

L'empathie est un concept qui captive une attention grandissante au sein de la communauté scientifique. Sous-tendue par des dimensions émotionnelles, cognitives et motivationnelles, elle se révèle complexe à appréhender et demeure un élément pivot dans le domaine des soins de santé. Paradoxalement, les (futurs) professionnels de la santé, notamment les étudiants en médecine et en soins infirmiers, témoignent d'un déclin marqué au niveau des différentes facettes de l'empathie, particulièrement au cours de leur formation clinique. Ce phénomène, attribuable à des facteurs variés tels que la charge de travail accrue, la compétitivité, la rentabilité économique et l'omniprésence des technologies médicales, peut influencer la qualité des interactions cliniques et compromettre la trajectoire de soins des patients. Dans cet écosystème complexe, comprendre comment s'articulent les facettes de l'empathie en vue de les améliorer s'avère crucial. Des approches pédagogiques pointues, telles que la formation des compétences empathiques non verbales et l'engagement dans des groupes d'intervision, se sont révélées fructueuses pour améliorer les différents aspects de l'empathie. L'ensemble de ces considérations soulignent l'impératif de relever les défis inhérents au déclin d'empathie chez les (futurs) professionnels de la santé, en vue d'optimiser l'éducation et la prestation de soins de qualité.

L'EMPATHIE

CHEZ LES (FUTURS) SOIGNANTS



Julian Nasello^{1,2} et

Jean-Marc Triffaux^{1,3}

1. Hôpital de Jour «La Clé», Liège

2. Département de Psychologie, ULiège

3. Département de Psychiatrie, ULiège

L'empathie: un phénomène en plein boom

L'empathie est un phénomène qui a gagné en intérêt auprès de la communauté scientifique depuis ces 20 dernières années. Effectivement, aujourd'hui, plusieurs auteurs ont démontré son implication dans les processus de soins. On sait, par exemple, qu'un professionnel qui présente des scores élevés en empathie aura tendance à poser des diagnostics plus précis, à influencer positivement l'engagement et l'adhérence des patients dans leurs processus de soins et à ce qu'ils portent une plus grande attention à leur santé (1-3). De plus, la satisfaction des patients est améliorée et les résultats cliniques sont meilleurs lorsque le professionnel de la santé présente des scores

d'empathie plus élevés (4). Dès lors, il y a un large consensus scientifique autour du fait que l'empathie est une caractéristique capitale dans les activités cliniques, toutes disciplines confondues.

Bien qu'elle soit fondamentale, elle est relativement complexe à définir. Pour simplifier, on retrouve deux aspects centraux propres à l'empathie: un aspect émotionnel/affectif et un aspect cognitif. L'aspect émotionnel correspond à la capacité de ressentir ce que l'autre ressent, tandis que l'aspect cognitif vise à comprendre les émotions des autres (cet aspect fait référence à ce que l'on appelle «la prise de perspective», qui implique de se mettre à la place de l'autre). À l'heure actuelle, il y a un débat toujours ouvert par rapport à la dimension cognitive de l'empathie: s'agit-il de comprendre uniquement les aspects émotionnels des autres ou plutôt tous les états mentaux (les pensées d'autrui, sa vie mentale et ses émotions)? On ajoute également un troisième aspect à l'empathie dit «motivationnel»: la préoccupation du bien-être d'autrui (le souci de l'autre). Selon la définition que l'on en donne, il existe différentes échelles de mesure, dont les plus connues sont l'*Interpersonal Reactivity Index* (5), la *Jefferson Scale of Empathy* (6) et la *Basic Empathy Scale* (7).

