# UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2015 Thèse n°2015-TOU3-3053

#### **THESE**

#### POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

#### **Maxime Mons**

Le lundi 7 septembre 2015

#### **EMPATHIE ET ODONTOLOGIE**

Directeur de thèse : VERGNES Docteur Jean Noel

**JURY** 

Président : Professeur POMAR Philippe

1<sup>er</sup> assesseur : Docteur VERGNES Jean Noel

2<sup>ème</sup> assesseur : Docteur HAMEL Olivier

3<sup>ème</sup> assesseur : Docteur BARON Sacha



# UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2015 Thèse n°2015-TOU3-3053

#### **THESE**

#### POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

#### **Maxime Mons**

Le lundi 7 septembre 2015

#### **EMPATHIE ET ODONTOLOGIE**

Directeur de thèse : VERGNES Docteur Jean Noel

**JURY** 

Président : Professeur POMAR Philippe

1<sup>er</sup> assesseur : Docteur VERGNES Jean Noel

2<sup>ème</sup> assesseur : Docteur HAMEL Olivier

3<sup>ème</sup> assesseur : Docteur BARON Sacha



#### UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER Université de Toulous FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

#### Faculté de Chirurgie Dentaire

#### DIRECTION

#### **ADMINISTRATEUR**

Mr POMAR Philippe

#### **ASSESSEUR DU DOYEN**

Mme JONIOT Sabine

#### PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

#### CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard Mr AUTHER Alain

#### **RESPONSABLE ADMINISTRATIF**

Mme MORICE Marie-Christine

#### **HONORARIAT**

#### **DOYENS HONORAIRES**

Mr LAGARRIGUE Jean + Mr LODTER Jean-Philippe Mr PALOUDIER Gérard Mr SIXOU Michel Mr SOULET Henri

#### **ÉMÉRITAT**

Mr PALOUDIER Gérard Mme GRÉGOIRE Geneviève



#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### 56.01 <u>PÉDODONTIE</u>

Chef de la sous-section : Mr VAYSSE

Professeur d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Assistants: Mr DARIES, Mr MARTY

Chargés d'Enseignement : Mr DOMINÉ

#### 56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants: Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé Mr TOURÉ

Chargés d'Enseignement : Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

#### 56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section : Mr HAMEL

Professeur d'Université : Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Maître de Conférences : Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant: Mme BARON

Chargés d'Enseignement : Mr DURAND, Mr PARAYRE

#### 57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : Mr BARTHET

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants: Mr MOURGUES, Mme VINEL

Chargés d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

## 57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

**Chef de la sous-section :** Mr CAMPAN

Professeur d'Université : Mr DURAN

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI
Chargés d'Enseignement : Mr L'HOMME, Mme LABADIE, Mr FAUXPOINT

#### 57.03 <u>SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE.</u> <u>GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE</u>

Chef de la sous-section : Mr KÉMOUN
Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET

Assistants: Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mme SOUBIELLE, Mme PESUDO

Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

#### 58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : Mr GUIGNES

Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mr ARCAUTE, Mr BUORO, Mr BONIN, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI

Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

## 58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : Mr CHAMPION

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences: Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS

Assistants: Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA

Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE,

Mr POGEANT, Mr RAYNALDY, Mr DESTRUHAUT, Mr GINESTE

#### 58.03 <u>SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX,</u> BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section :Mme JONIOTProfesseur d'Université :Mme GRÉGOIREMaîtres de Conférences :Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants: Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT

Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr

VERGÉ.

-----

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 1er juillet 2015

#### Remerciements

A ma maman, qui, a toujours été là pour moi, à m'épauler tout au long de ma scolarité, à me tirer vers le haut, à me donner des coups de pieds au cul quand il le fallait. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est en très grande partie grâce à toi qui m'a toujours soutenu. Alors en plus du gros « HUG » que je vais te faire après avoir prêté serment, je voulais juste te dire que je t'aime fort ma petite maman...

A mon papa, qui a su m'inculquer toutes les valeurs de respect, tolérance, travail et persévérance, qui constituent aujourd'hui le socle et les fondations de ma vie d'homme. J'espère ne pas m'exiler trop loin au cours des prochaines années pour pouvoir te rendre visite à toi et à maman, car il y a beaucoup de gens qui disent que « la famille c'est important » mais moi, je le pense vraiment... je t'aime.

A ma coco, mon petit panda... ok je m'arrête là ! (il faut que je laisse de la place pour les autres^^)
Cela fait presque 7 ans que nous nous sommes rencontrés lors de cette première soirée d'intégration qui restera à jamais gravée dans ma mémoire. D'ailleurs, je tiens à remercier les anciens D1 d'avoir constitués les groupes de la sorte, car peut être que sans le coup de pouce du destin, nous serions passé à côté l'un de l'autre.

Toujours est-il que depuis, on a fait pas mal de chemin toi et moi ! On a beaucoup voyagé, appris à se découvrir, à s'épanouir, on a récemment emménagé ensemble. On franchit les étapes une à une, on ne se précipite pas mais une chose est sûre, plus je passe du temps avec toi et plus j'ai envie d'en passer. Tu es devenue rapidement mon point de repère, ma boussole, mon phare. Je n'envisage pas vivre sans toi, A mon Amour de coco, je t'AIME...

A ma sœurette, qui m'a supporté tout au long de ces années et dieu sait si j'ai été sacrément relou et casse bonbons! Tu vois ça a payé car tous ces petits moments ont abouti à aujourd'hui! Et comme sur ton dessin prémonitoire que tu avais dessiné en p1, aujourd'hui, je deviens docteur!;)

A mamie Maguy, qui m'a servi tour à tour de cobaye en clinique, de fournisseur officiel de saucisson, viande, boîtes de conserve en tous genres (grâce auxquelles je n'ai pas dépéri) mais aussi d'incroyable soutien au cours de mes années d'études. Je n'oublie pas que sans ton appui en p1, je n'aurais sûrement pas franchi le cap du concours et je te remercie du plus profond de mon cœur aujourd'hui de m'avoir permis d'en arriver là. Je t'aime fort!

A mamie Maguitte, ma petite mamie de Cambieure auprès de laquelle j'ai passé d'incroyables moments et je ne compte pas m'arrêter là ! Je t'aime ma petite mamie.

A mes cousins Sébastien, Benjamin et à Geneviève et Adam, de m'avoir apporté leurs aides dans la traduction de passage difficile! Je vous remercie beaucoup!

A Clotilde (hey, c'est ma thèse, pas besoin de vous vouvoyer!:D) Juste un petit mot pour vous dire que c'est un honneur pour moi que vous me considériez comme votre « faux gendre » et que j'espère être digne d'une telle distinction encore longtemps... mais pas trop!;)

**A Jean Yves**, que je remercie pour : Roland, le prêt de son audi A4 puis de sa nouvelle 508 pour une durée indéterminée, m'avoir laissé espérer gagner un set lors de notre dernière rencontre au tennis!

A Pierrick Héloret pour m'avoir transmis l'astuce du « ctrl f » qui permet de retrouver un mot plus facilement sur une page. Ça m'a fait gagner beaucoup de temps!

A Cédric Martin, binôme de clinique, auprès duquel j'ai passé de très très bons moments en clinique! Je n'en citerai qu'un pour ne pas trop m'éterniser sur des anecdotes que nous ne serions que deux à comprendre, mais il me revient en mémoire Mr B qui te trouvait à son goût et qui n'arrêtait pas de te regarder avec le regard le plus lubrique auquel il m'ait été donné d'assister^^ J'espère qu'on ne perdra pas contact et qu'on aura l'occasion de refaire de sacrées fiestas du côté de Saint Larry!

A Iskander, fidèle partenaire de baby, victorieux en p2, d'une finale qui restera dans les annales après avoir battu le « coach » qui nous faisait jouer « banquette » sur le terrain^ Il est vrai que l'on a beaucoup perdu côté pratique, vu notre cuisante défaite face à la paire « Martin - Destruhaut » au nouvel an. Mais qu'à cela ne tienne, je me cotiserai pour t'offrir un baby-foot comme cadeau de thèse, ça me donnera une raison de plus de venir te voir quand tu te seras exilé dans le Gers!

A lizza... plillillinnnnnche! On l'a souvent fait répéter aux profs tout au long de nos études, à la fin, c'était presque devenu un réflexe conditionné^^ J'en profite pour te remercier pour m'avoir offert le gîte et... la bassine! Lors de fins de soirées où je n'étais vraiment plus en état de conduire! Et à tes « bip » de voisins aussi qui faisaient du bruit sans arrêt!

**A Antoine**, qui nous a mainte fois accueillis chez lui autour d'un bon petit shawarma. Tu es quelqu'un de discret mais d'entier qui gagne à être connu! J'espère qu'on ne perdra pas contact!

A Jean K, avec lequel on m'a souvent confondu en clinique.

A Camille, merci pour tous ces bons moments passés ensemble...

A Camille bis (pas repetita^^), je n'ai pas la thèse de Ced sous les yeux, mais je ne vais commettre l'affront de ré écrire les mêmes remerciements que mon cher binôme! Je peux en revanche m'excuser officiellement pour t'avoir soutenu mordicus que je t'accompagnerai au crit au moins une fois au cours de nos études, chose que je n'ai pas faite pour diverses raisons. Quand je pense à Camille, je pense à la sériale teuffeuse bien sûr, à la miss Potin qui savait et sait encore tout sur tout, à une personne qui n'a pas sa langue dans sa poche (avec qui j'aimais bien passer en mode « langue de pute ») à la servante dévoué de sa majesté Roger Federer (avec qui nous suivions les résultats de roland en direct sur ton portable) mais surtout je repense à toutes ces soirées qu'on a faites ensemble. Il y en a pleins mais je me souviens particulièrement d'une où en rentrant d'une réconcil, tu étais tellement mal que j'ai cru que le chauffeur du bus allait nous abandonner dans la neige^^ et surtout à toutes les soirées à Port Leucate, avec des parties de trivial (pour ne citer que ce jeu) jusqu'au petit matin! Un des meilleurs moments d'étudiant! A toi aussi Camille, je te souhaite le meilleur!

