup> ; the second definition refers to "cognitive" empathy and reflects a learned ability to imagine and intellectualize. <sup>7</sup>	
Norfolk	The original use of the term referred to the cognitive skill of "interpersonal imagination", used to establish an accurate understanding of the thoughts or words of the other.[...]empathy has generally been seen as a multidimensional quality potentially informed by either or both affective and cognitive factors, but also involving a behavioural component (i.e. empathy demonstrated through behaviour).[...]The primary need for a doctor's perceptions to be accurate, if shared understanding is to be reached, highlights the importance of cognitive empathy.	Morse, psychothérapeutes
Pedersen	empathy in medicine may be described as appropriate understanding of the patient	

Pohl	0	Hojat
Riess	0 se base sur neurobiologie et physiologie des émotions	
Rosen	0	
Rosenthal	In health care, empathy is defined as “a cognitive attribute that involves an understanding of the inner experiences and perspectives of the patient as a separate individual, combined with a capability to communicate this understanding to the patient” and “act on that shared understanding in a helpful and therapeutic way.”	Hojat, Mercer
de Schweinitz	empathy develops naturally through embodying the meanings and intentions of a character.	Spiro
Shapiro	vue d'ensemble des 4 composantes/ empathy is the underlying motivator and enabling force in altruism	
Stepien	definition of empathy, understanding or appreciating how someone else feels, expanded in the clinical context to include emotive, moral, cognitive, and behavioral dimensions. (1) emotive, the ability to imagine patients’ emotions and perspectives; (2) moral, the physician’s internal motivation to empathize; (3) cognitive, the intellectual ability to identify and understand patients’ emotions and perspectives; and (4) behavioral, the ability to convey understanding of those emotions and perspectives back to the patient.[...]emotional engagement, not just intellectual understanding, is crucial for effective empathy.	Halpern, Larson, Mercer, Morse, Benbassat
Teherani	empathy as a form of “emotional labor” requiring surface and/or deep acting. Surface acting is the intentional display of emotions such as care and interest without actually feeling those emotions. Deep acting involves internally altering one’s emotions to reflect those of the patient [...]the physician’s ability to: (1) imagine the patient’s emotions—emotive empathy; (2) empathize with the patient—moral empathy; (3) identify the patient’s emotions—cognitive empathy; (4) convey an understanding of the patient’s emotions back to the patient—behavioral empathy.	Larson et Yao

Thomas	Empathy is a multidimensional construct with cognitive, emotive, and behavioral domains. Cognitive empathy relates to an individual's capacity to understand another person's perspective rather than being exclusively self-oriented, while emotive empathy refers to an individual's tendency to respond to feelings experienced by others.[...] the behavioral component, which involves the outward expression of these internal qualities to influence the patient encounter	Halpern, Larson et Yao, Davis, Benbassat
Wear	a focus on the central importance of genuine affect and emotion in relationships with patients [...].deeper, richer considerations of what their patients are experiencing	
West 2007	Empathy is considered a central component of professionalism and refers to the physician's ability to understand how a patient's feelings and experiences influence their perspective and to convey sentiments of support and compassion./L'empathie est considérée comme un élément central du professionnalisme et se réfère à la capacité du médecin à comprendre comment les sentiments et les expériences d'un patient influencent son point de vue, et à lui transmettre soutien et compassion	
Wiecha	with a focus on understanding the impact of illness on patients	
Winseman	a complex internal response involving compassion, understanding, and momentary sharing of feelings between oneself and another. It is the capacity to experience the feelings of another, while simultaneously maintaining a sense of separateness/ une «réponse internes complexes impliquant la compassion, la compréhension et le partage momentané de sentiments entre soi et l'autre. C'est la capacité d'éprouver les sentiments de l'autre, tout en maintenant un sentiment de séparation. "	

**Tableau 17 : Quelques références pour définir l'empathie dans la relation médecin-patient**

	Définition conceptuelle	Définition opérationnelle/fonctions	processus	Barrières et limites de l'empathie	sources
(Halpern 2003)	<p>Mode affectif de compréhension</p> <p>S'oppose à une catégorisation du processus empathique en purement cognitif</p>	<p>compétence professionnelle= utiliser cette entrée subjective, empirique pour guider la relation de soins</p> <p><u>fct</u> : légitimer l'expérience du patient</p> <p><u>effets</u> : relation de confiance, thérapeutique, sens du métier vs épuisement</p>	<p>-Résonance émotionnelle = « informateur »</p> <p>-vérification puis reconnaissance plutôt qu'« étiquetage »</p> <p>- attention vers le patient et pas dans l'introspection</p>	<p><u>Barrières</u> :</p> <p>-pression du temps/anxiété</p> <p>-méconnaissances des processus émotionnels et des besoins comme une part des soins</p> <p>-que faire de ses propres émotions, souvent rejetées</p>	(Damasio 1997)
(Hojat et al. 2002)	<p>Empathie multidimensionnelle : dans l'affectif et le cognitif, mais cette part affective serait du domaine de la sympathie</p>	<p>Attribut cognitif qui permet de comprendre l'expérience intérieure du patient</p>	<p>De l'empathie en générale :</p> <p>-Adopter la perspective du patient</p> <p>Spécifique à l'empathie clinique :</p> <p>- se mettre à la place du patient</p>	<p>Serait influencer par le genre sans trancher sur corrélation intrinsèque au sexe biologique ou construite</p>	

			- « attention compassionnelle »		
(J. M. Morse et al. 1992)	Se définit par 4 caractéristiques : 1-affective 2-morale 3-cognitive 4-comportementale	Etre empathique implique ces 4 caractéristiques : 1-signaux subjectifs, « informateurs » 2-élan naturel d'aider les autres, renforcé par la volonté et la reconnaissance de l'universalité des besoins humains 3-comprendre la perspective d'autrui 4-expression de cette compréhension par le dialogue et la communication non-verbale	1-résonance émotionnelle 2-réceptivité et disponibilité envers l'autre 3-distance du « comme si » et traitement cognitif de la situation 4-réactions corporelles en miroir, réflexion, vérification, validation	<u>Barrières</u> : se focaliser sur des caractères objectifs, observables de l'empathie pour la comprendre et la définir (se limiter aux aspects cognitifs et comportementaux), alors que cette empathie « thérapeutique » ne serait pas toujours la réaction adaptée  <u>Limites</u> : -temps -manque de confidentialité si soins en équipe (hôpital...) -manque de régularité dans les consultations	Rogers



## ANNEXE 5

### OUTILS PEDAGOGIQUES

<b>I</b>	<b>EMOTIONS ET BESOINS</b>	<b>209</b>
<b>II</b>	<b>PRESENTER L'EMPATHIE CLINIQUE ET LA COMMUNICATION :</b>	<b>211</b>
II.1	Différentes attitudes d'écoute	211
II.2	Obstacles à l'empathie	212
II.3	Modèles conceptuels	213
<b>III</b>	<b>ELEMENTS ESSENTIELS DE LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT</b>	<b>216</b>
<b>IV</b>	<b>ECRITURE REFLEXIVE</b>	<b>218</b>
<b>V</b>	<b>APPRECIATIVE INQUIRY OU EXPLORATION POSITIVE</b>	<b>219</b>
<b>VI</b>	<b>PRATIQUE DE LA "PLEINE CONSCIENCE" OU MINDFULNESS</b>	<b>220</b>
<b>VII</b>	<b>LE PROCESSUS DE LA COMMUNICATION NON-VIOLENTE</b>	<b>222</b>
<b>VIII</b>	<b>EVALUER UNE INTERACTION MEDECIN-PATIENT (REELLE OU EN JEUX DE ROLE) :</b>	<b>227</b>
<b>VIII.1</b>	<b>Par le patient</b>	<b>227</b>
VIII.1.1	Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPE)	227
VIII.1.2	Consultation and Relational Empathy measure (CARE) :	228
<b>VIII.2</b>	<b>Par un tiers :</b>	<b>231</b>
VIII.2.1	Par l'observation et l'écoute	231
VIII.2.2	Par l'observation	233
VIII.2.3	Par l'écoute	235

## I Emotions et besoins

Développer son vocabulaire pour décrire des ressentis, des attentes, des besoins est une étape pour développer ses compétences émotionnelles (Mikolajczak 2009).

**Tableau 18 : vocabulaire émotionnel**

(ibid.)

Joie	Joie (suite)	Colère	Tristesse	Dégoût	Surprise	Peur
agréable	heureux	agacé	abattu	amer	alerte	affolé
allègre	hilaré	contrarié	accablé	dégoûté	abasourdi	alarmé
amusé	jouette	crispé	affecté	désabusé	atterré	angoissé
béat	joueur	de mau-	affligé	désen-	baba	anxieux
bien dis-	joyeux	vaise	anéanti	chanté	confondu	apeuré
posé	joyeux	humeur	atterré	désillu-	confus	choqué
charmé	radieux	courroucé	attristé	sionné	consterné	craintif
captivé	ravi	enragé	bouleversé	écœuré	décon-	déconcerté
comblé	réjoui	écœuré	cafardeux	horripilé	certé	dérouté
confiant	regonflé	en colère	chagriné	incom-	désorienté	déseparé
content	remonté	énervé	consterné	modé	ébahi	désorienté
de bonne	revigoré	enragé	déchiré	ulcéré	ébaubi	déstabilisé
humeur	riant	exaspéré	défait		ébouffé	effaré
décon-	rieur	excédé	déprimé		embar-	effarouché
tracté	satisfait	fâché	désabusé		arrassé	épouvanté
délivré	serein	frustré	désen-		émerveillé	glacé de
détendu	stimulé	furieux	chanté		épaté	peur
ébloui	stupéfait	haineux	désespéré		époustouflé	horrifié
égayé	surexcité	irrité	désolé		estomaqué	inquiet
émerveillé	touché	mécontent	ému		étonné	intimidé
émoustillé	vibrant	nerveux	éploré		étourdi	mal à
ému	vivant	remonté	lugubre		frappé	l'aise
en extase	vivifié		malheu-		interdit	mal assuré
enjoué			reux		interloqué	paniqué
en harmo-			maussade		médusé	sur le qui-
nie			mélancoli-		pantois	vive
enchanté			que		penaud	terrifié
encouragé			morose		quinaud	transi
enjoué			navré		renversé	tremblant
enthousiaste			nostalgique		saisi	
épanoui			peiné		sidéré	
euphorique			sombre		sot	
exalté			soucieux		soufflé	
excité			taciturne		stupéfait	
folâtre					stupéfié	
fou					stupide	
gai					suffoqué	
gaillard					surpris	
guilleret						

## Tableau 19 : vocabulaire des besoins

(Stappen 2010)

### **Besoins fondamentaux**

#### **Transcendance :**

Amour, beauté, conscience, harmonie, joie, lâcher-prise, ordre, paix, sacré, sagesse, sérénité, silence, simplicité, spiritualité, unité.

#### **Célébration :**

De la vie et de ses réalisations, des deuils et des pertes ; partage des joies et des peines.

#### **Ressourcement, jeu :**

Bien-être, calme, confort, défoulement, détente, équilibre, expression sexuelle, fantaisie, fête, guérison, humour, intimité, jeu, joie, plaisir, récréation.

#### **Interdépendance :**

Acceptation, affection, aide, amitié, amour, appartenance, appréciation, attention, bienveillance, chaleur, cocréation, collaboration, communication, compagnie, compassion, compréhension, concertation, confiance, connexion, considération, contact, continuité, coopération, douceur, échange, écoute, équité, empathie, expression, fiabilité, fidélité, honnêteté, intimité, justice, ouverture, partage, participation, réciprocité, réconfort, reconnaissance, respect, soutien, tendresse, tolérance, toucher, être touché.

#### **Sens :**

Accomplissement de soi, action, apprentissage, but, clarté, cohérence, conscience, contribution à la vie, créativité, croissance, développement, discernement, direction, espoir, évolution, expérimenter l'intensité de la vie, faire bon usage de son temps, inspiration, participation, proximité, réalisation de son potentiel, sécurité, transparence.

#### **Substance :**

Abri, air, eau, espace, élimination, lumière, mouvement, nourriture, protection, repos, reproduction, respiration, santé, sécurité, soins, stabilité.

#### **Intégrité :**

Authenticité, centrage, confiance en soi, connexion à soi, équilibre, estime de soi, honnêteté, identité, respect de soi, de son rythme, de ses valeurs, sens de sa propre valeur, unité intérieure.

#### **Autonomie :**

Affirmation de soi, choix de ses rêves, buts et valeurs, indépendance, liberté, pouvoir sur sa vie, respect de son rythme, solitude, spontanéité, tranquillité, paix.

---

#### **Note de l'auteur :**

Les exercices d'auto-empathie, d'expression honnête, d'empathie et de gratitude ont été créés par Marshall B. Rosenberg, fondateur de la Communication NonViolente®. Les listes de sentiments/besoins et les exercices concernant les quatre étapes sont inspirés du « syllabus » créé par Marshall B. Rosenberg pour ses séminaires intensifs.

## II Présenter l'empathie clinique et la communication :

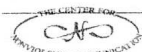
### II.1 Différentes attitudes d'écoute

Psychologue et collaborateur de C. Rogers, E. Porter a développé un modèle définissant six attitudes d'écoute<sup>1</sup>.