Dès lors, pour quelles raisons l'empathie reste-t-elle une caractéristique difficile à cerner? D'une part, une méta-analyse assez récente a montré qu'au sein de la population générale, les individus adhèrent à des thèmes spécifiques de l'empathie (des définitions spécifiques) très faiblement corrélés entre eux (8). En d'autres termes, la plupart des individus vont attribuer à l'empathie des thèmes particuliers, en excluant ou en ne prenant pas en considération ses autres aspects. Ceci signifie que, dans l'ensemble, les gens ont une vision très

partielle et limitée de l'empathie. Les auteurs de cette méta-analyse ont recensé 4 thèmes principaux liées à l'empathie:

- comprendre: la capacité d'avoir une certaine appréhension de la vie mentale d'une autre personne;
- ressentir: avoir une réponse émotionnelle appropriée à la situation vécue par une autre personne;
- partager: faire l'expérience d'états similaires à ceux d'une autre personne;
- différencier soi et autrui: reconnaître qu'il y a une différence entre soi et les autres, entre une source et soi.

Bien qu'elle soit fondamentale, elle est relativement complexe à définir. Pour simplifier, on retrouve deux aspects centraux propres à l'empathie: un aspect émotionnel/affectif et un aspect cognitif.

D'autre part, une autre méta-analyse a recensé 43 définitions de l'empathie dans la littérature, montrant la très large variété des points de vue d'experts autour de ce phénomène. Les auteurs ont alors proposé la définition synthétique suivante: «*L'empathie est une réponse émotionnelle (affective), dépendante de capacités "traits" et des influences "états". Les processus empathiques sont déclenchés automatiquement, mais sont également façonnés par des processus dits "top-down". L'émotion qui résulte (chez l'observateur) est similaire à la perception qu'il s'en fait (directe ou imaginée) et à la compréhension du stimulus émotionnel (empathie cognitive). Enfin, il y a une reconnaissance que la source de l'émotion n'émane pas de soi*» (9, p.150).

Qu'en est-il de l'empathie chez les (futurs) professionnels de la santé?

Cette question a déjà fait couler beaucoup d'encre dans la littérature scientifique.

Premièrement, en référence à ce qui vient d'être évoqué, de quelle empathie parle-t-on? En effet, aujourd'hui, bien que tous les auteurs optent pour une appellation générale du concept, ils sont assez d'accord sur le fait que l'empathie est un terme dit «parapluie» (généraliste). Toutefois, malgré de nombreuses recommandations faites par les experts,

de nombreux scientifiques (comme vous le verrez ultérieurement) maintiennent l'usage générique du terme et focalisent leurs analyses uniquement sur les scores totaux d'empathie. Cet usage entraîne une certaine confusion car, si une intervention ciblée doit être envisagée, sur quelle facette agit-on? Deuxièmement, quelles conséquences peut-il y avoir lorsque l'on est moins ou trop «empathique»? Enfin, de quels professionnels de la santé parle-t-on?

Les futurs professionnels de la santé

La littérature scientifique dresse un bilan assez alarmant, notamment quand les méta-analyses actuelles soulignent un déclin progressif des scores sur certaines facettes de l'empathie chez les futurs professionnels de la santé. Majoritairement, les études portent sur

des populations étudiantes de médecins et de soins infirmiers, mais on retrouve également des études plus ciblées sur des futurs dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes. En ce qui concerne les professionnels de la santé qualifiés, ils sont nettement moins accessibles en comparaison aux étudiants. De ce fait, les données sur cette population sont assez limitées.

Chez les futurs médecins et infirmiers, les méta-analyses rapportent un déclin significatif de leurs scores d'empathie pendant leur cursus académique (10-12). Ces études démontrent un déclin des scores totaux et, au niveau des sous-dimensions de l'empathie, c'est l'empathie cognitive qui semble la plus touchée (la prise de perspective). Toutefois, certains auteurs nuancent que ce déclin semble dépendre de l'échelle utilisée (12): c'est notamment via la *Jefferson Scale of Empathy* (6) (une échelle spécifique à l'empathie des soignants) que l'on retrouve les effets significatifs les plus flagrants.