A Cédric Evrard, que je n'oublierai jamais grâce à une expression, maintes fois utilisée en de nombreuses occasions et qui restera gravée pour toujours dans ma mémoire ; cette expression, la fameuse... « De toute façon, c'est de la MERDE » ! Je vous souhaite le meilleur à toi et à Emy !

A mon Bobby, le seul avec qui je pouvais délirer en plein milieu d'une conversation lorsqu'elle faisait référence à un sketch de rire et chanson! Il suffisait de croiser ton regard pour partir dans un gros trip à la Chuck Norris! Au fait, mon épaule maintes fois sollicitée par tes poings lors des multiples bronchades et autres ronds en dessous de l'épaule voulait te dire quelque chose: « t'es le meilleur des ninjas à ce jeu-là mais j'aurais ma revanche avant que tu passes ta thèse! » tu es prévenu!;)

A Jamal (pas le gars dans slumdog millionnaire... l'autre), je dois t'avouer que je ne t'ai pas porté dans mon cœur à l'issue de notre première rencontre. Me réveillant avec pas mal de bleus et essayant de refaire le fil de cette première soirée d'inté, un souvenir a fini par jaillir du fin fond de ma mémoire encore alcoolisée (pour pas dire autre chose) de la veille. Celui d'un mec à moitié mort, armé d'un gourdin fait de jean et d'aluminium, sur le parquet distribuant à des mecs tout aussi morts des coups avec ton gourdin de fortune fabriqué pour l'occasion^ Depuis, il y a eu l'amalgame (et d'ailleurs depuis que tu es parti, il n'y a plus qu'une « parodie » d'amalgame), mais aussi le rallye mario bross (qui reste un de mes meilleurs souvenirs à la fac), des soirées que je ne compte plus ainsi qu'un paintball où tu m'as donné aussi quelques bleus en guise d'adieu (me rappelant ainsi notre rencontre à la première soirée d'inté) avant de t'envoler pour Tel Aviv! Je te souhaite de passer tes équivalences au plus vite et que ta carrière décolle au pays de la makotte!

A ma petite Rosa, que j'ai sauvée un nombre incalculable de fois des eaux froides de la Garonne... et oui mais que voulez-vous, en p2 (et un peu d1^^), Rosa, quand elle avait bu un coup de trop, elle avait chaud et du coup, quoi de plus naturel que de piquer une tête dans le fleuve ??? Mais ça ne serait pas juste de réduire Rosa à une nageuse du dimanche! Non, non, non, Rosa, c'est une fille extra avec qui je délirais à peu près tous les jours en clinique! Dieu sait si j'ai pu être lourd avec toi, je m'en excuse aujourd'hui... ou pas^^ Je vous souhaite le meilleur à toi et à Pierre!

A Sonia, qui a essayé à de nombreuses reprises de me piquer mes clefs de voitures sentant la fin de l'apéro dentaire arriver! Je te remercie fort fort fort... d'avoir essayé!;)

A Éva, ou plus précisément, à la thèse d'Éva qui m'a permis de constituer mon jury de thèse! Je garde un excellent souvenir du jour où tu as prêté serment (pour avoir terminé avec le balai entre les mains à tout nettoyer^^) et j'ai bien fait de te piquer ce jour-là une thèse que j'ai lue (à moitié je l'avoue^^) car pas besoin d'aller voir sur internet ou faire des recherches quand on a l'organigramme de tous les professeurs dans la thèse d'une amie! Encore merci et... Vive les saucisses, petites et grandes!;)

A doudounou, qui a toujours été difficile à plaquer sur un terrain de rugby avec ses maudits crochets et raffuts! Mais bon contrairement à ta future femme, ta thèse (même si elle est un peu moins longue) je l'ai lue!;) Je vous souhaite d'avoir pleins d'enfants et de bonheur! (et ne va pas dire que je mets des idées dans la tête d'Éva, c'est la prochaine étape vieux, il faut t'y faire!)

A Pierre Aubry, que de mémoire j'ai toujours appelé par son nom et prénom^^

A Jeremy et à Laura, vous formez un joli couple avec lequel il m'a été donné de passer de supers soirées dont un repas avant un barathon en compagnie de fasio et de ziouche qui reste un des meilleurs moments de ma vie d'étudiant. Je vous souhaite pleins de bonheur dans votre vie future.

A Denis et Julie, qui m'ont aidé à améliorer mon putt et mon drive!;)

**A Marion**, qui a dû me supporter toute une année en 3<sup>ème</sup> en cours de français et qui a dû remettre ça au cours de ses études à la fac. Je te remercie pour ta patience!;)

A Brunah Mok, pour sa joie de vivre, ses choré venues d'une autre galaxie et ses pshit!;)

A MHC, pour être juste... MHC!

A Anne Sophie, tu as vu j'ai fait l'effort de bien l'écrire, mais je ne peux m'empêcher de... ANSO !!! Reviens nous vite, la vie à Paris c'est trépidant, mais à Toulouse, on t'attend et en Ariège, ce sont les patients qui t'attendent !

A mes parents adoptifs, ils se reconnaîtront! Dépêchez-vous de me mettre en route un petit frère!

**A MLD**, pour m'avoir regardé avec une intensité si profonde en me réveillant un matin de janvier que je m'en souviens encore! #thecallingforever

A Sarah, un de ces quatre promis, je t'invite à Roland voir tes idoles!

A May, Nelly et Suzie, « on est riche que de ses amies », ben écoutez je ne dois pas être loin d'être millionnaire parce que je suis très heureux de devenir docteur aujourd'hui mais je suis encore plus heureux que notre amitié perdure après 25 ans ! Non mais sérieux, vous n'en avez pas marre ? :D

A Kevin, que je suis content d'avoir retrouvé après toutes ces années! Car que ce soit autour d'un verre ou d'une pétanque (ou les deux) j'ai toujours autant de plaisir à te retrouver et à discuter avec toi! Interdiction de se perdre de vue, même si on bouge toi et moi!

A Manuello et Edouard (je le mets en premier sinon il risque de faire la gueule, tu le connais), les deux seuls représentants du sexe masculins avec qui j'ai gardé contact depuis la p1 ! Rien que ça, c'est un petit évènement en soi ! On se voit plus trop depuis que le cadurciens s'est exilé dans le nord mais il me tarde qu'on se retrouve tous dans la ville rose pour enquiller quelques bières devant un bon match de rugby (devant lequel Manu se foutra royalement).

A Miloch, Popal, Juloch et Tat, je vous ai rencontrées en p1 et depuis il y en a eu des soirées, des joies et des barres de rire, bref, des moments inoubliables. Votre chouki tenait à vous dire que vous êtes des filles fantastiques avec lesquelles il n'a pas envie de perdre contact! A bon entendeur, salut!;)

**Au dr Rosenzweig Julien**, je te remercie confraternellement de m'avoir aidé dans ce travail qui est aussi un peu le tien, d'avoir su m'éclairer dans mes recherches, de m'avoir reçu chez toi pour écouter et répondre à toutes mes interrogations. Je te remercie enfin et surtout de m'avoir aidé à distribuer et à récolter tous les questionnaires care en clinique, sans quoi, l'étude n'aurait pas été possible.

**Au dr Vigneau** auprès duquel j'ai appris ce que c'était de véritablement travailler en cabinet, je vous remercie.

Au grand absent de cette journée, A Jeremy, Jerem, Ziouché, le « snake » comme on t'avait surnommé avec Iska un soir de tournoi fifa. Toi qui étais justement l'indéboulonnable, que dis-je, l'indétrônable, l'incontestable champion à chaque soirée play! Toi qui me surnommais affectueusement... « TATA » quand il m'arrivait de te faire un tacle par derrière car j'étais complètement à la ramasse quand je jouais contre toi. Toi qui nous manques beaucoup et qui vas

continuer à énormément nous manquer.

Depuis que tu es parti, je crois qu'il ne se passe pas un jour, sans qu'il y ait quelque chose qui me refasse penser à toi. On n'était pas les meilleurs amis du monde, on était proche sans être très proche et pourtant tu as laissé un gros vide dans ma vie. Si tu nous regardes de là-haut, sache que je pense fort à toi...

# A notre président du jury, Monsieur le Professeur POMAR Philippe,

- Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- -Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- -Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R),
- -Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury de thèse.

J'admire votre prodigieuse expérience, votre approche humaine de l'exercice ainsi que vos talents de professeurs.

Je tiens également à vous remercier pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours des vacations cliniques du vendredi matin en 4<sup>ème</sup> année.

Soyez assuré de mes considérations et de mon plus profond respect.

#### A notre Jury de thèse,

#### Monsieur le Docteur HAMEL Olivier,

- -Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- -Responsable du Service d'Odontologie l'Hôtel Dieu, Pôle Odontologie du CHU,
- -Responsable de la sous-section « Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale »,
- -Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569),
- -Docteur en Chirurgie Dentaire,
- -Diplôme d'Etudes Approfondies en Éthique Médicale et Biologique,
- -Docteur de l'Université Paris Descartes,
- -Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R).

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de prendre part à notre jury de thèse.

La confiance, la compréhension et la patience dont vous avez fait part, témoigne de la considération que vous portez aux étudiants.

A ce titre, je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours des vacations cliniques de 5<sup>ème</sup> année à L'Hôtel Dieu.

Je vous prie d'accepter mes sentiments les plus sincères.