Tableau 20 : les attitudes d'écoute selon Porter :

Les attitudes de Porter

1	<b>JUGEMENT - EVALUATION</b> « <i>c'est bien...</i> » « <i>c'est nul</i> »	Cette attitude tend à imposer mon point de vue à autrui, je porte un jugement moral, critique ou approbateur, je me pose en censeur (attention aussi à: « il faut... »). "C'est assez curieux, mais un jugement même positif est aussi menaçant... qu'un jugement péjoratif, puisque dire à quelqu'un qu'il agit bien suppose que vous avez aussi le droit de lui dire qu'il agit mal". C. Rogers
2	<b>DECISION - CONSEIL</b> « <i>Moi à votre place, je...</i> »	Cette réponse peut prendre la forme d'un conseil, d'un ordre "...Quoique l'aidant puisse savoir de la situation... le client est le seul qui puisse résoudre le problème" (C. Rogers). je décide, avant d'être allé au fond du problème. Le risque d'erreur est donc important. Cette attitude tend à instaurer une dépendance, je risque de décider à la place de l'intéressé.
3	<b>SUPPORT - SOUTIEN - SYMPATHIE</b> « <i>Ce n'est pas si grave, vous allez vous en sortir.</i> » ou « <i>vous n'êtes pas le seul</i> »	Cette formule vise à aider ou rassurer l'interlocuteur. Mais elle peut lui donner l'impression qu'on minimise son problème. Au mieux, elle ne lui apporte qu'un soulagement momentané, qui ensuite le laisse seul face à ses difficultés.
4	<b>INTERPRETATION</b> « <i>Parce que...</i> »	dans certains cas permet de vérifier que l'on a bien compris, mais : - Je transforme le problème en supposant des explications que l'intéressé ne donne pas ou ne voit pas, essayant de lui faire dire ce qu'il ne dit pas. - Même positive, ce qui risque de bloquer encore plus, car crée une soumission (l'autre en connaît trop), une relation de dépendance. - "La prise de conscience est une expérience qui doit être atteinte par le malade"(C. Rogers).
5	<b>ENQUETE - QUESTIONNEMENT</b> « <i>Voulez-vous me préciser vos propos ?</i> », « <i>Pourquoi n'avez-vous pas fait cela?</i> »	Cette attitude qui vise à obtenir des précisions peut facilement prendre la forme d'une attitude d'enquête qui pousse l'interlocuteur dans une certaine direction. Dans la première formulation, elle peut favoriser la communication, si elle est utilisée avec prudence. Mais la seconde la bloque car l'évaluation négative du questionneur est implicite, même si elle est inconsciente de sa part.
6	<b>EMPATHIE</b> « <i>Quand vous dites... vous vous sentez...,Est-ce bien cela ?</i> »	Cette qualité de présence a ceci de particulier, qu'elle présuppose que l'on donne toute son attention à la personne qui parle. On est libre de tout préjugé à l'égard de cette personne, on la regarde comme si on la voyait pour la première fois. Notre écoute est focalisée essentiellement sur les besoins et les sentiments de la personne qui parle.



<sup>1</sup> <http://infirm.agmp.org/uploads/56d26140-0453-225f.pdf>

## II.2 Obstacles à l'empathie

La liste suivante est extraite d'un ouvrage sur la Communication Non-Violente (Faure et Girardet 2003) et présentée dans des formations à cette approche, destinées aux professionnels de la santé<sup>1</sup>.

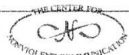
### Les obstacles les plus fréquents à l'empathie

Extrait du livre « L'empathie, le pouvoir de l'accueil.  
Au cœur de la Communication NonViolente. »  
de Jean Philippe Faure et Céline Girardet., ed Jouvence

Voici quelques pièges classiques dans lesquels il nous arrive de tomber et qui, malgré notre intention font obstacle à une connexion empathique à l'autre ou à soi.

- Chercher à comprendre au détriment de la connexion ou de l'empathie
- Savoir sur l'autre, lui expliquer
- Vouloir faire quelque chose : aider, consoler, compatir, conseiller,
- Chercher une solution ou se focaliser sur une stratégie
- Limiter le champ des possibles
- Ramener à soi
- Une résonance à l'intérieure de soi
- Se placer sur le plan de la sympathie ou de l'antipathie
- Employer des images ou des métaphores
- Croire aux croyances et reformuler littéralement les croyances
- Etre figé sur une forme correcte
- Rentrer trop vite dans l'empathie sans exprimer d'abord ce qui nous motive à le faire
- Aller trop vite, laisser l'autre dans un débit rapide
- S'apesantir sur les sentiments au détriment des besoins\*
- Refléter un besoin qui n'est pas dans l'instant
- Les longueurs excessives des reformulations
  
- *Vouloir donner* de l'empathie
  
- Les résistances volontaires ou involontaires à l'empathie

Le plus facile pour retourner vers une connexion empathique est de reprendre tout simplement les bases (les 4 étapes : observation, sentiments, besoin et demande ) du processus.



Pascale Molho et Kristin Lowagie-Puget - CNV pour les acteurs de la santé juin 2008- p12/20  
pmformations@orange.fr / KLowagie@aol.com

<sup>1</sup> <http://www.pascalemolho.com/archives.html>

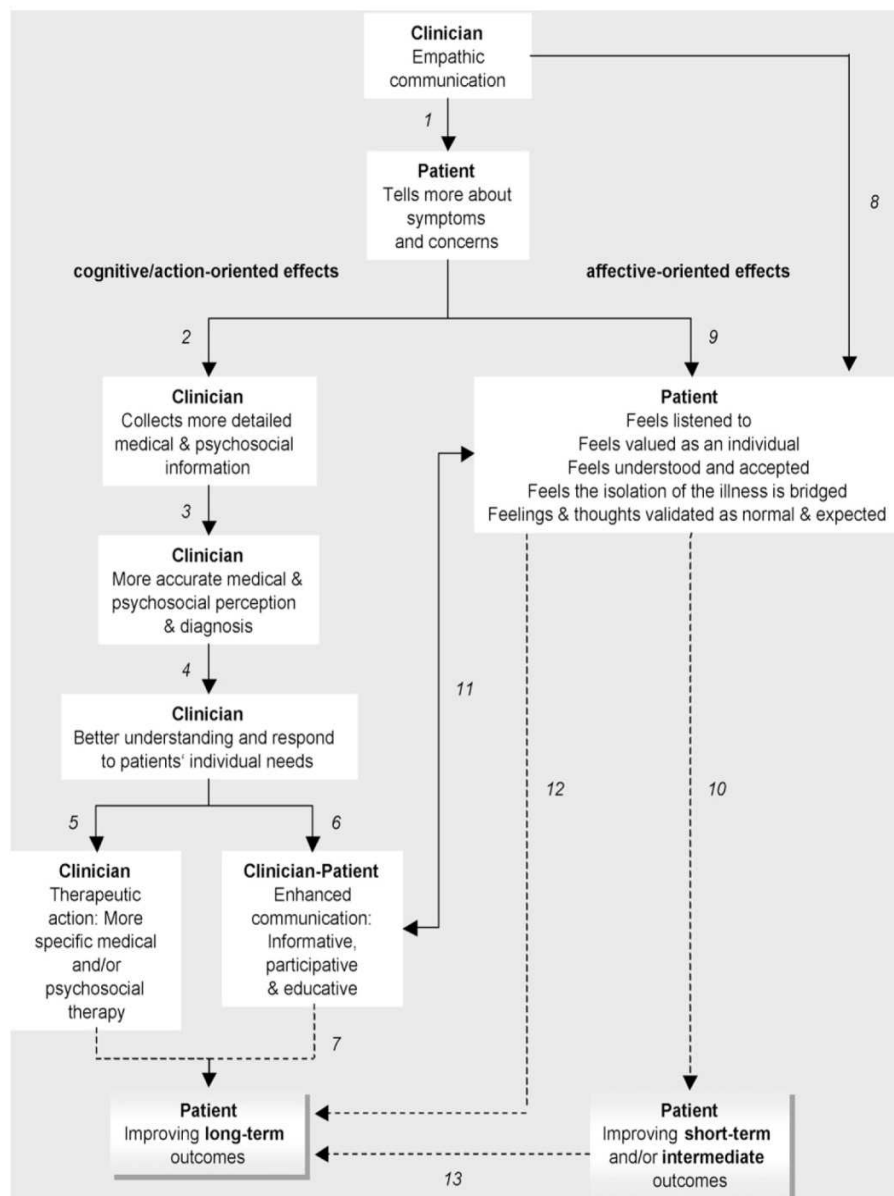
## II.3 Modèles conceptuels

« Un modèle n'est qu'une représentation simplifiée et réductrice d'une réalité qui est autrement plus complexe » (Boudjemad et Gana 2009).

Plusieurs modèles extraits de la bibliographie ont été présentés dans les parties résultat et discussion. En voici d'autres en complément.

**Figure 9: Comment l'empathie agit dans la consultation : « How an empathic communicating clinician can achieve improved patient outcomes »**

(Neumann et al. 2011).



**Figure 1.** Effect model of empathic communication in the clinical encounter [85]. Note: —>, based on empirical and theoretical considerations; - ->, hypothesised relationship.

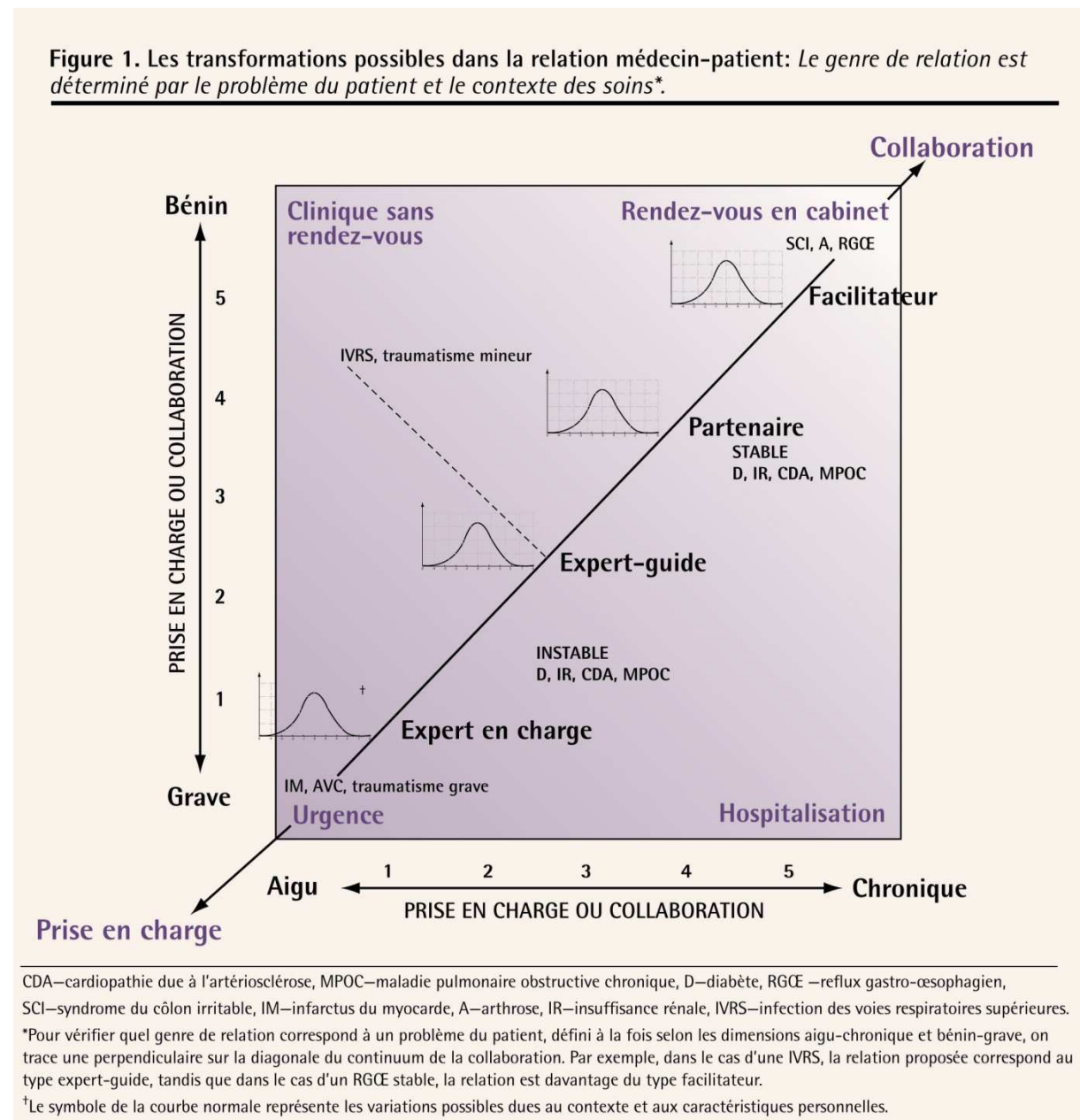
Une communication empathique peut entraîner des effets positifs variés :

- 1) Le patient peut parler plus et plus facilement des ces symptômes et de ses craintes
- 2) Ainsi il aide le médecin à collecter plus d'informations médicales et psychosociales
- 3) Ces informations affinent la perception de la situation et peuvent conduire à un diagnostic plus précis, que les symptômes soient typiques ou atypiques
- 4) Elles permettent également d'identifier les besoins du patient
- 5) Un des résultats de ces échanges est l'amélioration de la communication qui permet de créer une relation thérapeutique et de soutien (médical et/ou psychothérapeutique)
- 6) Ainsi que la facilitation des échanges d'information qui améliorent l'adhésion et l'éducation thérapeutiques
- 7) A long-terme cela pourrait conduire à une amélioration de l'état de santé du patient (qualité de vie, autogestion, état de santé et état psychologique,
- 8) et
- 9) en parallèle l'empathie produit des effets plus affectifs : le sentiment d'être écouté, compris, accepté. Ces effets sont basés sur « le besoin humain fondamental d'être reconnu et compris ». « *To feel known and understood is adimension of caring and being cared for, both of which can be seen as derivative and emergent from biological processes* ». « *For a patient, the feeling of being understood by the clinician does not only mean that the clinician is his intellectual equal. It is just as important for the clinician to understand patients as fellow human beings, to understand their human aspects* » (Neumann et al. 2011).
- 10) Ces aspects peuvent influencer des résultats immédiats et à moyen terme comme la satisfaction, la confiance, l'adhésion.
- 11) Il existe probablement des relations entre ces aspects plus émotionnels et les aspects cognitifs qui les potentialisent
- 12) Et 13) Il est probable que sauf situations particulières (pathologies psychosomatiques, soins palliatifs) les effets émotionnels n'est pas une influence directe sur les résultats à long-terme mais que ces résultats soient améliorées par le renforcement des effets immédiats.