Dans le cadre de nos travaux sur les étudiants en médecine (13), nous avons pu montrer qu'en utilisant la *Basic Empathy Scale* (7) (une échelle qui se focalise principalement sur les aspects émotionnels et non sur les autres états mentaux), on remarque que c'est un déclin significatif sur les deux facettes principales de l'empathie (l'empathie affective et cognitive). En comparaison, dans le cadre d'une étude ultérieure où nous avons utilisé l'*Interpersonal Reactivity Index* (5) (un outil qui prend en compte tous les états mentaux confondus), nous n'avons pas observé de différences significatives entre les différentes années académiques chez les étudiants en médecine pour aucune des facettes (14).

Concernant les autres disciplines, une étude longitudinale (15) a montré que

les futurs kinésithérapeutes démontrent également un déclin progressif d'empathie (score total). On retrouve également un déclin chez les futurs dentistes (entre la première et dernière année), mais pas chez les futurs pharmaciens (16). Toutefois, les données de cette dernière étude sont relativement limitées car la littérature scientifique porte peu sur ces disciplines, ce qui doit inciter les lecteurs à considérer ces derniers résultats avec plus de prudence.

L'empathie chez les professionnels qualifiés?

Une méta-analyse rapporte que, de manière générale, les scores totaux d'empathie sont plutôt bas chez les professionnels médicaux (médecins et infirmiers) et paramédicaux (en comparaison aux scores de la population générale) et fortement variables (notamment selon le pays) (17). De plus, dans cette analyse, les médecins apparaissent comme la population la plus touchée par cette baisse, en comparaison aux autres fonctions paramédicales.

En résumé, il y a une diminution générale des scores d'empathie à travers le cursus académique des futurs professionnels de la santé. Certains auteurs ont pu démontrer que c'était précisément le passage aux activités cliniques qui déclenchait ce déclin (18). De plus, la discipline la plus touchée par ce déclin semble être la médecine mais, à ce jour, les autres disciplines sont relativement peu étudiées (à l'exception des soins infirmiers). Ce déclin apparaît également selon le type d'échelle utilisée, et il semblerait que ce sont principalement les échelles qui se focalisent sur les états émotionnels ou les activités cliniques qui maximisent les différences observées. En d'autres termes, les capacités à ressentir, cerner et comprendre les émotions des autres semblent s'étioler au fil de la formation académique, principalement dans le milieu clinique.

Quelles seraient les raisons de ce déclin?

De nombreuses interprétations ont été évoquées par les chercheurs du domaine pour expliquer le déclin d'empathie (notamment chez les futurs médecins). Par exemple, une augmentation croissante de la charge de travail, un climat de compétition, un manque de modèles appropriés, une dépendance croissante face aux technologies diagnostiques et de traitements, des interactions soignant-soigné de plus en plus courtes (18), ou encore une désensibilisation systématique face à la détresse émotionnelle (13).

On pourrait également ajouter une demande croissante de rendement avec une diminution tout aussi croissante des subventions dans les structures de soins de santé et du personnel à disposition. Faute de temps et de moyens, les professionnels de la santé seraient de moins en moins habilités à mettre l'accent sur les rapports humains, ce qui aurait un impact négatif sur leur empathie.

Comment interpréter le déclin des scores d'empathie?