#### A notre Directeur de thèse,

#### Monsieur le Docteur VERGNES Jean-Noel,

- -Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- -Docteur en Épidémiologie,
- -Docteur en Chirurgie Dentaire,
- -Professeur associé, Oral Hearth ans Society Division, University McGill Montréal, Québec Canada,
- -Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- -Master2 Recherche- Epidémiologie clinique,
- -Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- -Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait de m'avoir proposé le sujet de cette thèse, qui m'a passionné dans sa réalisation, et vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et d'y avoir apporté votre expérience et vos compétences.

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré, de votre disponibilité, de votre patience et de vos encouragements tout au long de ce travail.

Aussi, je vous prie de trouver ici toute ma gratitude, mon respect le plus profond et mes amitiés les plus sincères.

# A notre jury de thèse, Madame le Docteur BARON Sacha,

- -Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- -Docteur en Chirurgie Dentaire,
- -Master 1 Sciences, Technologies, Santé, mention : Biosanté
- -Lauréate de la faculté de Médecine Rangueil de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Nous ne nous connaissons pas encore mais je vous remercie encore pour tout d'avoir fait preuve d'autant d'enthousiasme à l'idée de participer à ce jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous prie d'accepter mes considérations les plus distinguées.

### Table des matières

| INTRODUCTION   | 23 |
|--|----|
| 1ère partie : Généralités sur l'empathie                                       | 24 |
| 1 Définition   | 24 |
| 2 Origine conceptuelle   | 24 |
| 2.1 La philosophie esthétique  | 24 |
| 2.2 L'empathie en philosophie  | 25 |
| 2.2.1 David Hume   | 25 |
| 2.2.2 Adam Smith   | 25 |
| 2.2.3 Edmund Husserl   | 26 |
| 2.3 De l'esthétique à la psychologie   | 27 |
| 2.4 L'empathie en psychanalyse   | 28 |
| 2.5 L'empathie au XXème siècle : L'apport de Carl Roger                        | 29 |
| 3 Différence entre empathie et sympathie / compassion / contagion émotionnelle | 30 |
| 3.1 La sympathie   | 30 |
| 3.1.1 Définition   | 30 |
| 3.1.2 Etymologie   | 31 |
| 3.1.3 La sympathie en psychologie  | 31 |
| 3.1.4 Différence avec l'empathie   | 31 |
| 3.2 La compassion  | 32 |
| 3.2.1 Définition   | 32 |
| 3.2.2 Exemple  | 32 |
| 3.2.3 Etymologie   | 32 |
| 3.2.4 La compassion en psychologie   | 32 |

| 3.2.5 Différence ave                | ec l'empathie  | 32    |
|-------------------------------------|--|-------|
| 3.3 Tableau récapitulatif : D       | ifférence entre l'empathie et la sympathie et la compass | ion33 |
| 3.4 La contagion émotionne          | lle  | 34    |
| 3.4.1 Définition                    |  | 34    |
| 3.4.2 Exemple                       |  | 34    |
| 3.4.3 Différence ave                | ec l'empathie  | 34    |
| 4 Origine Fondamentale              |  | 35    |
| 4.1 Les composantes neuro           | logiques à l'origine de l'empathie                       | 35    |
| 4.2.1 Un phénomèr                   | e inné   | 35    |
| 4.2.2 Trois élément                 | s déterminants   | 35    |
| 4.2 Avancées grâce aux tech         | nniques d'imagerie moderne                               | 36    |
| 4.3 Les neurones miroirs            |  | 36    |
| 4.4 Les neurones canonique          | 25   | 37    |
| 4.5 Deux catégories d'empa          | thie: l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive    | 37    |
| 4.6 L'empathie émotionnell          | e  | 38    |
| 4.7 L'empathie cognitive            |  | 39    |
| 4.8 « La theory of mind » : I       | a théorie de l'esprit                                    | 39    |
| 4.9 Des interactions possibl        | es entre les deux systèmes empathiques                   | 40    |
| 4.10 Conclusion                     |  | 40    |
| 5 Les différentes étapes de l'empat | hie  | 41    |
| 5.1 La pyramide de Tisseror         | 1  | 41    |
| 5.1.1 Le premier éta                | age : l'empathie directe (unilatérale)                   | 41    |
| 5.1.2 Le deuxième é                 | tage : L'empathie réciproque                             | 41    |
| 5.1.3 Le troisième é                | tage : l'intersubjectivité                               | 42    |
| 5.1.4 Schémas réca                  | pitulatif de la pyramide de Tisseron                     | 43    |

| 2 <sup>eme</sup> partie: La relation patient-praticien: Introduction du concept            |    |
|--|----|
| d'empathie   | 44 |
| 6 La relation patient-praticien  | 44 |
| 6.1 Définition   | 44 |
| 6.2 Quelles sont les caractéristiques de cette relation ?                                  | 44 |
| 6.3 Evolution de cette relation  | 44 |
| 6.3.1 Le modèle paternaliste   | 44 |
| 6.3.2 Le modèle informatif   | 45 |
| 6.3.3 L'approche centrée sur la personne   | 46 |
| 6.4 Le risque de l'approche techniciste  | 46 |
| 6.5 Le concept et les clés de l'alliance thérapeutique                                     | 46 |
| 6.6 Les caractéristiques de la relation dentiste-patient                                   | 47 |
| 6.6.1 Evolution de la relation patient-praticien   | 47 |
| 6.6.2 En quoi la relation dentiste-patient est-elle une relation atypique?                 | 47 |
| 7 L'empathie appliquée à la relation de soin   | 49 |
| 7.1 Qu'est-ce que l'empathie dans la relation de soin ?                                    | 49 |
| 7.2 Quelles sont les composantes de l'empathie professionnelles ?                          | 49 |
| 7.3 Relation de soin empathique : une double identification ?                              | 49 |
| 7.4 L'empathie des soignants : trait de personnalité, expérience ou processus ?            | 50 |
| 7.4.1 L'empathie définit comme trait de personnalité ou expérience                         | 50 |
| 7.4.1.1 Baisse de l'empathie au cours des études médicales                                 | 50 |
| 7.4.1.2 Biais dans les mesures d'auto-évaluation   | 51 |
| 7.4.2 L'empathie définit comme processus   | 51 |
| 7.5 Ce que n'est pas l'empathie dans la relation de soin                                   | 52 |
| 7.6 Conditions d'émergence de l'empathie dans la relation de soin                          | 53 |
| 7.6.1 Quels sont les facteurs indispensables à l'établissement d'un processus empathique ? | 53 |

| 7.6.1.1 L'écoute                                      | 54 |
|---|----|
| 7.6.1.1.1 L'écoute passive                            | 54 |
| 7.6.1.1.2 L'écoute active                             | 55 |
| 7.6.1.1.2.1 Le questionnement                         | 55 |
| 7.6.1.1.2.2 Le silence                                | 56 |
| 7.6.1.1.2.3 La reformulation                          | 56 |
| 7.6.1.1.2.4 La synthèse                               | 57 |
| 7.6.1.1.3 Les techniques d'écoutes                    | 57 |
| 7.6.1.2 La curiosité                                  | 58 |
| 7.6.1.3 La patience                                   | 58 |
| 7.6.2 Les signes qui annoncent la fin de l'entretien  | 59 |
| 7.7 A quels niveaux se réalisent l'empathie ?         | 59 |
| 7.7.1 Les apports de la psychologie cognitive         | 59 |
| 7.7.2 Pourquoi s'intéresser aux émotions ?            | 60 |
| 7.7.2.1 Comprendre ses émotions                       | 60 |
| 7.7.2.2 Percevoir l'émotion de l'autre                | 60 |
| 7.7.2.3 Se représenter l'émotion de l'autre           | 60 |
| 7.7.2.4 Imaginer l'émotion de l'autre                 | 61 |
| 7.7.2.5 Veiller aux pièges de la simulation           | 61 |
| 7.7.2.6 Etre attentif à ses projections               | 62 |
| 7.7.2.7 Malgré tout, des références communes          | 62 |
| 7.8 Empathie : base de la communication médicale      | 63 |
| 7.8.1 L'importance du langage non verbal des émotions | 63 |
| 7.8.1.1 Tableau récapitulatif des signaux non verbaux | 65 |
| 7.8.1.2 La limite des signaux non verbaux             | 65 |
| 7.8.2 La communication verbale                        | 65 |

| 7.8.2.1 Utiliser des metaphores plutot qu'un vocabulaire scientifique66   |  |
|---|--|
| 7.8.3 Communication verbale et non verbale67  |  |
| 7.8.4 Les enjeux de la communication67  |  |
| 7.8.5 Qu'est-ce qu'une communication empathique ?67   |  |
| 7.8.5.1 Intérêt d'une communication empathique68  |  |
| 7.8.5.2 Incidences sur la relation avec le patient68  |  |
| 7.8.5.3 La bonne distance thérapeutique69   |  |
| 7.8.5.4 Respecter la personnalité, les représentations et les désirs du patient70   |  |
| 7.8.5.5 L'amélioration des techniques médicales doit aller de pair avec une amélioration de la prise en charge du patient71 |  |
| 7.8.6 Espoir que place le patient dans la relation de soin71  |  |
| 7.8.7 Parallèle avec les médecins72   |  |
| 7.9 Quel est l'intérêt de l'empathie ?72  |  |
| 7.9.1 Un rôle social72  |  |
| 7.9.2 L'empathie, source de connaissance73  |  |
| 7.9.3 Un élément constitutif de la relation de soin73   |  |
| 7.9.4 Rôle dans la relation de soin73   |  |
| 7.9.4.1 Intérêt pour le patient74   |  |
| 7.9.4.2 Intérêt pour le praticien75   |  |
| 7.9.5 Articles scientifiques tentant de mesurer l'intérêt de l'empathie76   |  |
| 7.9.6 L'empathie, une compétence prisée par les patients77  |  |
| 7.9.7 L'empathie, un atout pour gérer les personnalités difficiles au cabinet78   |  |
| 7.9.7.1 Le patient très bavard78  |  |
| 7.9.7.2 Le patient qui refuse les traitements79   |  |
| 7.9.7.3 Le patient agressif79   |  |
| 7.9.7.4 La demande abusive80  |  |