Egalement cité dans le référentiel didactique du « conseil de compétence en communication professionnelle en santé » de la faculté de médecine de Montréal : « *Il est essentiel que le médecin développe une sensibilité au contexte et aux rôles distincts qu'il est appelé à jouer pour être en mesure d'adapter sa communication.* (Richard et al. 2010).

## Figure 10 : S'adapter au contexte

(Marie-Therese Lussier et Richard 2008)



Les praticiens qui suivent et accompagnent des personnes atteintes de maladies chroniques, de longue durée, qu'elles mettent ou non en jeu le pronostic vital, ont développé des aptitudes spécifiques et des « outils relationnels » comme l'éducation thérapeutique ou l'entretien motivationnel. L'idée d'un répertoire de relations paraît plus adaptée à la variété de l'exercice médical. Aucune d'elles n'est considérée comme optimale



ou souhaitable en soi, sortit du contexte de la consultation et de la rencontre unique avec ce patient. L'article original est en accès libre<sup>1</sup>.

### III Éléments essentiels de la communication médecin-patient

**Figure 11 : Éléments essentiels de la communication médecin-patient d'après l'expérience de médecins devenus patients et suivi pour des maladies graves et chroniques**

(Klitzman 2006)

---

**Themes Concerning Ways of Improving Medical Education: The Views of Doctors Who Had Become Patients**

**Can empathy be taught?**

Yes

No

*Not clear, but it is worth trying*

**Specific techniques of improving interactions and communication that medical students should be taught**

*Process issues*

- Charting at the bedside, not the nursing station
- Asking if patients have any questions at the end of interactions
- Acknowledging having kept patients waiting
- Providing more explanations about the doctor's decision-making process
- Discussing the process of care (e.g., what to expect and when)
- Following up with more details (e.g., details not "falling through the cracks")
- Appreciating more non-verbal aspects of interaction
- Using non-physician health-care workers more

*Content issues*

- Talking about taboos explicitly and less judgmentally (e.g., mental health, sexual behaviors or risks, death and dying, Do Not Resuscitate orders)
- Being "less hard" on patients concerning non-adherence (e.g., appreciating more what patients are able to accomplish)
- Giving increased attention to preventative and other health behaviors
- Discussing non-medical aspects of care more (e.g., whether patients have insurance or post-procedure transportation)

**Continued obstacles to improved communication:**

*Constraints on doctors*

- Time
- Patience
- Concentration

*Not part of a doctor's persona*

*High patient expectations*

---

<sup>1</sup> <http://www.cfp.ca/content/54/8/1096.full.pdf>

« *Ce qui est réjouissant est que l'empathie peut être apprise.* ». Des médecins suisses ont résumés les éléments d'une méthode pour l'enseigner aux étudiants en médecine (Haynal-Reymond 2005).

**Tableau 21 : Eléments essentiels à une relation empathique avec le patient**  
(ibid.)

Quelles qualités devraient être développées pour être empathique ? (Ou : comment retrouver l'empathie que nous avons eue un jour ?)
* Un profond respect de la personne. Reconnaître l'opportunité d'un geste, d'une action, d'une information, d'une réponse appropriée.
* Se concentrer sur le patient. Etre là pour lui et personne d'autre à ce moment.
* Les voir ; les entendre. Utiliser son «analyseur corporel» et peut-être laisser de côté ses papiers un instant. Remarquer l'anxiété sous-jacente de phrases telles que «ma mère est décédée d'un cancer...».
* Se poser des questions avec les patients. Par exemple pour la prescription d'un traitement: «comment est-ce que vous ressentiriez le fait de...» ;
* Les encourager à parler. Faire sentir (verbalement ou non verbalement) «je vous écoute» et (par exemple si un patient est au bord des larmes et s'interrompt) «prenez votre temps...» ou «pouvez-vous m'en dire davantage sur...».
* Manifester son empathie verbalement et non verbalement au patient, à ses questions, à ses préoccupations, à ses émotions, même si elles sont cachées. Ces manifestations peuvent se faire de deux manières : soit tout au long de l'entretien, au fur et à mesure que les occasions se présentent. Soit sous la forme du «lasso» : après avoir encouragé le patient à continuer, le clinicien fait un commentaire à la fin résumant la situation affective

## IV      **Écriture réflexive**

*« For example, physicians may be asked to privately reflect on or write a brief narrative about a specific personal experience in their practice (eg, being with a patient at the end of life, making a medical error, recall of a particularly meaningful encounter) with a focus on how they reacted to and worked through the situation. Participants may then share their experience (and listen to those of others) with a small group of colleagues who listen with the intent of understanding the speaker's experience rather than interpreting or judging. Although the goal of such "mindfulness training" is to increase attention, awareness, intention, and self-reflection, it is hypothesized these traits may also reduce physician distress. »* Editorial du JAMA en référence à l'article sur la formation par la « pleine conscience » (*mindfulness*) (Krasner et al. 2009).

Il paraît important de guider les étudiants pour ne pas rester dans une description mais interroger, explorer l'expérience décrite pour mieux la comprendre (Kind, Everett, et Ottolini 2009).

Le contexte, le climat de séances de réflexion en groupe doit être assez sécurisant en termes de confidentialité et de respect pour permettre à chacun de parler et d'écouter en confiance. *"We allow students guided practice sharing their reflections with each other in safe, small groups before asking them to reflect in writing. Following the submission of their anonymous writing, students receive feedback in the form of key insights about connecting with patients and families that were evident in their essays, and questions for ongoing reflection to enhance their ability to build relationships in the future (ibid.)"*

## Tableau 22 : Exemples d'exercices d'écriture proposés :

(Kind, Everett, et Ottolini 2009)

Question assigned to student participants on third-year pediatric clerkship\*

*Over the next 1–2 weeks while on your pediatrics rotation, think about the connections you make or have difficulty making with your pediatric patients and their families... (choose one of the following)*

- (1) Describe a time (the case, the situation, how you felt, how the patient/family felt) when you were able to connect with a patient or patient's family and why you think the connection was made. How has this affected your personal and professional growth?*
- (2) Describe a time (the case, the situation, how you felt, how the patient/family felt) when you were not able to connect with a patient or patient's family and why you think a connection was not made. How has this affected your personal and professional growth?*

\*Written responses provided anonymously by students as part of a homework assignment.

## V *Appreciative inquiry* ou exploration positive

*“Participants use appreciative inquiry techniques to explore ways in which they successfully worked through difficult clinical situations and to identify personal qualities that promoted their successes.*

*Appreciative inquiry proposes that analysis and reinforcement of positive experiences are more likely to change behavior in desired directions than an exploration of negative experiences or deficiencies. The participants shared their narratives in pairs and small groups.*

*Equally important as telling stories was listening to others' stories. Listeners were instructed to listen with the intention of understanding the other's experience, avoid interruptions, focus questions to deepen understanding of the storyteller's experience, resist comparing their own experience with that of the storyteller and refrain from interpreting or judging the reported experiences.” (Krasner et al. 2009)*

**Tableau 23 : Exemples de sujet pour écriture et exploration positive**

(ibid.)

Didactic and Narrative and Appreciative Inquiry Themes	
Didactic Topic	Write or Tell a Brief Story About. . .
Awareness of pleasant or unpleasant sensations, feelings, or thoughts	A pleasant or an unpleasant experience during clinical work and its effect on the patient-physician relationship
Perceptual biases and filters	A surprising clinical experience (an experience that differed significantly from what you expected)
Burnout	An experience of noticing and responding to your own emotional exhaustion, depersonalization, and low sense of personal accomplishment
Meaning in medicine	A clinical encounter that was meaningful to you; what made it meaningful, what personal capacities did you have that contributed to the meaning
Boundaries or conflict management	A time when you effectively said, "No!" or set a clear boundary in clinical practice and still maintained a healing relationship
Attraction in the clinical encounter	A time when you were aware of attraction toward a patient and its influence on the dynamics of the physician-patient relationship
Self-care	A time when you faced choices about caring for yourself as opposed to caring for others
Being with suffering or end-of-life care	A clinical encounter involving being present to suffering: sadness, pain, uncertainty, end-of-life, and the awareness of your role as physician

## VI Pratique de la “pleine conscience” ou *mindfulness*

Pour présenter brièvement le concept de la “pleine conscience”, voici deux petits exercices:

De petits exercices simples comme celui-là sont parfois employés en début de cours théoriques par des enseignants afin de favoriser la concentration des étudiants :

La pause « STOP », une minute de pleine conscience

S= Stop : s’arrêter et fermer les yeux

T= Temporiser, respirer consciemment en suivant chaque respiration

O= Ouvrir, Observer les sentiments et pensées présentes

P= Poursuivre son chemin

**STOP: A 1 Minute Mindful Pause**

Stop what you're doing and close your eyes.

Take a few breaths, bringing your awareness to each inhalation and exhalation.

Observe how you are feeling in the moment and consider your options on the next best step

Proceed - as you continue with full steady breaths

**8 Breath Meditation**

No matter how busy your life is, no matter where you are, you can find one minute to do this 8 Breath meditation. It's particularly helpful for those who sit at a desk all day, to do this hourly.

These 8 breaths bring you to your body, bring you to the present.

Begin with the intention to put aside all your preoccupations for the next minute and just relax.

You will take 8 deep breaths.

- 1st exhale: relax your face, forehead, eyes, scalp and jaw. Smile slightly if you'd like.
- 2nd exhale: relax your neck, shoulders, and arms.
- 3rd exhale: relax your entire back.
- 4th exhale: relax your chest and belly, keep your belly soft.
- 5th exhale: relax your lower extremities (thighs, legs and feet.)
- 6th exhale: pay attention to your body globally. Feel your entire body.
- 7th breath: keep your attention on your body globally.
- 8th breath: keep your attention on your body globally.

Sources: Insight Mediation Centre and MARC, UCLA (websites listed above)

**Sites internet:**

Center for Mindfulness in Medicine at UMASS Boston - Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Site includes links to MBSR program across North America and internationally :

<http://www.umassmed.edu/cfm/home/>

Mindfulness Awareness Research Center <http://marc.ucla.edu/> (online classes occasionally)

**En français :**

<http://www.association-mindfulness.org/index.php>

## VII Le processus de la communication non-violente

La Communication Non Violente ou CNV est un processus destiné à établir et renforcer un lien de qualité, une relation respectueuse de l'autre et de soi : « *s'affirmer sans écraser l'autre et écouter l'autre sans se négliger soi-même* » (M.-B. Rosenberg 2004) (Ansembourg 2004). Cette approche est mise au point dans les années soixante par Marshall Rosenberg, docteur en psychologie clinique et élève de Carl Rogers. C'est une méthode de communication, au sens de *communicare* « être en relation avec », établir un lien, une dynamique d'échange. Il y a donc deux volets : celui de l'écoute et celui de l'expression. C'est une méthode basée sur l'empathie, la congruence, l'authenticité.

Pour Pascale Molho, médecin et formatrice en CNV, cette approche apporte une réponse à des questions essentielles lorsque l'on aborde le côté relationnel du métier de médecin:

- qu'est-ce qui peut rendre une relation difficile ou facile ?
- Comment s'y prendre pour créer- quand elle n'est pas spontanée- une qualité de relation efficace et satisfaisante avec les patients ?
- Qu'est ce qui empêche certaines personnes d'adhérer au traitement, aux soins proposés ? (Molho 1999)

Analyse selon le processus de la Communication Non-Violente (CNV) :

- 1) Observation : quels sont les faits « bruts », sans jugement ni évaluation
- 2) Sentiment : quelle est l'émotion ressentie conjointement
- 3) Besoin : quel est le besoin qui provoque cette émotion
- 4) Demande : qu'est ce qui peut être fait pour répondre à ce besoin (Ansembourg 2004) (M.-B. Rosenberg 2004).

**Figure 12 : Exemple d'utilisation du processus de la CNV**

(M. Rosenberg et Molho 1998)

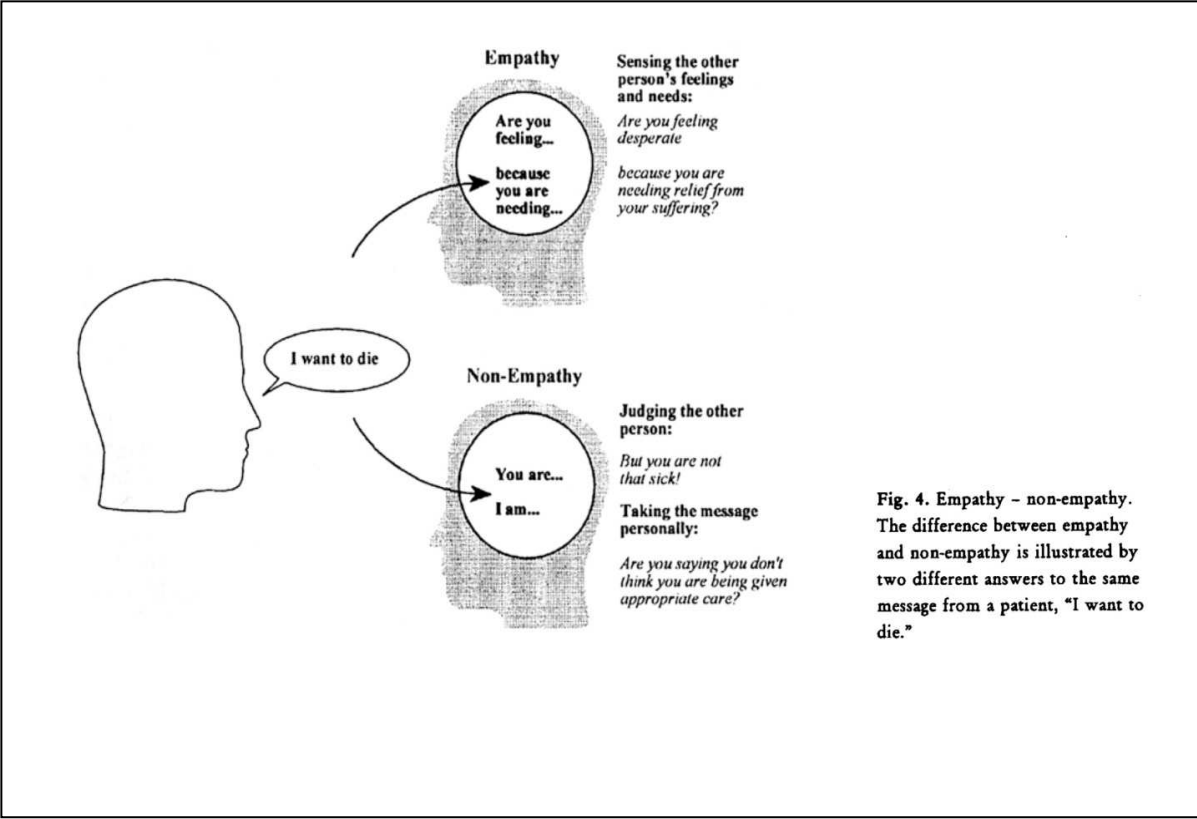


Fig. 4. Empathy – non-empathy. The difference between empathy and non-empathy is illustrated by two different answers to the same message from a patient, “I want to die.”