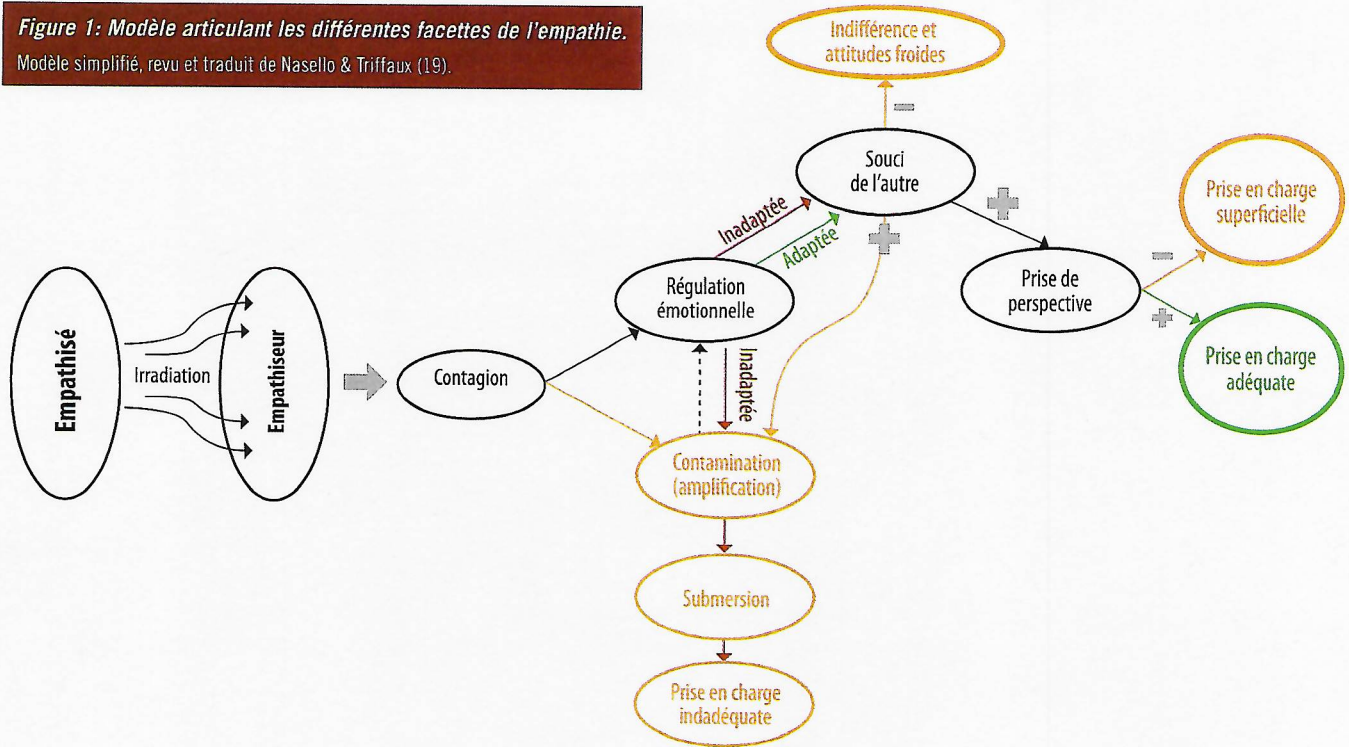
Voyons à présent dans quelle mesure des scores faibles ou élevés sur l'une ou l'autre facette d'empathie apparaissent comme un avantage ou un inconvénient dans le milieu clinique.

Présenter des scores faibles d'empathie affective indique une faible propension à ressentir les émotions des autres. À l'inverse, des scores élevés indiquent une forte propension à les ressentir. Dans un contexte clinique, il sera plus bénéfique pour un thérapeute que cette disposition soit moins proéminente, mais pas absente.

À la suite de nos travaux sur l'empathie chez les futurs soignants, nous avons développé un modèle (**Figure 1**)

Figure 1: Modèle articulant les différentes facettes de l'empathie.

Modèle simplifié, revu et traduit de Nasello & Triffaux (19).



expliquant la complexité du processus empathique (19). Ce dernier nous montre que la facette affective de l'empathie correspond à ce que l'on nomme «la contagion émotionnelle». Cette caractéristique étant automatique, elle peut entraîner tout un processus de contamination émotionnelle chez le thérapeute si l'émotion n'est pas régulée de façon adéquate (lorsque de mauvaises stratégies de régulation émotionnelle sont employées), ce qui pourrait conduire à une submersion ou à une surcharge émotionnelle (le soignant ressent une émotion forte lors d'une prise en charge). Dans cette situation, le soignant présentera davantage de chance de produire des comportements thérapeutiques inappropriés (comme dramatiser la situation clinique d'un patient ou perdre ses moyens). Inversement, cumuler l'emploi d'une mauvaise stratégie de régulation émotionnelle (comme la suppression, le déni ou la rumination) et une faible motivation à se soucier de l'autre va entraîner des attitudes froides ou de l'indifférence chez le thérapeute envers le patient.