| 7.9.7.5 Le patient qui se plaint sans cesse   | 81 |
|---|----|
| 7.9.8 Conclusion  | 82 |
| 7.10 Quelles qualités devraient être développées pour être empathique ?                               | 82 |
| 7.11 Risque et difficultés à mener une relation non empathique  | 83 |
| 7.11.1 Manque d'empathie : exemples d'attitudes fréquentes du soignant                                | 84 |
| 7.11.2 Fausse empathie et crainte d'être « embarqué »   | 84 |
| 7.12 Obstacle à la mise en place de l'empathie  | 85 |
| 7.12.1 Les écueils à éviter   | 85 |
| 7.12.2 Le manque de compétence à gérer les vécus émotionnels  | 86 |
| 7.12.3 Défense professionnelle et culture de métier   | 87 |
| 7.12.4 Burnout et empathie ?  | 89 |
| 7.12.4.1 Facteur à prendre en considération   | 90 |
| 7.12.4.1.1 Le facteur social  | 90 |
| 7.12.4.1.2 Le facteur organisationnel   | 92 |
| 7.12.4.1.3 Le facteur interpersonnel  | 92 |
| 7.12.4.2 L'affirmation de soi et le développement des capacités d'emp<br>une solution face au burnout |    |
| 7.13 Les limites de l'empathie  | 93 |
| 7.13.1 Le « biais de l'ici et maintenant »  | 94 |
| 7.13.2 Le « biais des relations de proximité »  | 94 |
| 7.13.3 Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe »                                   | 94 |
| 7.14 Le manque d'empathie   | 95 |
| 7.15 L'excès d'empathie   | 96 |
| 7.16 Y a-t-il des pathologies de l'empathie ?   | 96 |

| 3 <sup>ème</sup> partie : tentative de mesure de l'empathie                 | 97    |
|---|-------|
| 8 Problématique   | 97    |
| 9 L'empathie, quel outil de mesure ?  | 97    |
| 10 Les différentes échelles   | 98    |
| 10.1 Echelles auto évaluatives  | 103   |
| 10.1.1 Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)                 | 103   |
| 10.1.2 L'échelle d'empathie de Hogan  | 104   |
| 10.1.3 L'Interpersonal Reactivity Index (IRI)                               | 104   |
| 10.1.4 L'empathie quotient (EQ)   | 105   |
| 10.1.5 Le Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)                               | 105   |
| 10.1.6 Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)                          | 106   |
| 10.1.7 Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPP | E)106 |
| 10.2 Quelle méthode choisir pour mesurer l'empathie ?                       | 107   |
| 10.2.1 Auto évaluation  | 107   |
| 10.2.2 Evaluation par les pairs   | 107   |
| 10.2.3 Evaluation par un tiers  | 107   |
| 10.2.4 Evaluation par les patients  | 108   |
| 10.3 Intérêts de ces mesures  | 108   |
| 10.4 Justification du choix de la méthode retenue                           | 109   |
| 10.5 Une étude pilote de faisabilité  | 110   |
| 10.5.1 Rappel sur le fonctionnement de l'hôpital                            | 110   |
| 10.5.2 Le passage en clinique : une transition difficile                    | 110   |
| 10.5.3 L'étudiant face aux angoisses des patients : la peur du dentiste     | 110   |
| 10.5.4 Absence de formation adaptée au sein des facultés                    | 111   |
| 10.5.5 Une approche trop technique  | 111   |

|             | 10.5.6 Changement des mentalites au sein de l'Université Rene Descartes  | .112  |
|-------------|--|-------|
|             | 10.5.7 Le projet   | 113   |
|             | 10.5.8 Description de l'échelle  | 113   |
|             | 10.5.9 Raisons du choix de l'échelle CARE                                | 114   |
|             | 10.5.10 Traduction et passation de la version traduite de l'échelle CARE | 114   |
|             | 10.5.11 Comparaison entre la version française et anglaise               | 114   |
|             | 10.5.12 Matériel et méthode  | 117   |
|             | 10.5.12.1 La population étudiée  | .117  |
|             | 10.5.12.2 Présentation du questionnaire                                  | .117  |
|             | 10.5.12.3 Nombre de sujets nécessaires?                                  | .117  |
|             | 10.5.13 Comment interpréter les résultats ?                              | .118  |
|             | 10.5.14 Limites de l'évaluation pilote                                   | 120   |
|             | 10.5.15 Intérêts de futures explorations                                 | .120  |
|             |  |       |
| Conclusion  | 1  | 121   |
|             |  |       |
| Bibliograpl | hie  | 123   |
| Annexes     |  | 130   |
|             |  | + 🗸 🗸 |

#### INTRODUCTION

Au centre des préoccupations scientifiques et sociales, l'empathie interroge la capacité à reconnaître le semblable au-delà du différent. Définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, cette notion suscite un intérêt renouvelé, au carrefour de la philosophie, des neurosciences, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse. [1]

L'empathie est ainsi évoquée dans de nombreuses situations chez l'homme, pour la création d'instruments de transmission de l'émotion ou du sens, pour la reconnaissance et le soulagement de la souffrance de l'autre, la compréhension de ce qui fait communauté sociale pour la transmission des valeurs, l'influence sur les individus ou les collectifs. [1]

Dans notre profession où l'affect est si particulier, les qualités humaines et personnelles sont de plus en plus mises en avant. Les patients ne souhaitent plus seulement ouvrir la bouche et se laisser faire mais veulent de plus en plus comprendre et être écouté. La relation praticien - patient a ainsi évolué et dépasse de nos jours la seule expertise thérapeutique, pour se concevoir dans une approche globale qualitative.

Face aux nouvelles exigences des patients, les praticiens se doivent d'offrir une nouvelle relation de qualité qui prend aussi en compte l'environnement psychologique et émotionnel du patient. Comment mieux s'adapter à des patients hyper anxieux, des patients souffrant d'une maladie chronique, à des patients « traumatisés par des souvenirs de soins algiques » ? Tous ces patients méritent une approche personnalisée, humaniste avant d'être technique.

Cette approche responsable, de la relation praticien – patient, basée sur l'empathie, s'assume de part et d'autre dans un rapport de confiance et de transparence.

Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin signifie une attitude générale et plutôt constante du praticien, caractérisée par une plus grande attention au patient, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité.

Le but de ce travail est de comprendre comment l'empathie, appliquée à la relation de soin confère un avantage dans notre pratique au quotidien ? Quels sont les risques mais aussi les avantages et les enjeux à mener une relation empathique avec les patients ?

Pour tenter d'illustrer ses propos, nous avons mené une étude pilote d'observation au cours de laquelle nous avons tenté d'évaluer les qualités empathiques d'étudiants en odontologie de 4<sup>ème</sup> année perçues et ressenties par leurs patients.

Mais avant de répondre à ces questions, il est nécessaire d'évoquer tout le cheminement du concept d'empathie qui n'a cessé d'évoluer et de se façonner au cours du temps.

## 1ère partie : Généralités sur l'empathie

#### 1 Définition

Empathie (nom féminin, venant du grec ancien « em », dans, à l'intérieur et « pathos », souffrance, ce qui est éprouvé) se définit comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent [2].

Si cette définition paraît fort acceptable, elle n'en cache pas moins une grande complexité sur un concept encore très débattu de nos jours [3]. En langage courant, l'empathie est souvent traduite par l'expression « se mettre à la place de » l'autre.

## 2 Origine conceptuelle

#### 2.1 La philosophie esthétique

Ce concept d'empathie a été inventé en Allemagne par le philosophe Robert Vischer en 1873 dans sa thèse de doctorat « Über das optische Zeitgefühl » (Le sentiment optique de la forme, Contribution à l'esthétique) sous la forme « Einfühlung », qui signifie littéralement ressenti de l'intérieur. Il concerne alors le domaine esthétique et désigne la capacité d'une personne à saisir le sens d'une œuvre d'art [4] + [5].

L'Einfühlung serait ainsi « un mécanisme de la sensibilité esthétique par lequel nous accédons au sens de l'œuvre d'art en nous mettant à la place de l'objet représenté » (Widlöcher, 1999, p. 181) [6]. Dans ce contexte, l'empathie n'est pas considérée comme un mécanisme intersubjectif permettant la compréhension d'autrui. Dans le cadre de la philosophie esthétique, l'empathie est ce processus qui nous permet en tant qu'observateur d'une œuvre d'art de la comprendre par des mécanismes identificatoires, projectifs et représentatifs [7]. Ces trois mécanismes participent ensemble au phénomène empathique.

Mais la véritable origine du concept, comme nous allons le voir dans les paragraphes suivants, soustendue par une vision naturaliste des phénomènes psychologiques, dérive de ce que la philosophie des Lumières écossaise nommait « sympathie ». [8]

#### 2.2 L'Empathie en Philosophie

#### 2.2.1 David Hume

Un siècle avant Vischer, avec l'écossais David Hume (1711 – 1776) et la philosophie du sensualisme britannique, l'empathie devient un concept pour appréhender l'intersubjectivité, notamment par le biais d'un autre phénomène qu'est la « sympathie ». De l'esthétique, le concept d'empathie glisse dans le domaine des rapports intersubjectifs entre les individus. Mais le terme « empathie » (que nous connaissons mais qui n'existe pas encore à l'époque) devient « sympathie ». Les deux terminologies étaient alors considérées comme étant équivalentes.