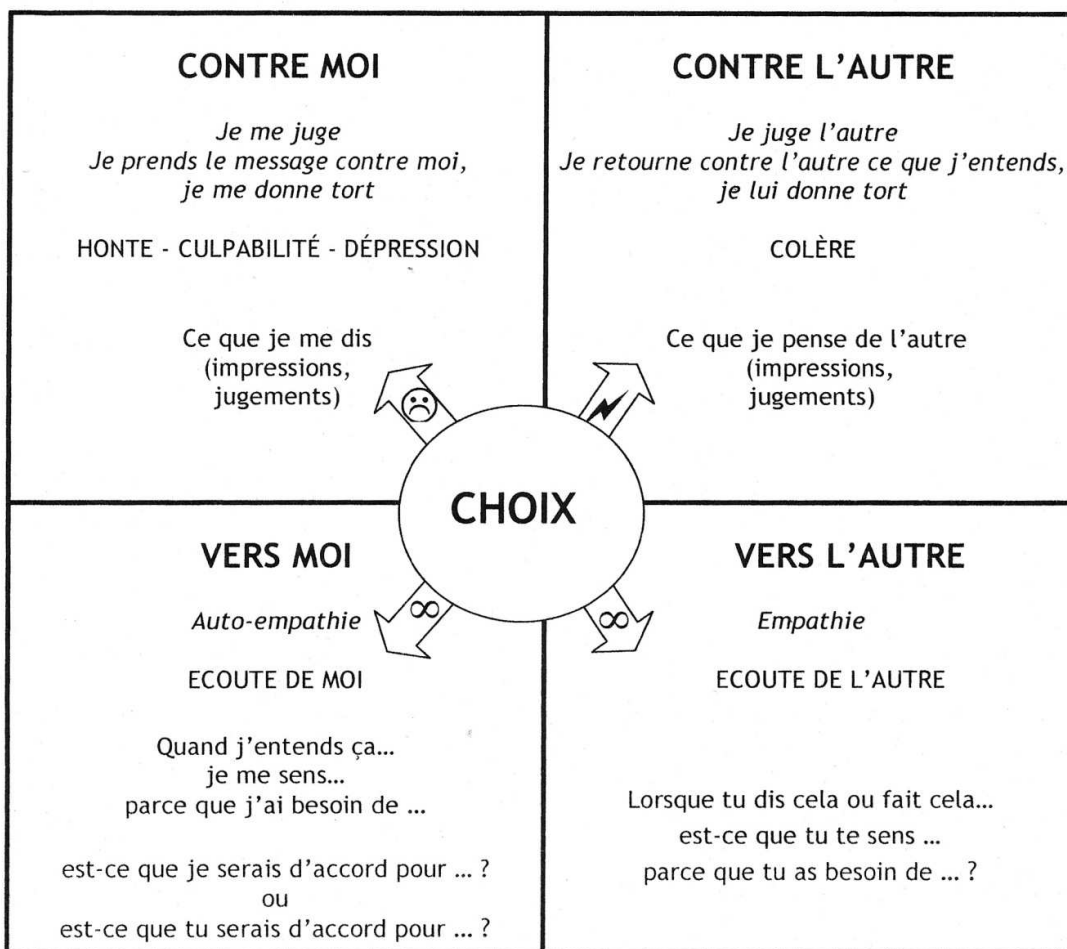
Tableau 24 : Quatres façons d'analyser une situation, un échange, un ressenti selon la CNV

## Quatre manières de recevoir un message ou de réagir à un « stimulus »

*Je choisis un message difficile à entendre ou un comportement difficile à vivre*

.....

.....



**Tableau 25 : Exercice d'utilisation de la CNV pour les soignants :**

## Exercice de pratique de l'empathie

1) Seul d'abord, chercher à vous relier à ce que peut vivre votre interlocuteur dans l'instant présent. Ecrivez une réponse centrée sur le ressenti et les besoins . souvenez plus que le plus important est l'intention, que votre interlocuteur perçoive à travers votre attitude corporelle et le ton de votre voix que vous cherchez sincèrement à comprendre ce qui l'habite - la forme interrogative est donc essentielle

2) Par 2, l'un (A) dit la phrase, l'autre (B) lit sa réponse - A dit s'il a ressenti de l'empathie. Puis inverser les rôles

➤ "C'est plus fort que moi, docteur, je n'arrive pas à me passer de gâteaux"

Votre réponse : .....

.....

➤ "vos conseils ne m'ont servi à rien"

Votre réponse : .....

.....

➤ "non, il n'en est pas question, je ne prendrai pas ce médicament"

Votre réponse : .....

.....

➤ "est-ce que vous croyez que je vais y arriver?"

Votre réponse : .....

.....

➤ "Comment voulez vous que je m'occupe de moi ! Mon mari ne m'aide pas, ni les enfants, j'ai vraiment l'impression d'être la bonne"

Votre réponse : .....

.....

➤ "je n'ai rien fait de ma vie"

Votre réponse : .....

.....

➤ "vous ne me comprenez pas , docteur, vous êtes comme les autres"

Votre réponse : .....

.....

➤ "je suis dans mon droit"

Votre réponse : .....

.....



## Exemples de réponses

➤ **"C'est plus fort que moi, docteur, je n'arrive pas à me passer de gâteaux"**

Réponse : *est-ce que vous doutez de votre capacité à résister à l'envie de manger des gâteaux?*

Ou : *Avez vous besoin de compréhension par rapport à l'effort que cela représente pour vous de vous passer de gâteaux ?*

➤ **"vos conseils ne m'ont servi à rien"**

*Vous sentez vous déçu, parce que vous n'avez pas obtenu les résultats que vous espériez en venant me voir ?*

➤ **"non, il n'en est pas question, je ne prendrai pas ce médicament"**

Rep : *est-ce que vous voulez me dire que ce médicament vous fait peur? Et que vous avez besoin d'avoir votre mot à dire dans le choix de votre traitement ?*

➤ **"est-ce que vous croyez que je vais y arriver?"**

Rep : *Vous sentez vous inquiète ? Auriez vous besoin de soutien ?*

➤ **"Comment voulez vous que je m'occupe de moi ! Mon mari ne m'aide pas, ni les enfants, j'ai vraiment l'impression d'être la bonne"**

Rep : *mmmh, je vois que vous êtes excédée et que vous avez d'abord besoin de compréhension par rapport à tout ce que vous avez à gérer au quotidien, c'est ça ?*

➤ **"je n'ai rien fait de ma vie"**

Rep : *si je comprends bien vous êtes triste, parce que vous auriez aimé accomplir un certain nombre de choses dont vous rêviez, est ce que c'est ça ?*

➤ **"vous ne me comprenez pas , docteur, vous êtes comme les autres"**

Rep : *Je vois que vous êtes frustrée, et que vous aimeriez vous sentir mieux comprise de la part des médecins,*

➤ **"je suis dans mon droit"**

- *si vous avez besoin d'information sur les faits ; dire «j'ai besoin de mieux comprendre ce qui vous met en colère, puis-je savoir ce que vous entendez par droit? (c'était l'exemple d'une chambre seule)*

Rep : *Vous semblez en colère, et je vois bien que c'est important pour vous que vos droits soient pris en considération, notamment pour ce qui est d'avoir une chambre seule. En même temps, je me sens démunie pour vous satisfaire aujourd'hui, car nous avons eud es urgences. seriez vous d'accord de vous asseoir et que l'on cherche ensemble une solution ?*



## VIII Evaluer une interaction médecin-patient (réelle ou en jeux de rôle) :

### VIII.1 Par le patient

#### VIII.1.1 Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) :

Cette courte échelle est un outil rapide de recueil de la perception du patient de « l'engagement empathique » du médecin (Kane et al. 2007).

L'évaluation se fait par un score de type Likert à 5 points (le niveau central permet de n'exprimer aucun avis) :

- 1- Pas du tout d'accord
- 2- Pas d'accord
- 3- Ni en désaccord ni d'accord
- 4- D'accord
- 5- Tout à fait d'accord

Avec la possibilité de noter : « non applicable »

#### Tableau 26 : Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)

Le médecin :

Items
Understands my emotions, feelings and concerns.
Seems concerned about me and my family.
Can view things from my perspective (see things as I see them).
Asks about what is happening in my daily life.
Is an understanding doctor.

Commentaires :

- Expression des résultats :

Ce n'est pas une variable homogène. Probable « effet plafond » dans les valeurs hautes.

Quel est le sens du calcul de la « moyenne » d'un médecin sur plusieurs consultations ? (probable effet « tout ou rien » de l'empathie (Rakel et al. 2009)).

➤ Fiabilité :

Cohérence interne : calcul du facteur alpha de Cronbach = 0.58 (faible mais considéré comme satisfaisant) (Kane et al. 2007)

Pas de test sur l'influence de la personne proposant le test et son aide pour le remplir.

➤ Validité

Convergente : résultats corrélés avec ceux de *l'American Board of Internal Medicine patient ratings form*.

De contenu : Mesure différente du point de vue du patient que du point de vue du médecin. Le patient perçoit « l'engagement », l'implication du médecin.

### VIII.1.2 Consultation and Relational Empathy measure (CARE):

« *Si le patient est capable de percevoir de l'empathie dans une relation aidante, il est ainsi dans une position d'informateur pour le praticien sur comment donner cette empathie.* » (S. W Mercer et Reynolds 2002). Partant de ce principe, un médecin généraliste écossais a développé et utilisé une échelle de mesure de l'empathie par le patient.

Une version française de l'échelle CARE a été réalisée par une équipe de l'université Joseph Fourier de Grenoble, lors d'un mémoire du DESC de médecine générale. (mémoire transmis à notre demande par son auteur Anne-Claire Zipper). La méthode de traduction est une traduction inversée double (back-to-back), utilisée fréquemment utilisée pour d'autres échelles de mesure dont la JSPE.

**Tableau 27 : The CARE Measure: Mesure de L'empathie au cours de la consultation**

© Stewart W Mercer 2004

1.S'il vous plait, veuillez remplir le questionnaire concernant la consultation que vous venez de passer. Veuillez cocher une case pour chaque question et remplir chaque question.

	....		Très	non
	insuffisant	moyen	bon	excellent applicable
<b>le médecin stagiaire :</b>				
<b>1. Vous a mis à l'aise.....</b> <i>("sympathique et chaleureux vis a vis de vous, avec respect, ni froid, ni cassant)</i>				
<b>2. Vous a laissé exposer votre problème</b> <i>(laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, sans vous interrompre ou vous perturber)</i>				
<b>3. Etait à votre écoute ...</b> <i>(Attentif à ce que vous disiez, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)</i>				
<b>4. S'est intéressé à vous dans votre globalité</b> <i>(a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation, sans vous prendre pour un "numéro » )</i>				
<b>5. A pleinement compris vos soucis</b> <i>(montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun)</i>				
<b>6 A montré de l'attention et de la compassion. ....</b> <i>(a semblé sincèrement concerné par vous, en tant qu'être humain, sans être indifférent ou détaché)</i>				

**7. A été positif.....**

*(a eu une approche et une attitude positive, honnête et objective sur vos problèmes)*

**8. A expliqué clairement les choses...**

*(a répondu a toutes vos questions, expliqué clairement, donné une information adéquate sans être flou),*

**9. Vous a aidé à l'autonomie.....**

*(a exploré avec vous ce que vous pouviez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)*

**10. A élaboré un plan d'action avec vous**

*(a discuté les choix possible, vous a impliqué autant que vous l'avez voulu dans les décisions sans négliger votre point de vue)*

**Ont participé à la traduction française :**

Breton Pierre, dentiste.

Coutrot Isabelle, professeur d'anglais

Jacquet Jean-Pierre, MG, PA-MG Université Joseph Fourier Grenoble, CNGE

Mac Gregor Ian.

Neighbour Roger, MA DSc FRCP FRCGP

Zipper Anne Claire, Interne de médecine générale, Université Joseph Fourier Grenoble

Master 2 d'anthropologie Université Rennes 2.

Date de révision :

Selon les retours des utilisateurs En effet cette validation repose sur un petit nombre de patients, il est important d'avoir les retours des analyses des questionnaires qui seront proposés à d'autres patients.

Pour plus d'informations : [jp.jacquet@cnge.fr](mailto:jp.jacquet@cnge.fr)

**Informations pour utiliser le questionnaire :**

Le questionnaire CARE est un processus de mesure développé par le Dr Stewart Mercert et ses collègues du département de médecine générale de l'université de Glasgow et de l'université d'Edimbourg. Fondée sur une large définition de l'empathie dans une relation thérapeutique.

Ce questionnaire veut évaluer une approche holistique, centrée sur le patient, applicable quelque soit sa classe sociale, développé et mis en œuvre dans plus de 3000 consultations de médecine générale, dans des secteurs favorisés et défavorisés de l'ouest de l'Ecosse.