Dès lors, ce modèle positionne la régulation émotionnelle au centre du

processus empathique car les stratégies de régulation qui seront employées par le thérapeute vont catalyser des processus différents.

L'empathie cognitive a, dans ce modèle, une interaction directe avec la motivation à aider (à se soucier de l'autre). C'est lorsque le thérapeute va réguler ses états émotionnels de façon appropriée et présenter une motivation à aider adéquate qu'il va pouvoir se mettre à la place de son patient pour mieux comprendre son état (empathie cognitive). Une trop forte propension à se mettre à la place d'autrui peut augmenter l'identification à autrui, ce qui peut réenclencher un processus de contamination émotionnelle (si le thérapeute s'identifie à son patient, il y aura une motivation à aider plus importante qui, si trop élevée, peut entraîner une submersion émotionnelle). Trop faiblement développée, un thérapeute qui manque d'habiletés à comprendre les émotions ou la situation de son patient, tout en étant adéquatement motivé à se soucier de l'autre, collectera de façon probablement insuffisante des informations critiques chez ce patient.

Ainsi, comme nous le présentons à travers ce modèle, il est nécessaire qu'un thérapeute/soignant développe des stratégies de régulation émotionnelle adéquates et adaptatives (par exemple, l'acceptation, la centration positive, la centration sur l'action, la réévaluation positive et la mise en perspective), tout en présentant un souci de l'autre et une prise de perspective adaptés. La présentation de scores trop élevés ou trop faibles à l'une ou l'autre facette d'empathie, avec des stratégies de régulation émotionnelle inadéquates, pourrait expliquer l'association à certaines facettes du burn-out ou certaines facettes de personnalité, par une répétition des schémas d'interaction entre le soignant et le patient (par exemple, si le processus de submersion émotionnelle est systématisé, cela pourrait engendrer un épuisement émotionnel chez le thérapeute). Dans un cadre clinique, il est donc primordial que les professionnels de la santé puissent comprendre l'articulation des différentes facettes du processus empathique afin de pouvoir développer certains aspects clés.

Pour illustrer l'importance de l'empathie dans les contextes cliniques, nous

ajouterons les résultats d'une dernière étude en cours de publication qui a investigué deux points importants. Le premier visait à déterminer si les futurs professionnels de la santé (médecins, infirmiers, paramédicaux) présentaient une promptitude à soigner différente en fonction des comportements de santé («bons» ou «mauvais») de leurs patients. Le second visait à déterminer dans quelle mesure les facettes de l'empathie impactaient la promptitude à aider des soignants. L'étude a démontré que, d'une part, les futurs soignants sont plus prompts à aider des patients qui ont eu de «bons» comportements de santé, en comparaison avec ceux qui ont eu de «mauvais» comportements de santé. D'autre part, nous avons pu démontrer que les deux facettes de l'empathie jouaient un rôle causal significatif sur la promptitude à aider des futurs soignants. Plus précisément, il est apparu que l'empathie cognitive jouait un rôle plus prégnant sur la promptitude à aider de ces futurs soignants lorsque les patients avaient eu de mauvais comportements de santé. En d'autres termes, les futurs professionnels de la santé qui présentaient des scores plus élevés en empathie cognitive (mais aussi en empathie affective) étaient plus enclins à aider les patients présentant un profil de santé défavorable.

À la vue de ce modèle et des résultats développés ci-avant, le déclin d'empathie chez la plupart des futurs professionnels de la santé semble être un problème assez majeur. Il pourrait transformer l'art de la relation soignant-soigné en un processus de soins déshumanisant. Dès lors, le développement de compétences empathiques efficaces constitue un réel défi pour le milieu éducatif tant les effets sont importants chez ces futurs professionnels de la santé, tout comme chez les patients pris en charge par ces derniers.