Hume « pense que nous avons originairement un lien d'ordre affectif ou émotionnel avec autrui, parce qu'il y a une transfusion possible des passions entre les hommes par la sympathie » (Boulanger et Lançon, 2006, p 498) [9]. Dans son Traité de la nature humaine (1740) il considère que les points communs que nous avons avec quelqu'un permettent de sympathiser plus facilement avec lui. De même Hume, parle d'un lien affectif originaire à l'autre, l'idée d'une innéité est présente ; d'une intersubjectivité primaire. C'est parce que nous nous construisons par et à travers autrui que nous pouvons comprendre les états émotionnels d'autrui, c'est parce que nous avons partagé un certain nombre de points communs, que nous pouvons saisir autrui dans sa différence et sa singularité [10].

#### 2.2.2 Adam Smith

Adam Smith (philosophe et économiste britanniques des Lumières et contemporain de Hume) introduit le concept d'empathie dans le domaine moral et social avec la parution en 1759 de son œuvre de philosophie majeur, la « *Théorie des sentiments moraux* » dans lequel il énonce les causes de l'immédiateté et de l'universalité des jugements moraux. Smith s'interroge sur l'origine de la capacité qu'ont les individus de porter des jugements moraux sur les autres mais aussi sur leur propre attitude. Smith commence par affirmer, contre les théories de l'égoïsme et de l'intérêt, le caractère désintéressé de certains de nos jugements [11] : « Aussi égoïste que l'homme puisse être supposé, il y a évidemment certains principes dans sa nature qui le conduisent à s'intéresser à la fortune des autres et qui lui rendent nécessaire leur bonheur, quoiqu'il n'en retire rien d'autre que le plaisir de les voir heureux. ». Selon lui, chacun de nous a en lui-même un « homme intérieur », capable de se placer à distance de ses propres passions et intérêts, afin de se constituer en « observateur impartial » de soi-même, capable de témoigner son approbation ou sa désapprobation morale à l'égard de ses propres actes, et dont nous ne pouvons ignorer le jugement.

Dans la *Théorie des sentiments moraux*, Smith affirme que l'individu partage les sentiments d'autrui par un mécanisme de sympathie (au sens d'empathie, de capacité de comprendre un autre en se mettant en quelque sorte à sa place) [12]. Il étend ce point de vue en évoquant un hypothétique spectateur impartial avec lequel nous serions en permanence en situation de sympathie. Pour Smith, l'homme dans ses actions doit tenir compte du point de vue des spectateurs réels ou du spectateur impartial, dans le cadre d'un double processus de sympathie. D'une part, les spectateurs s'identifient à l'acteur et arrivent à comprendre les motifs de son action; d'autre part, l'acteur s'identifie aux spectateurs qui le contemplent et perçoit leurs sentiments à son égard. Il résulte de ce double

processus de décentrement « un champ de connaissances communes à l'acteur et aux spectateurs qui engendrent l'ensemble du système des règles (dont celles de justice) qui permettent la maîtrise des passions» [13]. Le problème est que ce double décentrement n'est pas facilement accessible à tous.

Ainsi la vie sociale est un spectacle où chacun est acteur et spectateur ; vivre sous le regard d'autrui implique d'être jugé en permanence ; or cette situation ne serait pas soutenable si on n'avait pas un désir de plaire à autrui, qui se traduit par la quête de son approbation. « 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) [14].

A force de vivre sous le regard des autres et de se mettre à leur place, le sujet va constituer sa conscience : « penser par soi-même » et « penser du point de vue d'un autre ».

L'empathie permet donc d'élargir les limites de nos réflexions personnelles, elle est à la base de la relation du vivant, elle permet d'anticiper le comportement d'autrui et donc de l'atteindre.

L'exemple de la proie et du prédateur est évocateur : sans empathie, le prédateur atteindrait sa proie que par chance et inversement sans empathie, la proie échapperait à son prédateur que par chance [15].

Si Hume et Smith ont posé les jalons de l'empathie comme moyen naturel de communication, qui nous permet de partager les sentiments des autres lorsque nous les observons, de ressentir leur peine lorsqu'ils souffrent, leur joie lorsqu'ils réussissent [16], c'est avec Husserl et la phénoménologie que cette théorisation sera affirmé.

#### 2.2.3 Edmund Husserl

Le rapport de la conscience humaine avec celle de l'« autre homme » constitue un aspect important de la phénoménologie husserlienne : comment des consciences individuelles séparées peuvent-elles entrer en une relation intersubjective ? Husserl va faire de la corporéité le fondement de l'empathie. Ce serait par comparaison avec notre propre corporéité que nous pouvons considérer autrui comme semblable, un « analogon » du moi. Je peux remarquer que l'autre voit la même chose que moi, mais différemment. Autrui est un analogon de moi-même non parce qu'il voit les choses comme moi, mais parce qu'il ne voit pas les choses comme moi. C'est parce qu'il a sa propre perspective irréductible à la mienne qu'il est un autre, un autre moi (alter ego) [16]. C'est parce que je reconnais autrui comme un autre que je parviens à le comprendre. On retrouve ici le nécessaire besoin de points communs avec autrui (déjà présent chez Hume) et le rapport étroits avec nos expériences sensorielles (idée présente dans la philosophie esthétique). Comme Vischer, Husserl évoque une empathie passive et active et souligne l'irréductible différence soi/autrui. Car notre connaissance d'autrui n'est pas forcément immédiate, elle est forcément médiatisée [17].

Husserl (1935) a donc pour Boulanger et Lançon (2006) renouvelé la compréhension de l'empathie et anticipé le développement des neurosciences contemporaines en faisant de l'intersubjectivité le point de départ d'une intelligence de l'empathie [9].

Poursuivant son chemin de concept, l'empathie s'est retrouvée utilisée dans le domaine de la psychologie, notamment dans la tradition phénoménologique, qui a contribué à lui donner les

prémices de son acception actuelle. C'est au philosophe Théodore Lipps que l'on doit le transfert du concept d'Einfühlung de l'esthétique à la psychologie [18].

#### 2.3 De l'esthétique à la psychologie

L'usage premier du terme s'est appliqué à l'esthétique où Lipps le définissait comme « le sentiment esthétique qui, devant une œuvre d'art, ne contient pas la conscience d'une effectivité empirique ».

Cette définition suppose un mécanisme projectif à l'oeuvre dans la perception de l'objet. Pour Lipps, l'Einfühlung renvoie au sentiment que l'on peut éprouver vis à vis d'une œuvre d'art où l'on est transporté par ce qu'évoque en nous la scène ou l'objet. Le mécanisme projectif s'exerce pleinement en tant que pendant toute l'opération le contact avec l'objet s'est maintenue.

Examinons ce processus : quelque chose de mon expérience se vit au travers de l'objet, c'est par l'objet que je me suis en quelque sorte objectivé, en tant que sujet. Ce fait est fondamental, il suppose que l'objet représente ce par quoi je fais l'expérience de ma propre existence. Le fait qu'un déterminant de mon propre être, pour reprendre l'expression de Lipps, se soit révélé par l'objet fait de cet objet une partie de moi-même, ou plus exactement qu'une partie de moi-même se soit déplacée dans l'objet : c'est le processus connu sous le nom d'identification projective.

Lipps passera assez facilement de l'esthétique à la psychologie par l'application du même raisonnement, ce qui donnera naissance à sa célèbre théorie de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles dont les temps successifs sont :

- si je perçois chez autrui, dans le temps et le lieu de la rencontre, une mimique donnée, j'ai tendance, de manière naturelle, à la reproduire par mimétisme,
- le fait que je la reproduise provoque en moi un éprouvé émotionnel en rapport avec cette mimique et qui appartient à tout le champ de mon expérience,
- ceci me permet de reconnaître la nature de l'affect ressenti par l'autre, que je lui suppose alors d'avoir. [3]

C'est ainsi que Lipps pense pouvoir accéder à l'expérience d'autrui selon un mécanisme d'identification conditionnée par l'expression.

Ainsi, Théodore Lipps considérait l'empathie comme une participation affective aux sentiments d'autrui : « ... l'affliction, l'angoisse, le désespoir ne se trouvent pas en quelque éther, mais seulement dans l'âme d'un homme ; et cela n'est pas seulement une réalité pour lui mais aussi pour moi. Cela signifie qu'en voyant l'affliction, l'angoisse et le désespoir, je vois un homme qui vit la même chose en lui-même. Je le vois ; cela signifie que je vis en lui. Et avant tout, cela veut dire à son tour qu'il pénètre en mon vécu. » [19]

Tel que le remarque Hervé BOUKHOBZA, est-il utile de préciser que dans ce temps premier de l'expérience il s'agit d'abord d'identifier l'autre à soi avant de pouvoir, ou de vouloir, dans un second temps, s'identifier à l'autre [3].

Ce n'est qu'en 1909 que le psychologue américain Edward Titchener, lecteur de Lipps, traduira l'Einfühlung par *empathy*. Il convient de souligner que Titchener a utilisé le terme « empathie » d'une façon personnelle, strictement entrelacés avec son utilisation méthodologique de l'introspection [19].

Mais c'est Freud, également lecteur de Lipps, qui introduira le concept dans le domaine qu'il a luimême inventé, la psychanalyse.

#### 2.4 L'empathie en psychanalyse

Freud est le premier à avoir employé le terme «Einfühlung » en psychanalyse. Selon lui, l'empathie est le fait de pouvoir se mettre dans la position d'un autre, soit de manière consciente, soit de manière inconsciente. Elle représente un élément essentiel de la relation thérapeutique (Pigman, 1995; Shoughnessy, 1995) mais va être rapidement abandonné dans la théorisation freudienne, l'empathie étant pour lui que la conséquence du processus identificatoire. [20] + [21]. Ainsi le mot « empathie » (qui n'existe pas encore à l'époque) est cité seulement deux fois dans son œuvre. On peut mentionner que dès 1905, Freud a utilisé le concept d'Einfühlung dans « Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient » dans une perspective proche de l'Esthétique. Ce premier emploi dans l'oeuvre freudienne ne serait pas, comme on peut l'entendre aujourd'hui, connoté positivement. « En somme, l'empathie serait, dans ce texte, plutôt une attitude négative envers l'autre : se mettre à sa place pour mieux en rire ou nous sentir supérieurs » (De Urtubey, 2004, p. 859) [22].