La notation pour chaque item est 1: Insuffisant, 2 : moyen, 3 : bon, 4 : très bon, 5 : excellent

Les 10 items sont additionnés, la note maximale est 50, la note minimale est 10.

S'il y a deux ou moins de deux réponses manquantes ou non applicables on attribue à chacune de ces questions la note valeur obtenue en calculant la réponse moyenne obtenue aux autres items.

Les questionnaires ayant plus de deux réponses manquantes ou non applicables ne sont pas analysés.

Pour plus de renseignements contacter : *Stewmerc@blueyonder.co.uk*

Pour télécharger le questionnaire anglais :

[www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/caremeasure.htm](http://www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/caremeasure.htm)

## **VIII.2 Par un tiers :**

### VIII.2.1 Par l'observation et l'écoute

Cette grille de notation évalue des comportements jugés significatifs dans la relation médecin-patient, qu'ils soient verbaux ou non-verbaux. Elle a été créée et utilisée dans une étude comparant les interactions des étudiants avec des patients standardisés d'avec des patients virtuels (Deladisma et al. 2007).



**Tableau 28 : grille d'analyse de la relation médecin-patient en jeux de rôle**

Instrument used to assess VP and SP interaction

---

Eye contact

- 1- Little or no eye contact
- 2- Some eye contact
- 3- Appropriate eye contact at most times
- 4- Appropriate eye contact at all times

Body lean

- 1- Little or no forward body lean
- 2- Some forward body lean
- 3- Appropriate forward lean at most times
- 4- Appropriate forward lean at all times

Head nod

- 1- Little or no head nodding
- 2- Some head nodding
- 3- Appropriate head nodding at most times
- 4- Appropriate head nodding at all times

Immersion level

- 1- Did not appear to be immersed at any time
- 2- Appeared to be immersed some of the time
- 3- Appeared to be immersed most of the time
- 4- Appeared to be immersed at all times

Anxiety

- 1- Appeared anxious at all times
- 2- Appeared anxious at most times
- 3- Had some anxiety during the interview
- 4- Little or no anxiety

Attitude

- 1- Made judgmental comments, criticized patient; OR talked down to patient
- 2- Made 1-2 comments with inappropriate affect
- 3- No judgmental comments; talk to patient as an equal
- 4- No judgmental comments; talked to patient as equal and offered praise/encouragement when opportunity arose

Empathy

- 1- Offered no empathetic comments; No encouragement or support (did not state intention to help)
- 2- Offered only brief supportive or empathetic comments and only in response to a distinct emotional statement by patient; comments may seem prospective or forced.
- 3- Offered empathetic or supportive comments OR stated intention to help
- 4- Offered empathetic or supportive comments OR stated intention to help; despite limited time, seemed to be on the way to establishing a caring relationship

Question clarity

- 1- Frequent unclear questions; patient had difficulty in understanding what was being asked
- 2- Some unclear questions; patient had difficulty once or twice understanding what was being asked
- 3- Mostly clear questions
- 4- Clear questions

Overall rating

- 1- Unsatisfactory
  - 2- Unsatisfactory
  - 3- Unsatisfactory
  - 4- Satisfactory
  - 5- Satisfactory
  - 6- Satisfactory
  - 7- Superior
  - 8- Superior
  - 9- Superior
-

## VIII.2.2 Par l'observation

L'échelle présentée par Dow a été conçue conjointement par des professeurs de médecine interne générale et des professeurs de théâtre (Dow et al. 2007). Elle a été utilisée pour évaluer le comportement d'internes en consultations réelles, en soins primaires ambulatoires, qu'ils s'agissent d'un nouveau patient, d'un suivi ou d'une urgence. L'évaluateur était un enseignant du département théâtre qui assistait à la consultation. Le score "*Overall impression*" évaluait ce que les auteurs considéraient comme les cinq caractéristiques les plus importantes: être chaleureux, être présent, être attentif, l'expression faciale, l'expression corporelle. Pour chaque item, le score 1 indiquait l'absence ou le niveau le plus bas de manifestation du comportement, un score de 10 était le plus optimal.

Pour chaque sous partie de cette échelle, les scores entre le groupe formé (n=14) et le groupe non-formé (n=6) ne montraient pas de différence significative avant la formation. Après la formation (consultation(s) évaluée(s) dans les quatre mois) le groupe formation avait des scores significativement plus élevés, sauf en ce qui concerne la communication verbale, avec une ampleur de l'effet (*effect size*) entre 1 et 1.9.

Cette grille d'analyse pourrait être utilisée lors de stage en consultation, le stagiaire « évaluant » le formateur en début de stage ce qui donne l'occasion d'aborder différents aspects de la communication, puis le stagiaire pouvant être évalué au cours de son stage pour aborder les progrès et les difficultés perçues. Cette échelle n'a pas été validée dans le cadre d'une situation d'examen académique.

**Tableau 29 : échelle d'analyse d'une consultation réelle par un observateur**

**Instrument Resident Communication Evaluation Form**

Resident: \_\_\_\_\_ Evaluator: \_\_\_\_\_

***Empathetic Communication***

1. Social sensitivity: displays recognition of differences in ethnicity, gender, cognition, etc.
2. Humor: displays ability to use or respond to humor in interpersonal interactions
3. Patience: allows time for full interpersonal interaction
4. Tactfulness: displays the ability to recognize and compensate for patient's feelings
5. Enthusiasm: displays energy and interest in the topic and/or interpersonal relationship
6. Listening while speaking: displays an ability to recognize and adapt to patient's cognition
7. Integration of self: displays ability to integrate elements of own personality into interactions
8. Synthesis: integrates an array of emotional, attitudinal, intellectual, and behavioral qualities

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Relating to Listener***

9. Relates to patient's frame of reference
10. Integrates multiple modes of communication (visual, aural, kinesthetic)
11. Chooses appropriate language/uses medical language as appropriate
12. Incorporates patient's questions and responses into discourse
13. Checks for non-verbal signs of comprehension
14. Is aware of patient's breath as reflective of emotional state or physical comfort level

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Non-verbal Communication***

15. Allows for eye contact
16. Presents an open body posture
17. Appropriately positions self in relation to patient (proximity, level, bearing, etc)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Verbal Communication***

18. Articulates words clearly
19. Chooses effective vocal placement (timbre, tone, color, etc)
20. Projects appropriately/chooses appropriate volume, vocal size
21. Selects appropriate pace
22. Provides appropriate wait time for responses after asking questions
23. Varies delivery approach (e.g. pitch, rate, emphasis, etc)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Respect for Dignity***

24. Clarifies names and positions of all caregivers present
25. Establishes an environment respectful of patient confidentiality
26. Clearly describes illness, condition, and/or treatment
27. Solicits active patient participation and involvement in care as appropriate
28. Asks permission before touching or intruding on privacy or personal space

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Overall***

29. Warmth
30. Presence
31. Attentiveness
32. Facial expressiveness
33. Physical expressiveness

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## VIII.2.3 Par l'écoute

Dans l'étude de Bonvicini et al., cette échelle est utilisée pour évaluer des enregistrements audio de consultation. Elle s'intéresse uniquement à ce qui est exprimé verbalement. Elle peut être utilisée pour aborder différentes manières de répondre à un élément « indice » donné par le patient. Sa conceptualisation est à discuter, car le niveau 6 concerne le partage de sa propre expérience avec le patient : si cela peut parfois être rassurant pour le patient, c'est une limite à l'empathie car l'attention est détournée du patient. Cette pratique n'a pas démontré d'effets positifs pour le patient (McDaniel et al. 2007).

### Tableau 30 : Empathic Communication Coding System ou ECCS

(Bonvicini et al. 2009)

Empathic communication coding system (ECCS) of physician responses.

Level and name	Description
Level 6—shared feeling or experience	A response should be categorized in this level if the physician makes an explicit statement that he or she either shares the patient's emotion or has had a similar experience, challenge, or progress.
Level 5—confirmation	Responses in this level convey to the patient that the expressed emotional feeling, progress or challenge is legitimate. This can be done in several different ways depending on the empathic opportunity. For example, this type of response may be a congratulatory remark, an acknowledgment that the challenge the person is experiencing is difficult, or a statement legitimizing the patient's emotion. Also, by making a statement that others have experienced this same emotion, progress or challenge, the physician is providing confirmation. A physician's statement that he or she understands a patient's emotion also fits in this category.
Level 4—acknowledgement of patient statement with pursuit	This level is characterized by the physician's acknowledgment of something that the patient has either said explicitly or that the physician has inferred from the patient's statement. Often the response is a restatement of what the patient has said. In addition, the physician pursues the topic with the patient by asking the patient a question, clearly elaborating on a point the patient has raised, or trying to comfort the patient.
Level 3—acknowledge of patient statement without pursuit	This level is also characterized by the physician's acknowledgment of something that the patient has either said explicitly or that the physician has inferred from the patient's statement. However, level 3 is distinct from level 4 because the physician does not pursue the topic with the patient.
Level 2—implicit recognition of patient perspective	This level contains responses that do not explicitly recognize the central issue in the empathic opportunity, but focus on a peripheral aspect of the statement. These statements tend to be more content-based, or focused on the biomedical issue, not dealing directly with the progress, challenge or emotion. These may also include questions or advice.
Level 1—perfunctory recognition of patient perspective	This level is characterized by a physician's automatic, scripted-type response (back-channeling cues) to a patient's statement. These are minimal responses that do not truly acknowledge that the patient has been heard.
Level 0—denial of patient perspective	This response is characterized by the physician either ignoring the patient's empathic opportunity or by making a disconfirming statement.

From "Empathic communication coding system: Audiotapes and transcripts," by Bylund, and Makoul, 2004, Unpublished Coding Manual [37].

## **ANNEXE 6**

### **Les échelles d'auto-évaluation de l'empathie**

#### **I Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)**

Le Pr Hojat nous a transmis trois versions françaises (France, Belgique, Canada) sur lesquelles il sollicite éventuellement notre avis. Il est joignable par mail pour nos commentaires concernant cette échelle.

La version française nous a également été transmise par F. Zenasni qui a mené conjointement entre le département de médecine générale et celui de psychologie de l'Université Paris-Descartes, une étude de validation de cette version. Cette étude a été présentée au VIème Congrès de psychologie de la santé de langue française (janvier 2011) et est en attente de publication dans une revue anglophone : « Adaptation d'une échelle d'empathie clinique auprès de 308 médecins généralistes français : le JSPE de Hojat », F. Zenasni et al.

Cette échelle se compose de 20 items, coté sur une échelle de type Likert à sept points. Le score total varie donc de 20 à 140 (empathie maximum).

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007).

**Tableau 31 : Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)**

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle suivante.

	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7						
	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
	Pas du tout						Tout à fait
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	U	U	U	U	U	U	U
2. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	U	U	U	U	U	U	U
3. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	U	U	U	U	U	U	U
4. Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	U	U	U	U	U	U	U
5. J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	U	U	U	U	U	U	U
6. Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	U	U	U	U	U	U	U
7. Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	U	U	U	U	U	U	U
8. Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	U	U	U	U	U	U	U
9. Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	U	U	U	U	U	U	U
10. Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	U	U	U	U	U	U	U
11. Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	U	U	U	U	U	U	U
12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	U	U	U	U	U	U	U
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	U	U	U	U	U	U	U
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	U	U	U	U	U	U	U
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	U	U	U	U	U	U	U
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	U	U	U	U	U	U	U
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	U	U	U	U	U	U	U
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	U	U	U	U	U	U	U
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	U	U	U	U	U	U	U
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	U	U	U	U	U	U	U

L'analyse factorielle des résultats de cette échelle fait émerger trois concepts :

- « *perspective taking* » : savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchi, peut-être une référence à la théorie de l'esprit.
- « *compassionate care* » : l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches
- « *the ability to stand in the patient shoes* » : capacité de se mettre à la place du patient, peut-être plus automatique.

A propos de la diminution des résultats constatée au cours des études médicales, il est possible de s'interroger : est-ce que c'est vraiment l'empathie « effective » qui diminue, ou un ajustement des réponses en fonction d'un changement de la norme d'une « attitude empathique type » intériorisée par l'observation et l'expérience au cours de la formation ?

*« Interviewing selected students would clarify this point and would also allow us to engage with the intriguing idea that what is perceived as the norm for the level of doctor empathy might be shifted upwards or downwards by changing the ways in which issues around empathy and emotional skills are covered in the curriculum » (Austin et al. 2007).*

Cette échelle a été critiquée dans une revue:

*« The fundamental problem here is that the self-report empathy instruments are basically self-assessments and suffer from the same problems as discussed extensively in recent critiques of self-assessment. As the authors of these critiques note, the problem is that “studies have consistently shown that the accuracy of self-assessment is poor” and that “the preponderance of evidence suggests that physicians have a limited ability to self-assess.” If students, residents, and physicians are unable to accurately self-assess knowledge and skills, as has been shown, it seems reasonable to question whether they can accurately assess something more indefinite—like empathy. Also, the selfreport instruments treat empathy as a “trait” that is either present or absent rather than as a “state” that manifests itself in varying ways across encounters with different patients with different problems, backgrounds, and personalities » (Colliver et al. 2010).*

Si cette échelle peut difficilement être utilisée à des fins d'évaluations académiques, c'est un outil intéressant pour aborder la compréhension de ce qu'est l'empathie et la norme intime de cette faculté intégrée par les étudiants.



## II Interpersonnal Reactivity Index (IRI)

Cette échelle a été transmise par V. Boudjemadi, maître de conférences en psychologie sociale expérimentale à la faculté de psychologie de Strasbourg qui a revu la première traduction française de cette échelle dans sa thèse (Boudjemadi 2009).

L'échelle originale comprend 28 items. La traduction française en a conservée 21, en retirant les items consacrés à la capacité d'imagination (*fantasy*).