Les différentes techniques pour améliorer les facettes de l'empathie

Une récente méta-analyse portant sur des études contrôlées et randomisées a montré que les techniques de développement des compétences empathiques sont, en général, significativement efficaces. En effet, contrairement aux croyances, les facettes de l'empathie ne sont pas des composantes innées; étant relativement stables, elles peuvent se développer et se cultiver (20).

Pour améliorer les facettes de l'empathie, il est préférable de cumuler différentes techniques d'enseignement: un volet didactique, un volet d'entraînement de compétences et un volet de pratique de terrain. Bien entendu, il est nécessaire d'utiliser des techniques d'apprentissage des habilités empathiques qui soient empiriques, c'est-à-dire éprouvées par des études et revues par les pairs experts du domaine. Voici notamment deux exemples de techniques ou outils: H. Riess et Kraft-Todd ont mis au point un outil, aux résultats prometteurs, pour développer les habilités de communication empathique non verbales envers les patients (21). Cet outil utilise l'acronyme «E.M.P.A.T.H.Y.»:

- E: contact oculaire (*Eye contact*);
- M: Muscles des expressions faciales;
- P: Posture;
- A: Affect;
- T: Ton de la voix;
- H: écouter le patient dans sa globalité (*Hearing*);
- Y: votre réponse (*Your response*).

Enfin, les groupes d'intervision (comme les groupes de type Balint) où les participants sont invités à incarner, en alternance, un patient, un clinicien ou un observateur sont également efficaces pour améliorer la préoccupation empathique et la prise de perspective (22).

Conclusion

En conclusion, il y a une nécessité que le système éducatif intègre des modules de développement des compétences empathiques chez les futurs soignants. L'empathie, en tant que compétence multi-facettes s'agencant dans un processus particulier au cours de la prise en charge, doit être enseignée de façon ciblée tant chez les professionnels en devenir que chez les professionnels qualifiés. Les enjeux sont multiples: prodiguer des soins de meilleure qualité avec des effets plus probants et préserver les soignants tout au long de leur parcours professionnel.

Références

1. Decety J. The neural pathways, development and functions of empathy. *Cur Op Behav Sci* 2015;3:1-6.
2. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293:1100e6.
4. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63(606):e76-84.
5. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Cat Sel Doc Psychol* 1980;10:85.
6. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Ac Med* 2002;77(10):S58-S60.
7. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the basic empathy scale. *J Adol* 2006;29:589-611.
8. Eklund JH, Meranius MS. Toward a consensus on the nature of empathy: a review of reviews. *Patient Educ Couns*. 2021;104(2):300-7.
9. Cuff BM, Brown SJ, Taylor L, et al. Empathy: a review of the concept. *Emot Rev* 2016;8(2):144-53.
10. Yi X, Sicheng X, Lihui Z, et al. Changes in empathy of nurses from 2009 to 2018: a cross-temporal meta-analysis. *Nurs Ethics* 2021;28(5):776-90.
11. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Ac Med* 2011;86(8):996-1009.
12. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? A meta-analysis. *Med Teacher* 2019;41(8):895-904.
13. Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *Encephale* 2019;45(1):3-8.
14. Kilic R, Nasello JA, Melchior V, Triffaux JM. Academic burnout among medical students: respective importance of risk and protective factors. *Public Health* 2021;198:187-95.
15. Yucel H. Empathy levels in physiotherapy students: a four-year longitudinal study. *Physiother Theory Pract* 2022:1-6.
16. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Intern J Medic Educ* 2011;2:12-17.
17. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Med Educ* 2017;17:1-9.
18. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84(9):1182-91.
19. Nasello JA, Triffaux JM. A stenography of empathy: Toward a consensual model of the empathic process. *Encephale* 2023;1-9.
20. Fragkos KC, Crampton PE. The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acad Med* 2020;95(6):947-57.
21. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y. A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med* 2014;89(8):1108-12.
22. Zhu Y, Yang C, Zhang J, Chen B. Developing an empathy educational model (EEM) for undergraduate nursing students: A Delphi Technique. *Nurse Educ Pract* 2021;50:102922.