La seconde mention d'Einfühlung apparait dans « psychologie des masses et analyse du moi ». Dans une note de bas de page, Freud indique qu' « en partant de l'identification et en suivant une certaine direction, on aboutit à travers l'imitation à l'Einfühlung, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui permet en général d'adopter une attitude déterminée par rapport à une autre vie psychique » (Freud 1920, p65) [23]. Dans le corps du texte, il insiste également sur cette notion : « nous nous trouvons en présence du processus connu en psychologie sous le nom d'Einfühlung (assimilation des sentiments d'autrui) et qui joue un très grand rôle grâce aux possibilités qu'il nous ouvre de pénétrer l'âme de personnes étrangères à notre moi [23].

La prise en compte de ce concept en psychanalyse n'est pas sans créer des débats car il introduit avec lui et repose la question de la place de la subjectivité dans le cadre analytique. En effet, Freud reprend ce terme emprunté à la philosophie et les auteurs s'accordent à évoquer le phénomène de projection qui est associé étroitement à celui de l'identification dans l'empathie, puisque nous ne pouvons prendre la perspective de l'autre qu'en nous référant à nous même. Admettre cela en psychanalyse, c'est remettre en cause le statut neutre et objectif du thérapeute dans la cure, ce dont Freud ne veut pas car il considère la psychanalyse comme relevant du domaine de la science. Il considère que ce qu'il advient lors de la cure, de la part de l'analysant pourrait tout à

fait se révéler dans un autre contexte. Lacan s'oppose lui aussi au concept d'empathie, pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment.

Cependant, si la notion d'empathie ne fait pas l'unanimité, on peut relever chez les auteurs post freudiens anglo-saxons l'apparition de concepts proches de l'empathie (Mélanie Klein avec le concept d'identification projective, Bion avec celui de l'intuition, Winnicott avec celui de la préoccupation maternelle primaire).

Outre-Atlantique, le courant psychanalytique de Self Psychology et Kohut vont faire de l'empathie un des processus majeurs de la cure en remettant ainsi en cause l'objectivité supposée du cadre analytique classique. Ce qui va donner naissance au courant de l'inter subjectivité, qui, au lieu de nier l'implication subjective du psychanalyste dans la cure, va en faire un levier thérapeutique. La principale critique que les opposants au concept d'empathie émettaient est qu'il s'agit d'une identification massive avec le patient or tous les tenants du courant intersubjectif tiennent à souligner cette séparation qui existe avec l'autre et qui perdurera toujours.

Avec, l'introduction du concept d'empathie dans certains courants psychanalytiques, l'empathie n'est plus seulement un mode d'accès à la compréhension d'autrui, mais serait également, ou pas, d'un intérêt thérapeutique non négligeable. [24]

En cela, l'empathie permet au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du patient tout en demeurant émotionnellement indépendant. [25]

Au cours du XXème siècle nombreux sont les théoriciens des sciences humaines qui vont reprendre cette définition pour l'approfondir et la remodeler : Karl Jaspers, Sigmund Freud. Mais c'est à Carl Rogers qu'on peut attribuer la genèse de la définition qui s'approche le plus celle de notre usage courant.

### 2.5 L'empathie au XXème siècle : l'apport de Carl Rogers

Carl Rogers est un psychologue humaniste nord-américain. Il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique, la relation d'aide (counselling) et l'éducation. Sa méthode, l'Approche centrée sur la personne (ACP), met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement). C'est une élaboration de ce qu'il a d'abord appelé la non directivité, également connue aujourd'hui sous le terme de Counseling rogerien. Selon Rogers, les trois attitudes fondamentales du psychothérapeute (ou de l'aidant) sont l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel.

Dans l'approche rogérienne, le psychothérapeute ou le psychopraticien se doit d'être un exemple de congruence ou d'authenticité pour son « client » afin de signifier au « client » qu'il est, lui aussi, une personne et non pas un expert ou un conseiller. Il y a congruence lorsqu'il y a correspondance exacte entre l'expérience, la prise de conscience et l'expression de soi, lorsqu'il existe en fait une cohérence dans l'expression de la personne, entre ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense et comment elle agit. L'empathie (ou verbalisation) s'exprime par des messages verbaux et non verbaux. Les messages verbaux consistent en la répétition ou la reformulation des éléments-clés d'une problématique

exprimée par un patient (c'est-à-dire davantage que le seul langage phatique). Le thérapeute est capable de comprendre une situation non pas depuis son propre cadre de référence, mais depuis celui de son patient.

Faire preuve d'empathie selon lui, c'est être capable de saisir les schémas internes et les composantes émotionnelles de quelqu'un d'autre et de les comprendre comme si l'on était cette autre personne [4].

Il fait le lien entre l'empathie et la tâche du thérapeute en disant que si nous pouvions ressentir toutes les émotions de l'autre, nous pourrions comprendre et prédire son comportement futur, ce qui est impossible. En revanche, ce qui est possible c'est d'appréhender jusqu'à un certain point, le cadre de référence intime du patient sans s'y perdre.

Il parle de mécanisme de résonance de l'empathie, clef de la relation thérapeutique, méthode centrale de l'analyse [26].

De par les mécanismes qu'elle met en œuvre tels que décrits par Rogers, l'empathie semble proche de la sympathie, de la compassion ou encore de la contagion émotionnelle. Or, il n'en est rien.

# 3 Différence entre empathie / sympathie / compassion / contagion émotionnelle

#### 3.1 La sympathie

#### 3.1.1 Définition

L'idée de sympathie est celle de participation, lien, concordance, communication. D'où différents sens, selon qu'on parle de la sympathie entre choses ou de la sympathie entre personnes. Comme le définit le Larousse :

- Penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne : ressentir une vive sympathie pour quelqu'un.
- Participation à la joie, à la peine d'autrui : recevoir des témoignages de sympathie à l'occasion d'un décès.
- Bienveillance, disposition favorable envers quelque chose : on voit très bien où vont ses sympathies.

Au premier abord, la sympathie semble s'apparenter à une affinité, ou à une sorte d'harmonie, éprouvée par un être envers un autre. Elle paraît directement liée aux particularités de chacun, car tout le monde ne l'inspire pas à tout le monde [27]

#### 3.1.2 Étymologie

Le mot est dérivé de la langue grecque συμπάθεια (*sympatheia*), du grec ancien σύν (*sýn*) qui signifie *ensemble* et de πάθος (pathos), souffrance : "ce qu'on éprouve avec autrui".

#### 3.1.3 La sympathie en psychologie

La sympathie c'est partager les émotions avec autrui. Ainsi, l'essence de la sympathie est la préoccupation forte qu'on ressent pour autrui. La sympathie existe lorsque les sentiments ou émotions d'une personne sont profondément compris et appréciés par une autre personne. Il s'agirait alors de faire sien le ressenti de l'autre, de sentir ce qu'il sent, et pour ainsi dire, de ne pas le laisser seul ni avec sa peine ni avec sa joie, ni avec son plaisir ni avec sa douleur. Un premier décalage significatif apparaît alors avec le sens superficiel et courant du terme : le sympathique ne s'apparente plus au plaisant, car être ou entrer en sympathie avec quelqu'un, c'est ressentir aussi (voire surtout?) ses peines et ses douleurs. Et, second décalage prolongeant aussitôt le premier, ce qui est sympathique, ce n'est plus la personne elle-même, mais plutôt le lien que l'on instaure avec elle [27].

#### 3.1.4 Différence avec l'empathie

L'état psychologique de la sympathie est étroitement lié à celui de la compassion, de l'empathie [28]. D'ailleurs, les deux termes sont souvent utilisés indifféremment dans le langage courant. Néanmoins la différence essentielle entre les deux phénomènes tient, selon Wispé (1986), aux fins poursuivies [29]. La sympathie, comme son étymologie l'indique, suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partagions sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet. L'empathie en revanche est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement de liens affectifs. L'empathie peut certes nourrir la sympathie, mais cette dernière n'est pas une conséquence nécessaire de la première. L'empathie peut fort bien se passer de motifs altruistes. Comprendre en se mettant à la place d'autrui le chagrin qu'il éprouve n'implique pas qu'on le partage ou qu'on cherche à l'alléger [30]. Comme le souligne Wispé : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui. » (1986 : 318) [29].

#### 3.2 La compassion

#### 3.2.1 Définition

Sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui ; pitié, commisération. [31]

#### 3.2.2 Exemple

« Vous êtes au cinéma en train de regarder un chef-d'œuvre du septième art. Catastrophe, le mari de l'héroïne décède prématurément et la scène de l'enterrement est poignante. Sans prévenir, une larme coule de vos yeux habituellement secs. Pourtant, vous n'avez pas perdu votre mari ... Mais vous pensez soudain que cela pourrait arriver et alors comment le supporter ? Quelle horreur ! Toutes sortes d'émotions vous envahissent : stress, panique, tristesse. Vous vous êtes mis à la place de la veuve éplorée, et vous avez souffert avec elle. Vous avez fait preuve de compassion » [32].

#### 3.2.3 Étymologie

Du latin : cum patior, « je souffre avec » et du grec συμ πάθεια , sym patheia, sympathie"

#### 3.2.4 La compassion en psychologie

La compassion consiste en une attitude qui nous porte à être sensible à la souffrance de quelqu'un. Devant la douleur d'autrui, nous vivons alors différentes émotions. Il peut s'agir de tristesse, de colère, de révolte... toutes suscitées par ce que nous observons chez la personne qui pâtit.

Dans la compassion le mal qui me fait mal n'est pas le mal que j'éprouve moi-même, mais celui qui frappe un autre homme en qui je me reconnais comme pouvant être atteint à mon tour. Je me mets mentalement à sa place [33].