Cette échelle mesure trois dimensions de l'empathie :

- *Empathic Concern* (items 1, 5, 6, 8, 10, 15, 16, 17) : Compréhension empathique, qui examine la capacité affective de ressentir un intérêt pour autrui;
- *Personal Distress* (items 4, 7, 12, 20) : détresse personnelle, qui évalue la tendance des émotions orientées vers soi et relatives à une anxiété personnelle dans le cadre de tensions interpersonnelles ;
- *Perspective-Taking* (items 11, 19, 21) : mise en contexte, qui mesure la capacité cognitive d'apprécier le point de vue des autres, la tendance spontanée à adopter le point de vue des autres.

Un score élevé à cette échelle traduit une capacité générale à faire preuve d'empathie.

### Tableau 32 : Interpersonnal Reactivity Index (IRI)

Voici 21 propositions. Veuillez indiquer dans quelle mesure (et le plus honnêtement possible) ces affirmations vous décrivent-elles à l'aide de l'échelle présentée ci-dessous.

- 1 = Me décrit très mal
- 2 = Me décrit assez mal
- 3 = Me décrit plus ou moins
- 4 = Me décrit assez bien
- 5 = Me décrit très bien

1. Je me fais souvent du souci pour les gens qui sont moins chanceux que moi.	1 2 3 4 5
2. Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue des autres.	1 2 3 4 5
3. Il m'arrive parfois de ne pas me sentir désolé pour les gens qui ont des problèmes.	1 2 3 4 5
4. En situations d'urgence, je me sens inquiet et mal à l'aise.	1 2 3 4 5
5. Lorsqu'il y a une mésentente, j'essaie de tenir compte du point de vue de chaque personne avant de prendre une décision.	1 2 3 4 5
6. Quand je vois que l'on profite de quelqu'un, je deviens protecteur envers lui/elle.	1 2 3 4 5
7. Je me sens parfois impuissant lorsque je me retrouve dans une situation très émouvante.	1 2 3 4 5
8. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment eux voient les choses.	1 2 3 4 5
9. Quand je vois une personne qui souffre, j'ai tendance à garder mon calme.	1 2 3 4 5
10. Habituellement, les malheurs des autres ne me dérangent pas beaucoup.	1 2 3 4 5
11. Si je suis sûr d'avoir raison à propos de quelque chose, je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres.	1 2 3 4 5
12. Me retrouver dans une situation très chargée émotionnellement me fait peur.	1 2 3 4 5
13. Quand je vois quelqu'un se faire traiter injustement, il m'arrive de ne pas ressentir beaucoup de pitié envers lui.	1 2 3 4 5
14. Je suis habituellement assez efficace lorsque je fais face à des cas d'urgence.	1 2 3 4 5
15. Je suis souvent touché et concerné par les événements dont je suis témoin.	1 2 3 4 5
16. Je crois qu'il y a au moins deux aspects à chaque questionnement et j'essai de les examiner tous les deux.	1 2 3 4 5
17. Je me décrirais plutôt comme une personne au cœur tendre.	1 2 3 4 5
18. J'ai tendance à perdre le contrôle dans les cas d'urgence.	1 2 3 4 5
19. Quand je suis fâché avec quelqu'un, j'essaie de me mettre à sa place un instant.	1 2 3 4 5
20. Lorsque je vois quelqu'un qui a vraiment besoin de secours, je perds mes moyens.	1 2 3 4 5
21. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie de m'imaginer comment je me sentirais si j'étais à sa place.	1 2 3 4 5

« *L' Interpersonal Reactivity Index (IRI), développé par Davis , a été choisi pour mesurer l'empathie. De nombreuses conceptions des mesures d'empathie ont été mises en place, certaines se focalisant sur l'aspect cognitif et d'autres sur l'aspect affectif. L'IRI présente l'avantage d'être une échelle multidimensionnelle évaluant à la fois les composantes affectives et cognitives de l'empathie au travers de 28 items, assortis chacun d'une échelle de réponse en 5 points. Nous avons utilisé une version française traduite par Saroglou et al. en 2005. Nous avons jugé nécessaire d'améliorer cette traduction. Initialement, la version utilisée par Saroglou et al. ne comprend que trois des quatre dimensions dégagées par Davis. En effet, ces auteurs ont jugé pertinent de ne pas retenir le facteur Fantasy mesurant la tendance à se transposer aux émotions et ressentis de personnages de livres, films ou jeux.* » (Boudjemadi 2009).

# BIBLIOGRAPHIE

---

Ameisen, Jean-Claude. 2010. Nos émotions. *Sur les épaules de Darwin*. France Inter, septembre 25. <http://sites.radiofrance.fr/franceinter/em/sur-les-epaules-de-darwin/index.php?id=98701>.

André, C. 2010. « Des bienfaits de la méditation..... » *La Revue du praticien. Médecine générale* (852): 888–889.

Anon. 2002. « Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter ». *Lancet* 359 (9305) (février 9): 520-522.

Anon. 2011. Un petit peu plus qu'un job à mi-temps. juin 6. <http://perruchenautomne.eu/wordpress/?p=403>.

Ansembourg, Thomas d'. 2004. *Cessez d'être gentil soyez vrai : Être avec les autres en restant soi-même*. Editions de l'Homme.

Arborelius, E, et S Bremberg. 1992. « What does a human relationship with the doctor mean? » *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 10 (3) (septembre): 163-169.

Arnold, François, et Jean Claude Ameisen. 2008. *Les couleurs de l'oubli*. Editions de l'Atelier.

Association of American Medical Colleges. 1999. « Learning objectives for medical student education--guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 74 (1) (janvier): 13-18.

Attali, C., S. Rola, V. Renard, F. Roudot–Thoraval, O. Montagne, P. Le Corvoisier, M. Médioni, J. Cittée, et L. Compagnon. 2008. « Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales ». *Exercer* 82: 66–72.

Aujoulat, Isabelle. 2007. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat en santé publique, option éducation du patient, Belgique: Université catholique de Louvain, janvier.  
<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>.

Austin, Elizabeth J, Phillip Evans, Belinda Magnus, et Katie O'Hanlon. 2007. « A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students ». *Medical Education* 41 (7) (juillet): 684-689.

Back, Anthony L, Robert M Arnold, Walter F Baile, Kelly A Edwards, et James A Tulskey.

2010. « When praise is worth considering in a difficult conversation ». *Lancet* 376 (9744) (septembre 11): 866-867.

Balint, Michael. 2003. *Le Médecin, son malade et la maladie*. 3<sup>e</sup> éd. Payot.

Beckman, H B, et R M Frankel. 1984. « The effect of physician behavior on the collection of data ». *Annals of Internal Medicine* 101 (5) (novembre): 692-696.

Berdoz, D., Conus K.M. et Daepfen L.B. 2005. « «Combien de fois il faut que je vous dise... Quelques pistes données par l'entretien motivationnel: Médecine de premier secours ». *Revue médicale suisse* 1 (38): 2453-2456.

Berg, Katherine, Joseph F Majdan, Dale Berg, Jon Veloski, et Mohammadreza Hojat. 2011. « A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy ». *Medical Teacher* 33 (5): 388-391.

Berthoz, Alain, Gérard Jorland, et Collectif. 2004. *L'empathie*. Odile Jacob.

Blasi, Zelda Di, Elaine Harkness, Edzard Ernst, Amanda Georgiou, et Jos Kleijnen. 2001. « Influence of context effects on health outcomes: a systematic review ». *The Lancet* 357 (9258) (mars): 757-762.

Bonnetblanc, Jean-Marie, Agnès Sparsa, et Serge Boulinguez. 2006. « Article ». *Pédagogie médicale* 7 (3) (août): 174-179.

Bonvicini, Kathleen A, Michael J Perlin, Carma L Bylund, Gregory Carroll, Ruby A Rouse, et Michael G Goldstein. 2009. « Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters ». *Patient Education and Counseling* 75 (1) (avril): 3-10.

Boudjemad, Valérian, et Kamel Gana. 2009. « [Ageism: adaptation of the Fraboni of Ageism Scale-Revised to the French language and testing the effects of empathy, social dominance orientation and dogmatism on ageism] ». *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement* 28 (4) (décembre): 371-389.

Boudjemadi, Valerian. 2009. *L'âgisme : étude de la nature, des théories explicatives et des mesures directes et indirectes d'un phénomène psychosocial*. Thèse de doctorat, Ecole doctorale Langages, Temps, Sociétés (LTS) (Nancy-Metz).

Boulanger, C, et C Lancon. 2006. « L'empathie : réflexions sur un concept ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164 (6) (août): 497-505.

Boulé, R., et G. Girard. 1999. « L'approche centrée sur le patient: concepts et exemples ». *Revue de la Médecine Générale* (166) (octobre): 374-381.

Brami, Jean. 2008. « Charte du « professionnalisme » médical : un nouveau cadre éthique de la qualité? Haute Autorité de Santé - Références ». *HAS - DPC et Pratiques- la lettre* (février). [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_622195/references](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_622195/references).

Brazeau, Chantal M L R, Robin Schroeder, Sue Rovi, et Linda Boyd. 2010. « Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 85 (10 Suppl) (octobre): S33-36.

- Bunn, W., et J. Terpstra. 2009. « Cultivating Empathy for the Mentally Ill Using Simulated Auditory Hallucinations ». *Academic Psychiatry* 33 (6) (novembre): 457-460.
- Changeux, Jean-Pierre, et Paul Ricoeur. 2008. *La Nature et la Règle : Ce qui nous fait penser*. Odile Jacob.
- Charpateau, Olivier. 2009. Les auditeurs face à l'éthique : Messages éthiques explicites et implicites : quelles perceptions et réactions des auditeurs de certification légale? Thèse de doctorat, Université Panthéon-Sorbonne (Paris).
- Chen, Daniel C R, M Elaine Pahilan, et Jay D Orlander. 2010. « Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students ». *Journal of General Internal Medicine* 25 (3) (mars): 200-202.
- Chen, Daniel, Robert Lew, Warren Hershman, et Jay Orlander. 2007. « A cross-sectional measurement of medical student empathy ». *Journal of General Internal Medicine* 22 (10) (octobre): 1434-1438.
- Clément, Elisabeth, Chantal Demonque, Laurence Hansen-Love, et Pierre Kahn. 2004. *La philosophie de A à Z*. Hatier.
- Cohen, Jordan J. 2007. « Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (11) (novembre): 1029-1032.
- Colliver, Jerry A, Melinda J Conlee, Steven J Verhulst, et J Kevin Dorsey. 2010. « Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 85 (4) (avril): 588-593.
- Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists. 2011. « Committee Opinion No. 480: Empathy in women's health care ». *Obstetrics and Gynecology* 117 (3) (mars): 756-761.
- Compagnon, Claire, et Véronique Ghadi. 2009. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé- Etude sur la base de témoignages. HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport\\_ghadi\\_compagnon\\_2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf).
- Cornuz, Jacques, Arnaud Perrier, et Gérard Waeber. 2006. « [The charter on medical professionalism: a salutary reminder of our values] ». *Revue Médicale Suisse* 2 (50) (janvier 25): 259-260.
- Cosnier, Jacques. 1997. « Empathie et communication. Partager les émotions d'autrui ». *Sciences Humaines* (68): 24-26.
- Damasio, Antonio R. 1997. *L'erreur de Descartes*. Odile Jacob.
- Decety Jean. 2003. L'empathie, une spécificité humaine? *lemonde.fr*. août 28. [http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine\\_331910\\_3328.html](http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html).
- Decety, Jean. 2004. L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ?

Dans *L'empathie*, 53-88. Odile Jacob.

———. 2009. *The Social Neuroscience of Empathy*. MIT Press.

Deen, Serina R, Christina Mangurian, et Deborah L Cabaniss. 2010. « Points of contact: using first-person narratives to help foster empathy in psychiatric residents ». *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 34 (6) (décembre): 438-441.

Deladisma, Adeline M, Marc Cohen, Amy Stevens, Peggy Wagner, Benjamin Lok, Thomas Bernard, Christopher Oxendine, et al. 2007. « Do medical students respond empathetically to a virtual patient? » *American Journal of Surgery* 193 (6) (juin): 756-760.

Dow, Alan W, David Leong, Aaron Anderson, et Richard P Wenzel. 2007. « Using theater to teach clinical empathy: a pilot study ». *Journal of General Internal Medicine* 22 (8) (août): 1114-1118.

Epstein, Ronald M., et Edward M. Hundert. 2002. « Defining and Assessing Professional Competence ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 287 (2) (janvier 9): 226 -235.

Faculté de médecine de Genève. 2002. Apprentissage par Résolution de Problèmes (ARP) - Guide du tuteur et de l'étudiant. Université de Genève, Suisse. [http://www.unige.ch/medecine/enseignement/formationsDeBase/medecineHumaine/formatsApprentissage/arp/guide\\_arp.pdf](http://www.unige.ch/medecine/enseignement/formationsDeBase/medecineHumaine/formatsApprentissage/arp/guide_arp.pdf).

Falvo, D, et P Tippy. 1988. « Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill ». *The Journal of Family Practice* 26 (6) (juin): 643-647.

Faure, Jean-Philippe, et Céline Girardet. 2003. *L'empathie, le pouvoir de l'accueil : Au coeur de la Communication Non Violente*. Jouvence.

Favre, Daniel, Jacques Joly, Christian Reynaud, et Luc Laurent Salvador. 2005. « Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions ». *Enfance* 57 (4): 363.

Fernández-Olano, Clotilde, Julio Montoya-Fernández, et Antonio S. Salinas-Sánchez. 2008. « Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents ». *Medical Teacher* 30 (3) (janvier): 322-324.

Forrest, David V. 2011. « FRONTLINE—Teaching affect recognition to medical students: Evaluation and reflections. » *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry* 39 (2): 229-241.

Garden, Rebecca. 2009. « Expanding clinical empathy: an activist perspective ». *Journal of General Internal Medicine* 24 (1) (janvier): 122-125.

Georgieff, Nicolas. 2008. « L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse ». *La psychiatrie de l'enfant* 51: 357.