La compassion est une prédisposition à la perception et la reconnaissance de la douleur d'autrui, entraînant une réaction de solidarité active, ou seulement émotionnelle. Il s'agit donc d'une variante d'empathie axée sur la douleur.

#### 3.2.5 Différence avec l'empathie

L'empathie est une attitude qui rend capable de saisir ce qu'une personne vit émotionnellement, tel qu'elle le vit. C'est en quelque sorte la capacité de se mettre à sa place pour la comprendre "de l'intérieur".

Lorsque nous sommes empathiques, nous choisissons volontairement d'essayer de voir et de

ressentir la situation comme l'autre; nous adoptons volontairement son point de vue, incluant les réactions émotives qui en font partie. Mais nous restons toujours conscients qu'il s'agit de l'expérience de l'autre (ce qui n'est pas le cas dans l'identification). Contrairement à ce qui se passe dans la compassion, dans l'empathie nous ne sommes pas nécessairement touchés (même si nous pouvons l'être).

Pour être capable de compassion, il faut savoir être empathique. C'est en effet parce que nous saisissons ce que vit l'autre que nous sommes amenés à être touchés. Si nous n'en avions aucune représentation, il nous serait impossible d'être émus [34].

# 3.3 Tableau récapitulatif : Différence entre l'empathie et la sympathie et la compassion

|            | Objectif  | Manière   | Implication<br>émotionnelle   | Conséquences<br>probables  |
|------------|---|---|---|--|
| Empathie   | La compréhension<br>de l'interlocuteur.<br>Qu'il s'agisse de<br>choses positives<br>comme de choses<br>négatives.   | Se mettre à la place<br>de l'autre tout en<br>gardant à l'esprit<br>que l'on n'est pas<br>l'autre (pas de<br>projection).   | idéalement ;<br>aucune !<br>Neutralité.   | L'optimisation de la<br>communication, par<br>la prise en considé-<br>ration de ce qui est<br>exprimé par l'autre.<br>La qualité de<br>l'accueil de l'autre. |
| Sympathie  | Le bien-être de son interlocuteur. Sa séduction pour un retour de sentiment positif. Créer des sentiments positifs. | Sourire, compli-<br>ments, invitation à<br>faire « avec », à<br>partager.<br>Créer un climat de<br>confiance et un<br>esprit d'équipe<br>avec son<br>interlocuteur. | Emotions positives<br>chez l'interlocuteur<br>éveillées par celui<br>qui est<br>sympathique.                        | Création de<br>sentiments d'a-<br>mour ou d'amitié<br>réciproques.<br>Un meilleur esprit<br>d'équipe.<br>Risques :<br>- hypocrisie<br>- manipulation         |
| Compassion | La consolation de la<br>souffrance de son<br>interlocuteur.<br>Vivre des senti-<br>ments négatifs.                  | Se confondre avec<br>l'interlocuteur pour<br>vivre les mêmes<br>émotions négatives<br>que lui.  | Emotions négatives<br>véhiculées par celui<br>qui souffre et<br>vécues comme tel-<br>les par celui qui<br>compatit. | Un lien confidentiel<br>très fort. Risques<br>ultérieurs:<br>- dépendance<br>psychologique;<br>- abus de faiblesse.  |

C Diane Dechievre, 2006

Figure 1 : Tableau récapitulatif : Différence entre l'empathie et la sympathie et la compassion

#### 3.4 La contagion émotionnelle

#### 3.4.1 Définition

La contagion émotionnelle ou contagion affective est le transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice.

Différents facteurs influent sur l'intensité de celle-ci, dont principalement :

- · L'intensité avec laquelle les émotions sont exprimées.
- · L'attention et l'importance accordées par le récepteur [35]

#### 3.4.2 Exemple

Nous pouvons sourire en voyant quelqu'un nous sourire ou être affecté par la tristesse en voyant quelqu'un pleurer. Cela se nomme des phénomènes de contagion émotionnelle et ils constitueraient une méthode d'accordage affectif au service de la connaissance des affects d'autrui [36].

#### 3.4.3 Différence avec l'empathie

Elle doit être distinguée de la sympathie et de l'empathie. La contagion émotionnelle est une composante de l'empathie. Dans ce cas, c'est se laisser envahir et reproduire, à l'identique, des émotions sans mesures, qui ne sont pas les vôtres mais celles d'autrui. Intentions et ressentis se confondent. Cette contagion nous empêche de mettre de l'ordre dans nos émotions. C'est un processus inconscient qui est à double tranchant car s'il peut favoriser la cohésion dans une équipe par exemple, dans des situations de joie et d'enthousiasme pour constituer un cercle vertueux, il peut aussi avoir l'effet inverse et générer des cercles vicieux. Dans les deux cas, cette contagion pourra avoir des effets sur la performance de l'équipe.

L'empathie se différencie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne éprouve le même état affectif qu'une autre sans conserver la distance qu'on observe dans l'empathie [37].

L'empathie est définie aujourd'hui dans les sciences humaines comme une aptitude intellectuelle à comprendre l'autre mais elle exclue les sentiments personnels. Donc, je suis capable de me représenter la tristesse lorsque je vois quelqu'un qui en souffre mais je ne ressens pas pour autant forcément la même émotion que lui. Je ne me sens pas plus proche de lui d'un point de vue affectif et cette compréhension de son émotion ne fait pas naître chez moi de sentiment particulier ou même une envie d'agir. L'empathie est simplement la capacité de percevoir les états mentaux de l'autre, elle n'est pas la tendance à s'en préoccuper [4].

### 4 Origine fondamentale

Nombres d'auteurs s'interrogent sur les bases de l'empathie. Est-elle innée ou acquise chez les individus ? Peut-on la développer ou est-elle strictement figée? [38]

#### 4.1 Les composantes neurologiques à l'origine de l'empathie

Ce sont les connaissances scientifiques, et notamment neurologiques, qui nous permettent le mieux de savoir ce qu'est en lui-même le processus empathique et quelles en sont les origines.

#### 4.1.1 Un phénomène inné

Les attitudes d'empathie semblent remonter à la prime enfance, et tous les spécialistes dans le domaine ont abouti à la conclusion que l'empathie était innée [38]. « Les psychologues de l'enfance ont découvert que les bébés souffrent par empathie avant même d'être pleinement conscients qu'ils existent indépendamment des autres. Quelques mois seulement après leur naissance, ils réagissent au trouble ressenti par leurs proches comme s'ils l'éprouvaient eux-mêmes et fondent en larmes, par exemple, quand ils entendent un autre enfant pleurer. » [39]

#### 4.1.2 Trois éléments déterminants

Même si une partie du phénomène reste inexpliquée, nous savons aujourd'hui que tout individu est capable d'empathie, de par la structure même de son cerveau d'une part, et par l'universalité des émotions humaines d'autre part.

- Le circuit amygdale/cortex et le traitement de l'information: les scientifiques ont établi que les mécanismes de traitement de l'information émotionnelle sous-tendus par un ensemble de circuits neuronaux spécifiques, notamment des connexions entre l'amygdale centre de contrôle des émotions et siège de la mémoire affective et le cortex, sont à l'origine des processus liés à l'empathie.
- <u>Une résonance motrice</u>: parallèlement à ce traitement de l'information, une résonance motrice (ou « mimétisme moteur ») semble être à l'origine du phénomène empathique. Au cours de recherches effectuées par le psychologue Martin L. Hoffman, il a été constaté qu'« un enfant demanda à sa propre mère de consoler un petit camarade en pleurs, alors que la mère de celui-ci se trouvait aussi dans la pièce (...) En voyant sa mère pleurer, un bébé s'essuya les yeux alors qu'il ne pleurait pas (...) Si par exemple, un autre bébé se fait mal aux doigts, l'enfant se mettra les doigts dans la bouche pour voir s'il a mal lui aussi. ». D'après

- Titchener, « l'empathie dériverait d'une sorte d'imitation physique de l'affliction d'autrui, imitation qui suscite ensuite les mêmes sentiments en soi ».
- <u>Un codage commun et la capacité à percevoir la subjectivité d'autrui</u>: enfin, d'après les progrès des neurosciences, la capacité à se représenter les émotions d'autrui et à le comprendre proviendrait d'un codage commun existant au niveau du cerveau entre, ce que l'on ressent si on a l'intention de mener une action, et ce que l'on perçoit des conséquences de la même action menée par un tiers. « ... un même réseau neuronal s'active lorsque nous avons l'intention d'agir, lorsque nous pensons agir et lorsque nous regardons d'autres personnes agir... » « Dans ce modèle, la perception des conséquences d'une action exécutée par une personne active dans le cerveau d'un observateur a une représentation similaire à celle qu'il aurait lui-même formée s'il avait eu l'intention de l'exécuter. »

Ce code commun est donc à l'origine des représentations partagées, dont le rôle semble essentiel dans le phénomène empathique, puisqu'elles permettent, dans la mesure où il n'est pas nécessaire d'avoir vécu un événement ou commis une action pour en connaître les conséquences, d'expliquer pourquoi ce qui touche autrui peut également nous toucher nous-mêmes [38].

#### 4.2 Avancées grâce aux techniques d'imagerie modernes

Depuis une vingtaine d'années, les neurosciences, grâce notamment aux progrès de l'imagerie cérébrale, ont connu un essor sans précédent et permis de faire un nombre conséquent de découvertes fondamentales pour la compréhension du fonctionnement du cerveau [3].

En effet, grâce à la technique de l'Imagerie par Résonance Magnétique, les scientifiques ont démontré que, lorsqu'on présente à des personnes des images de quelqu'un confronté à la douleur, un tiers des personnes ressentent une douleur au même endroit de leur corps, et que deux tiers sont perturbées sans ressentir elles-mêmes la souffrance. Il apparaît donc que nous sommes prédisposés à ressentir certaines émotions touchant les autres, de façon à nous prémunir contre les actions dangereuses. Ainsi quand je vois que quelqu'un a mal, je comprends qu'il a mal, je retiens la situation dans laquelle il a souffert et si elle se présente à moi, je ferais attention.