Gibert, Martin, et Morgane Paris. 2010. « L'imagination et les biais de l'empathie ». *Les ateliers de l'éthique- Revue du CREUM* 5 (1) (mai 1).

<https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/handle/1866/4327>.

Glaser, Karen M, Fred W Markham, Herbert M Adler, Patrick R McManus, et Mohammadreza Hojat. 2007. « Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study ». *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 13 (7) (juillet): CR291-294.

Godart, Elsa. 2011. *Edit Stein, L'amour de l'autre*. L'oeuvre.

Gori, Roland, Marie-Jean Sauret, et Alain Abelhauser. 2011. *La Folie Evaluation: Le malaise social contemporain mis à nu*. Fayard/Mille et une nuits.

La Guardia, Jennifer G, et Richard M Ryan. 2000. « Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications ». *Revue québécoise de psychologie* 21 (2): 281-304.

Guilbert, Jean-Jacques. 2001. « L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire » ». *Pédagogie médicale* 2 (1): 3.

———. 2007. « Le « bon médecin »: quelles compétences et comment? » *Pédagogie médicale* 8 (1) (février): 51-52.

Halpern, Jodi. 2003. « What is clinical empathy? » *Journal of General Internal Medicine* 18 (8) (août): 670-674.

Harlak, H, A Gemalmaz, F S Gurel, C Dereboy, et K Ertekin. 2008. « Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency ». *Education for Health (Abingdon, England)* 21 (2) (juillet): 62.

Haynal-Reymond, V. 2005. « L'empathie ». *Revue Médicale Suisse* (5) (février 2).

Hemmerdinger, Joanne M, Samuel D R Stoddart, et Richard J Lilford. 2007. « A systematic review of tests of empathy in medicine ». *BMC Medical Education* 7: 24.

Hoffman, M.L. 1988. Interaction of affect and cognition in empathy. Dans *Emotions, Cognition, and Behavior*, par Carroll E. Izard, Jerome Kagan, et Robert Boleslaw Zajonc, 103-131. New edition. Cambridge University Press.

———. 2000. *Empathy and moral development*. Cambridge University Press.

Hojat, Mohammadreza, Joseph S. Gonnella, Thomas J. Nasca, Salvatore Mangione, Michael Vergare, et Michael Magee. 2002. « Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty ». *Am J Psychiatry* 159 (9) (septembre 1): 1563-1569.

Hojat, Mohammadreza, Daniel Z Louis, Fred W Markham, Richard Wender, Carol Rabinowitz, et Joseph S Gonnella. 2011. « Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86 (3) (mars): 359-364.

Hojat, Mohammadreza, David L Paskin, Clara A Callahan, Thomas J Nasca, Daniel Z Louis,

Jon Veloski, James B Erdmann, et Joseph S Gonnella. 2007. « Components of postgraduate competence: analyses of thirty years of longitudinal data ». *Medical Education* 41 (10) (octobre): 982-989.

Hojat, Mohammadreza, Michael J Vergare, Kaye Maxwell, George Brainard, Steven K Herrine, Gerald A Isenberg, Jon Veloski, et Joseph S Gonnella. 2009. « The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 84 (9) (septembre): 1182-1191.

Horowitz, Carol R, Anthony L Suchman, William T Branch Jr, et Richard M Frankel. 2003. « What do doctors find meaningful about their work? » *Annals of Internal Medicine* 138 (9) (mai 6): 772-775.

Huggard, Peter. 2003. « Compassion fatigue: how much can I give? » *Medical Education* 37 (2) (février): 163-164.

Ibanez, Gladys, Philippe Cornet, et Cassian Minguet. 2011. « Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » *Pédagogie Médicale* 11 (3) (mars): 151-165.

Ionita, Irina. 2010. « L'empathie et les générations futures : une leçon iroquoise ». *Finance & Bien Commun* 37-38: 143.

Jaddo. 2011. *Juste après dresseuse d'ours : Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*. Fleuve Noir.

Janssen, Anna L, Roderick D Macleod, et Simon T Walker. 2008. « Recognition, reflection, and role models: critical elements in education about care in medicine ». *Palliative & Supportive Care* 6 (4) (décembre): 389-395.

Janssen, Anna L., Roderick D. MacLeod, et Simon T. Walker. 2008. « Recognition, Reflection, and Role Models: Critical Elements in Education About Care in Medicine ». *Palliative & Supportive Care* 6 (04): 389-395.

Joachim, Nancy. 2008. « Teaching the art of empathic interviewing to third-year medical students using a fairy tale--"The prince who turned into a rooster" ». *American Journal of Psychotherapy* 62 (4): 395-418.

Jorland, Gérard. 2004. L'empathie, histoire d'un concept. Dans *L'empathie*, 19-49. Odile Jacob.

Junod, Alain-F, et Mathieu R. Nendaz. 2007. *Décision médicale : Ou la quête de l'explicite*. 2<sup>e</sup> éd. Medecine & Hygiene.

Kane, Gregory C, Joanne L Gotto, Salvatore Mangione, Susan West, et Mohammadreza Hojat. 2007. « Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data ». *Croatian Medical Journal* 48 (1) (février): 81-86.

Kaplan, S H, S Greenfield, et J E Ware. 1989. « Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease ». *Medical Care* 27 (3 Suppl) (mars): S110-127.



- Kim, Sung Soo, Stan Kaplowitz, et Mark V. Johnston. 2004. « The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance ». *Evaluation & the Health Professions* 27 (3): 237 -251.
- Kind, Terry, Veronica R Everett, et Mary Ottolini. 2009. « Learning to connect: students' reflections on doctor-patient interactions ». *Patient Education and Counseling* 75 (2) (mai): 149-154.
- Klitzman, Robert. 2006. « Improving education on doctor-patient relationships and communication: lessons from doctors who become patients ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 81 (5) (mai): 447-453.
- Krasner, Michael S, Ronald M Epstein, Howard Beckman, Anthony L Suchman, Benjamin Chapman, Christopher J Mooney, et Timothy E Quill. 2009. « Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 302 (12) (septembre 23): 1284-1293.
- Krupat, Edward, Stephen Pelletier, Erik K Alexander, David Hirsh, Barbara Ogur, et Richard Schwartzstein. 2009. « Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 84 (5) (mai): 582-586.
- Lamy, O., D. Aujesky, P. Vollenweider, G. Waeber, et C. Foppa. 2006. « La médecine interne générale : un terrain propice à l'exercice de l'éthique au quotidien ». *Revue Médicale Suisse* (86) (novembre 8). <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31781>.
- Larson, Eric B, et Xin Yao. 2005. « Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 293 (9) (mars 2): 1100-1106.
- Lesplingard, Nathalie (1961-. ..). 1990. Les prescriptions répétées en médecine générale : Balint incontournable. Thèse d'exercice, Université de Rouen.
- Levinson, Wendy, Debra L. Roter, John P. Mullooly, Valerie T. Dull, et Richard M. Frankel. 1997. « The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 277 (7) (février 19): 553 -559.
- Lewin, S A, Z C Skea, V Entwistle, M Zwarenstein, et J Dick. 2001. « Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations ». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* (4): CD003267.
- Lin, C-S, M-Y F Hsu, et C-F Chong. 2008. « Differences between emergency patients and their doctors in the perception of physician empathy: implications for medical education ». *Education for Health (Abingdon, England)* 21 (2) (juillet): 144.
- Little, P, H Everitt, I Williamson, G Warner, M Moore, C Gould, K Ferrier, et S Payne. 2001. « Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 323 (7318) (octobre 20): 908-911.

- Little, P, C Gould, I Williamson, G Warner, M Gantley, et A L Kinmonth. 1999. « Clinical and psychosocial predictors of illness duration from randomised controlled trial of prescribing strategies for sore throat ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 319 (7212) (septembre 18): 736-737.
- Looi, Jeffrey C L. 2008. « Empathy and competence ». *The Medical Journal of Australia* 188 (7) (avril 7): 414-416.
- Lussier, Marie-Therese, et Claude Richard. 2008. « En l'absence de panacee universelle: Repertoire des relations medecin-patient ». *Can Fam Physician* 54 (8) (août 1): 1096-1099.
- Lussier, Marie-Thérèse, et Claude Richard. 2010. « Should family physicians be empathetic?: YES ». *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien* 56 (8) (août): 740-742, 744-746; discussion e287, e289.
- Macnaughton, Jane. 2009. « The dangerous practice of empathy ». *The Lancet* 373 (9679) (juin): 1940-1941.
- Mager, Robert Frank. 1998. *Preparing Instructional Objectives: A Critical Tool in the Development of Effective Instruction*. 3<sup>e</sup> éd. Atlantic Books.
- Makoul, G. 2001. « Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 76 (4) (avril): 390-393.
- Marchand, Michèle. 2010. « Should family physicians be empathetic?: NO ». *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien* 56 (8) (août): 741-743, 745-747; discussion e286, e288.
- Marvel, M. Kim, Ronald M. Epstein, Kristine Flowers, et Howard B. Beckman. 1999. « Soliciting the Patient's Agenda ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 281 (3) (janvier 20): 283 -287.
- Marzano, Michela. 2010. « Qu'est-ce que la confiance ? » <http://www.cairn.info/> Tome 412 (1): 53-63.
- Maxwell, Bruce, et Eric Racine. 2010. « Should empathic development be a priority in biomedical ethics teaching? A critical perspective ». *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees* 19 (4) (octobre): 433-445.
- McDaniel, S.H., H.B. Beckman, D.S. Morse, J. Silberman, D.B. Seaburn, et R.M. Epstein. 2007. « Physician self-disclosure in primary care visits: enough about you, what about me? » *Archives of internal medicine* 167 (12): 1321.
- Mercer, S. W, et W. J Reynolds. 2002. « Empathy and quality of care. » *The British Journal of General Practice* 52 (Suppl): S9.
- Mercer, Stewart W, Melanie Neumann, Markus Wirtz, Bridie Fitzpatrick, et Gaby Vojt. 2008. « General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling ». *Patient Education and Counseling* 73 (2) (novembre): 240-245.

- Michalec, Barret. 2010a. « An Assessment of Medical School Stressors on Preclinical Students' Levels of Clinical Empathy ». *Current Psychology* 29 (3) (août): 210-221.
- . 2010b. « Learning to cure, but learning to care? » *Advances in Health Sciences Education* 16 (1) (septembre): 109-130.
- Mikolajczak, Moïra. 2009. *Les compétences émotionnelles*. DUNOD.
- Mitchell, Juliet. 2006. « Utiliser Winnicott pour comprendre le genre (sexe social) ». *Figures de la psychanalyse* 14 (2): 119.
- Molho, Pascale. 1999. « L'apport d'une communication empathique dans l'éducation des personnes atteintes de maladies chroniques ». *Diabète et pédagogie* 9 (3): 48-51.
- Molinier, Pascale, Sandra Laugier, et Patricia Paperman. 2009. *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot, novembre 12.
- Monloubou, Damien. 2007. *Les Médecins généralistes et la démence : vécu et représentations*. Thèse d'exercice, Université Claude Bernard (Lyon).
- Moore, Philippa M, Susie SM Wilkinson, et Solange Rivera Mercado. 2004. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Dans *Cochrane Database of Systematic Reviews*, éd par. The Cochrane Collaboration et Philippa M Moore. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Moreau, Alain, Rémy Bousageon, Pierre Girier, et Sophie Figon. 2006. « Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires ». *La Presse Médicale* 35 (6, Part 1) (juin): 967-973.
- Morin, Edgar. 2011. *La Voie*. Fayard.
- Morse, Diane S., Elizabeth A. Edwardsen, et Howard S. Gordon. 2008. « Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication ». *Arch Intern Med* 168 (17) (septembre 22): 1853-1858.
- Morse, Janice M., Gwen Anderson, Joan L. Bottorff, Olive Yonge, Beverley O'Brien, Shirley M. Solberg, et Kathleen Hunter McIlveen. 1992. « Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? » *Journal of Nursing Scholarship* 24 (4) (décembre): 273-280.
- Mucchielli, Alex. 2006. *Les motivations*. 8<sup>e</sup> éd. Presses Universitaires de France - PUF.
- Muszkat, Mordechai, Arie Ben Yehuda, Scott Moses, et Yaakov Naparstek. 2010. « Teaching empathy through poetry: a clinically based model ». *Medical Education* 44 (5) (mai): 503.
- Nadeau, Marc-André. 1988. *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. Presses Université Laval.
- Neumann, Melanie, Jozien Bensing, Stewart Mercer, Nicole Ernstmann, Oliver Ommen, et Holger Pfaff. 2009. « Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda ». *Patient Education and Counseling* 74 (3) (mars): 339-346.

Neumann, Melanie, Friedrich Edelhäuser, Diethard Tauschel, Martin R. Fischer, Markus Wirtz, Christiane Woopen, Aviad Haramati, et Christian Scheffer. 2011. « Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents ». *Academic Medicine* 86 (8) (août): 996-1009.

Newton, Bruce W, Laurie Barber, James Clardy, Elton Cleveland, et Patricia O'Sullivan. 2008. « Is there hardening of the heart during medical school? » *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 83 (3) (mars): 244-249.

Norfolk, Tim, Kamal Birdi, et Deirdre Walsh. 2007. « The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model ». *Medical Education* 41 (7) (juillet): 690-697.

Outram, Suzanne, et Balakrishnan R Nair. 2008. « Peer physical examination: time to revisit? » *The Medical Journal of Australia* 189 (5) (septembre 1): 274-276.

Pascual, Julia. 2010. « Causette », août 2010.

Patenaude, Johane, Theophile Niyonsenga, et Diane Fafard. 2003. « Changes in students' moral development during medical school: a cohort study ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Médicale Canadienne* 168 (7) (avril 1): 840-844.

Pedersen, Reidar. 2009. « Empirical research on empathy in medicine-A critical review ». *Patient Education and Counseling* 76 (3) (septembre): 307-322.

———. 2010. « Empathy development in medical education--a critical review ». *Medical Teacher* 32 (7): 593-600.

Pelluchon, Corine. 2011. *Eléments pour une éthique de la vulnérabilité: Les hommes, les animaux, la nature*. Cerf.

Pohl, Charles A, Mohammadreza Hojat, et Louise Arnold. 2011. « Peer Nominations as Related to Academic Attainment, Empathy, Personality, and Specialty Interest ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86 (6) (juin): 747-751.

Pratto, Felicia, Jim Sidanius, Lisa M. Stallworth, et Bertram F. Malle. 1994. « Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. » *Journal of Personality and Social Psychology* 67: 741-763.

Prescrire. 2011. « Instantannés de maltraitance "ordinaire" ». *La Revue Prescrire* 31 (336) (octobre): 780.

Rakel, David P, Theresa J Hoeft, Bruce P Barrett, Betty A Chewing, Benjamin M Craig, et Min Niu. 2009. « Practitioner empathy and the duration of the common cold ». *Family Medicine* 41 (7) (août): 494-501.

Ratnapalan, Savithiri, et Helen Batty. 2009. « To be good enough ». *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien* 55 (3) (mars): 239-242.

Richard, Claude, Marie-Thérèse Lussier, Sophie Galarneau, et Olivier Jamouille. 2010. « Compétence en communication professionnelle en santé ». *Pédagogie Médicale* 11 (4): 18.

Ricoeur, Paul. 1996. *Soi-même comme un autre*. Seuil.

Riess, Helen, John M Kelley, Robert Bailey, Paul M Konowitz, et Stacey Tutt Gray. 2011. « Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents: a pilot study ». *Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 144 (1) (janvier): 120-122.

Rifkin, Jeremy. 2011. *Une nouvelle conscience pour un monde en crise*. LES LIENS QUI LIBERENT EDITIONS.

Rodondi, P.Y., P. Guex, et M. Vannotti. 2005. « Que cache l'agenda caché? » *Revue médicale suisse* 1 (5): 362-368.

Rogers, Carl. 2005. *Le développement de la personne*. Nouvelle présentation. Dunod.

Rogers, Carl, et André Botteman. 2009. *Psychothérapie et relations humaines : Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. ESF Editeur.

Rosen, Ilene M, Phyllis A Gimotty, Judy A Shea, et Lisa M Bellini. 2006. « Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 81 (1) (janvier): 82-85.

Rosenberg, M, et P Molho. 1998. « Nonviolent (empathic) communication for health care providers ». *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia* 4 (4) (juillet): 335-340.

Rosenberg, Marshall-B. 2004. *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) : Introduction à la Communication Non Violente*. 2<sup>e</sup> éd. Editions La Découverte.

Rosenfeld, Frédéric. 2007. *Méditer, c'est se soigner*. Editions Les Arènes.

Rosenthal, Susan, Brian Howard, Yvette R Schluskel, Dana Herrigel, B Gabriel Smolarz, Brian Gable, Jennifer Vasquez, Heather Grigo, et Margit Kaufman. 2011. « Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86 (3) (mars): 350-358.

Roter, D L, M Stewart, S M Putnam, M Lipkin, W Stiles, et T S Inui. 1997. « Communication patterns of primary care physicians ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 277 (4) (janvier 22): 350-356.

Sander, David, et Klaus R. Scherer. 2009. *Traité de psychologie des émotions*. Dunod, juin 17.

de Schweinitz, Peter. 2008. « When empathy gets old: practical advice from the theatre ». *Family Medicine* 40 (5) (mai): 318-320.

Segal, Zindel, J-Mark-G Williams, John Teasdale, et Collectif. 2006. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. De Boeck.

Shapiro, Johana. 2002. « How Do Physicians Teach Empathy in the Primary Care Setting? :

Academic Medicine ». *Academic Medicine* 77 (4) (avril): 323-328.

Shapiro, Johanna. 2008. « Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education ». *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM* 3: 10.

Shapiro, Johanna, Lloyd Rucker, John Boker, et Desiree Lie. 2006. « Point-of-view writing: A method for increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight ». *Education for Health (Abingdon, England)* 19 (1) (mars): 96-105.

Shapiro, S.L., J.A. Astin, S.R. Bishop, et M. Cordova. 2005. « Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. » *International Journal of Stress Management* 12 (2): 164.

Sicard, Didier. 2011. Aux origines de la médecine. *La tête au carré*. France Inter, novembre 8. <http://www.franceinter.fr/emission-la-tete-au-carre-aux-origines-de-la-medecine>.

Sicard, Marion. 2009. L' empathie en psychiatrie : théories et pratiques. Thèse d'exercice, [S.l.]: Université Claude Bernard (Lyon).

Simpson, M, R Buckman, M Stewart, P Maguire, M Lipkin, D Novack, et J Till. 1991. « Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 303 (6814) (novembre 30): 1385-1387.

Squier, R W. 1990. « A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships ». *Social Science & Medicine (1982)* 30 (3): 325-339.

Sroussi, Marjorie. 2008. *Mots clés des ECN*. S-Editions.

Stappen, Anne Van. 2010. *Petit cahier d'exercices de Communication Non Violente*. Jouvence.

Steele, D J, et Robert L Hulsman. 2008. « Empathy, authenticity, assessment and simulation: a conundrum in search of a solution ». *Patient Education and Counseling* 71 (2) (mai): 143-144.

Stepien, Kathy A, et Amy Baernstein. 2006. « Educating for empathy. A review ». *Journal of General Internal Medicine* 21 (5) (mai): 524-530.

Stewart, M A. 1995. « Effective physician-patient communication and health outcomes: a review ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Médicale Canadienne* 152 (9) (mai 1): 1423-1433.

Stewart, M, J Belle Brown, Allan Donner, et I.R. McWhinney. 2000. « The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes ». *The Journal of Family Practice* 49 (9) (juillet): 796-804.

Stewart, M. 2001. « Towards a global definition of patient centred care ». *BMJ* 322 (7284) (février): 444-445.

Stewart, Moira. 2005. « Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience ». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 55 (519) (octobre): 793-801.

- Stiefel F., et Guex P. 2008. « Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même » *Revue Médicale Suisse* (144) (février 13).  
[http://rms.medhyg.ch/article.php?ID\\_ARTICLE=RMS\\_144\\_0424&DocId=617&Index=%2Fcairn2Idx%2Frms&TypeID=226&HitCount=1&hits=5c+0&fileext=html#hit1](http://rms.medhyg.ch/article.php?ID_ARTICLE=RMS_144_0424&DocId=617&Index=%2Fcairn2Idx%2Frms&TypeID=226&HitCount=1&hits=5c+0&fileext=html#hit1).
- Suchman, A L, K Markakis, H B Beckman, et R Frankel. 1997. « A model of empathic communication in the medical interview ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 277 (8) (février 26): 678-682.
- Suchman, A L, D Roter, M Green, et M Lipkin Jr. 1993. « Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient ». *Medical Care* 31 (12) (décembre): 1083-1092.
- Tate, Peter. 2004. *Soigner (aussi) sa communication : La relation Médecin/Patient*. De Boeck.
- Teherani, Arianne, Karen E Hauer, et Patricia O'Sullivan. 2008. « Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations ». *Patient Education and Counseling* 71 (2) (mai): 148-152.
- Thomas, Matthew R, Liselotte N Dyrbye, Jeffrey L Huntington, Karen L Lawson, Paul J Novotny, Jeff A Sloan, et Tait D Shanafelt. 2007. « How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study ». *Journal of General Internal Medicine* 22 (2) (février): 177-183.
- Tisseron, Serge. 2010. *L'empathie au coeur du jeu social*. Albin Michel.
- Tsimtsiou, Zoi, Olga Kerasidou, Nikolaos Efstathiou, Stamatis Papaharitou, Konstantinos Hatzimouratidis, et Dimitris Hatzichristou. 2007. « Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey ». *Medical Education* 41 (2) (février): 146-153.
- Vannotti, Marco. 2006. *Le métier de médecin : Entre utopie et désenchantement*. Médecine & Hygiène.
- Vannotti, Marco 2008. « Écouter, penser, parler ». *Revue Médicale Suisse* (174) (octobre 8).
- Very, Etienne. 2008. *L'empathie : modèles de neurosciences, outils de mesure et exemples de la pathologie*. Thèse d'exercice, [S.l.]: Université du droit et de la santé (Lille).
- de Vignemont, Frédérique. 2011. « L'empathie, des réponses aux questions majeures ». *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES* (286) (avril): 16-19.
- Waal, Frans de. 2010. *L'âge de l'empathie : Leçons de nature pour une société plus apaisée*. LES LIENS QUI LIBERENT EDITIONS.
- Wear, Delese, et Mark G Kuczewski. 2008. « Perspective: medical students' perceptions of the poor: what impact can medical education have? » *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 83 (7) (juillet): 639-645.
- Wear, Delese, et Joseph D Varley. 2008. « Rituals of verification: the role of simulation in developing and evaluating empathic communication ». *Patient Education and Counseling* 71 (2) (mai): 153-156.

- West, Colin P, Jeffrey L Huntington, Mashele M Huschka, Paul J Novotny, Jeff A Sloan, Joseph C Kolars, Thomas M Habermann, et Tait D Shanafelt. 2007. « A prospective study of the relationship between medical knowledge and professionalism among internal medicine residents ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (6) (juin): 587-592.
- Wiecha, John M, et Jeffrey F Markuns. 2008. « Promoting medical humanism: design and evaluation of an online curriculum ». *Family Medicine* 40 (9) (octobre): 617-619.
- Williams, Mark, John Teasdale, Zindel Segal, et Jon Kabat-Zinn. 2009. *Méditer pour ne plus déprimer : La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Odile Jacob.
- Winckler, Martin. 2011. La médecine narrative. courrier électronique, mai 7.
- Winseman, J., A. Malik, J. Morison, et V. Balkoski. 2009. « Students' Views on Factors Affecting Empathy in Medical Education ». *Academic Psychiatry* 33 (6) (novembre): 484-491.
- Wissow, Lawrence S. 2004. « Communication and malpractice claims--where are we now? » *Patient Education and Counseling* 52 (1) (janvier): 3-5.
- Woloschuk, Wayne, Peter H Harasym, et Walley Temple. 2004. « Attitude change during medical school: a cohort study ». *Medical Education* 38 (5) (mai): 522-534.
- Zachariae, R, C G Pedersen, A B Jensen, E Ehrnrooth, P B Rossen, et H von der Maase. 2003. « Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease ». *British Journal of Cancer* 88 (5) (mars 10): 658-665.
- Zaffran, Marc. 2011. Qu'est-ce qu'un patient « responsable »? septembre 12. [http://martinwinckler.com/article.php3?id\\_article=1068](http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=1068).





**MARIN** (Elsa) : ENSEIGNER L'EMPATHIE EN MEDECINE ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques

-255 f, 12 ill., 31 tabl. Th. Méd. : Lyon 2011 ; n°

**RESUMÉ** : L'empathie est un mode de compréhension et d'attention émotionnel et intellectuel dans la relation. C'est un élément de la relation médecin-patient aux effets bénéfiques, au programme des études de médecine. Il n'existe pas d'enseignement formel de cette faculté.

**Objectif** : Ce travail vise à rassembler des éléments sur l'empathie en médecine et les méthodes, évaluations et effets des stratégies pédagogiques visant à l'enseigner, la renforcer ou la promouvoir dans la relation médecin patient.

**Méthode** : Revue de la littérature des articles indexés entre janvier 2006 et juin 2011 dans les bases de données de différentes disciplines avec en mot clé principal *empathy* associés à des descripteurs de la formation médicale (*education/student/curriculum + medical*). Inclusion de recommandations, de revues et d'études qualitatives et quantitatives.

**Résultats** : 45 articles ont été retenus et examinés en fonction de leur définition de l'empathie, de son évaluation, des facteurs internes (personnels) et externes (environnement et éléments de la formation) qui l'influencent et des méthodes pédagogiques proposées. Les façons de définir l'empathie varient avec notamment des perceptions divergentes des aspects émotionnels. Différentes stratégies pédagogiques sont corrélées à une augmentation de mesures de l'empathie et/ou à d'autres effets comme la diminution de l'épuisement professionnel. Les articles revus proposent un enseignement varié, intégré à l'enseignement biomédical, soutenu au cours de la formation et évalué, comportant des exercices de communication verbale et non-verbale, des jeux de rôles, une exploration de vécus et de représentations de la maladie par des récits, un travail d'écriture narrative. La principale source d'enseignement est l'expérience et l'observation de manifestations d'empathie par les soignants en stage. Ces méthodes incluent des pratiques réflexives individuelles et collectives qui permettent d'explicitier et de gérer consciemment les facteurs internes et externes qui influencent l'empathie dans les relations professionnelles. Les résultats sont limités par les critères de jugement de l'effet de ces formations, souvent basés sur des échelles d'auto-évaluations.

**Discussion** : L'empathie est une faculté universelle impliquée dans les relations et la réflexion quotidienne, y compris le raisonnement médical et le jugement éthique.

La formation des médecins encadrant les étudiants (*role modeling*) et l'analyse des freins à l'établissement d'une attitude professionnelle empathique doivent être approfondis. Les émotions ne sont pas des artéfacts mais des indicateurs essentiels de la relation médecin-malade. Cela questionne la norme du détachement ainsi que l'intégration des aspects relationnels à l'enseignement biomédical.

Des exemples d'exercices ainsi que des échelles d'auto-évaluation de l'empathie ou de recueil de l'avis du patient sont présentés en annexe.

**MOTS CLÉS** : EMPATHIE  
ENSEIGNEMENT MEDICAL  
EDUCATION  
RELATION MEDECIN-MALADE

**JURY** : Président : Monsieur le Professeur P. SEVE  
Membres : Monsieur le Professeur M. SAOUD  
Monsieur le Professeur associé de Médecine Générale A. MOREAU  
Madame le Docteur C. PERDRIX

**DATE DE SOUTENANCE** : le 1er décembre 2011

**ADRESSE DE L'AUTEUR** : Elsa Marin, 153 Route des Castorettes 74400 CHAMONIX  
marin.elsa@yahoo.fr