Autrement dit, chacun est capable d'éprouver des émotions en miroir de celles ressenties par autrui grâce à l'action des neurones miroir, qui fonctionnent aussi pour le dégout, le toucher, la peur...

#### 4.3 Les Neurones Miroirs

C'est le chercheur Giacomo Rizzolatti, directeur du département de neurosciences de la faculté de médecine de Parme, a baptisé « neurones miroirs » ceux qui sont responsables du mimétisme sympathique.

Ces neurones ont des propriétés tout à fait étonnantes et ouvrent des perspectives fascinantes sur notre compréhension de la nature et de la qualité de nos échanges [3].

Ces circuits neuronaux, localisés dans l'aire de Broca et de Wernické (aires dévolues au langage) et nous font adopter l'expression de l'émotion de l'autre, ou par identification, ressentir des sentiments de même nature ou de nature considérée comme similaire.

Ils consistent en ce que, par exemple, lorsque que j'effectue un mouvement, ces neurones déchargent, me donnant la sensation corporelle d'avoir effectué ce mouvement. Mais il y a plus. Si j'observe quelqu'un faire ce mouvement, ces neurones déchargent à l'identique, comme si j'avais fait ce mouvement moi-même. Ces neurones sont également en jeu dans les expressions de l'affect, comme cela a par exemple été démontré pour le dégoût qui emprunte la voie de l'insula (chaque affect étant pris dans une boucle neuronale spécifique, tout en empruntant des structures cérébrales souvent identiques) [3].

## **4.4 Les Neurones Canoniques**

Une nouvelle catégorie de neurones vient également d'être découverte. Ils ont été baptisés neurones canoniques. Leur action est anticipatrice, c'est-à-dire que si je perçois un objet ils anticipent et réalisent virtuellement telle ou telle action que je serai censé effectuer vis-à-vis de cet objet, comme par exemple le saisir. Cela concerne aussi bien entendu nos actions vis-à-vis d'autrui.

Couplés aux neurones miroirs ils nous dotent de possibilités tout à fait extraordinaires pour deviner, anticiper les intentions d'autrui et lui communiquer les nôtres, ce que Trevarthen appelle nos motivations.

Les conséquences de ces découvertes sont nombreuses. Elles permettent notamment de mieux préciser ce qu'est l'empathie [3].

## 4.5 Deux catégories d'empathie : l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive

L'empathie humaine repose sur la capacité de partager des émotions ainsi que la capacité de comprendre les pensées de l'autre, désirs et des sentiments. Une découverte récente souligne deux systèmes distincts qui régissent l'empathie : un système qui sous-tend la part émotionnelle de l'empathie et un système qui sous-tend la compréhension cognitive.

L'empathie est un vaste concept qui renvoie aux réactions cognitives et émotionnelles d'un individu qu'il éprouve en réaction à l'observation d'expériences vécues par un autre [40].

Comme le montre la figure 2, l'empathie émotionnelle peut impliquer plusieurs processus sousjacents étroitement liés entre eux : la contagion émotionnelle, la reconnaissance de l'émotion et la douleur partagée.

En revanche, comme le montre la figure deux, l'empathie cognitive est décrite comme la capacité de

s'engager dans un processus cognitif adoptant le point de vue psychologique de l'autre (Frith and Singer 2008). [41]

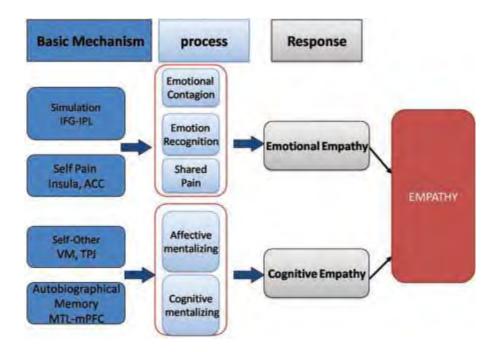


Figure 2. Les éléments qui participent à l'empathie émotionnelle et cognitive. Chaque élément est associé à des fonctions distinctes qui composent la réponse empathique.

Bien qu'il soit probable que la réponse empathique soit modulée par plusieurs neurotransmetteurs et neuro-modulateurs, une étude récente a mis en évidence que l'administration intranasale d'ocytocine augmentait l'empathie émotionnelle, mais pas l'empathie cognitive (Hurlemann et autres 2010) [42]. Ce qui suggère que le système ocytocinénergique peut moduler l'empathie émotionnelle mais pas l'empathie cognitive.

Par contre, il a été récemment suggéré que le système dopaminergique est associé à des aspects cognitifs de l'empathie chez les élèves d'âge préscolaire (Lackner et autres 2010) [43].

Cela suggère que bien que les systèmes puissent travailler ensembles, ils peuvent être séparés du point du vue comportemental et neurologique.

## 4.6 L'empathie émotionnelle

C'est une réaction généralement automatique et non intentionnelle. Lorsque nous voyons quelqu'un souffrir, nous sommes nous-mêmes affectés, nous éprouvons généralement un ressenti désagréable. Ce peut être le cas par exemple, lorsque l'on observe à la télévision un sportif qui exprime sa douleur après s'être tordu la cheville. L'empathie émotionnelle se manifeste très précocement puisque, dès les premières heures suivant leur naissance, les bébés réagissent à la détresse de congénères, en

pleurant. Les psychopathes (aujourd'hui appelés « personnalités antisociales ») présentent un important manque d'empathie émotionnelle ; il leur est très difficile de ressentir l'état émotionnel d'autrui, tout particulièrement la tristesse et la peur [44].

Pour reprendre l'exemple du dégoût qui a été bien étudié, le fait que j'observe chez autrui une mimique de dégoût peut déclencher en moi la nausée et aller même jusqu'au vomissement, la mise en jeu des neurones miroirs déclenchant en cascade l'activation des aires viscéro et sensitivomotrices [3].

Plus précisément, un réseau comprenant le cortex cingulaire antérieur (CCA) et l'insula a été identifié répondant à la fois à la douleur ressenti et la douleur observée (Decety et Echols 2010) [45]. L'activation de zones dans le CCA et l'insula est également à associer à la sévérité des douleurs ressenties par les participants d'une étude se basant sur des expressions faciales de la douleur (Saarela et autres 2007) [46].

Cela indique que l'empathie ressentie, lorsqu'on regarde des gens qui souffrent, est associée à une activité hémodynamique dans le cerveau qui est similaire à l'activité qui se produit quand les gens ressentent eux même de la douleur.

## 4.7 L'empathie cognitive

Il s'agit de la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui. Quand je suis en empathie avec quelqu'un, j'adopte en imagination un état mental censé correspondre à l'émotion éprouvée réellement par la personne. Autrement dit, j'éprouve une émotion supposée identique ou fortement semblable à celle de la personne à titre de résultat causal d'adoption de son point de vue. Toutefois ce processus est tel qu'une différence, en termes d'expérience mentale, est maintenue entre elle et moi. En cela, l'empathie cognitive se distingue de l'empathie émotionnelle [47].

Les psychanalystes parlent de « mentalisation » et les cognitivistes de « théorie de l'esprit ». Cette aptitude se révèle très tôt chez les enfants. Les bébés parviennent rapidement non seulement à imiter mais aussi à percevoir les intentions d'autrui [44].

## 4.8 « Theory of mind » : la théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit (ToM) peut être définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, imaginer ses pensées, ses sentiments (Baron -Cohen 2009).

Tom, également connu sous le nom de « mentalisation », permet d'extraire et de comprendre les perspectives et buts de l'autre en s'appuyant sur la capacité de comprendre les pensées, les intentions, les émotions et les croyances de l'autre et prédire leur comportement (Amodio and Frith 2006) [48].

Cette « mentalisation » comprend plusieurs processus distincts qui répondent à différentes exigences cognitives, des études récentes ont identifié un ensemble de régions du cerveau impliquées dans la ToM : le cortex préfrontal médian (CPFm), le sillon temporal supérieur (STS), la

jonction entre les pôles temporaux (TPJ), et les pôles temporaux (TP; Frith et Chanteur 2008; Van Overwalle et Baetens 2009) [49].

### 4.9 Des interactions possibles entre les deux systèmes empathiques

Selon le modèle proposé (Figure 2), dans des circonstances normales, chaque interaction avec un protagoniste peut déclencher indépendamment à la fois une réponse émotionnelle (empathie émotionnelle) et une évaluation cognitive de son état d'esprit (empathie cognitive).

Bien que deux composantes émotionnelles et cognitives d'empathie puissent fonctionner en partie de façon autonome, il est probable que chaque réponse empathique évoquera deux composantes dans une certaine mesure, en fonction du contexte social. Les émotions des protagonistes sont partagées, activant des zones cérébrales impliquées dans la simulation et la mise en miroir. De façon indépendante, la capacité de déduire avec précision, les perspectives des autres et d'imaginer son état d'esprit, est également activée.

En effet, bien que ces deux systèmes fonctionnent indépendamment, il est possible qu'ils interagissent parce que le système des neurones miroirs semble être un système de base. De plus, il peut être émis l'hypothèse que l'activation de ce système est une condition préalable à la l'élaboration de la ToM [40].

#### 4.10 Conclusion

Le regroupement des données provenant d'études de neuro-imagerie montre qu'un réseau de neurones qui comprend le gyrus frontal inférieur et le lobe pariétal inférieur est nécessaire pour la reconnaissance de l'émotion et la contagion émotionnelle.

D'autre part, l'implication du cortex préfrontal ventro-médian, de la jonction temporo-pariétale, et du lobe temporal médian dans l'autoréflexion et la mémoire autobiographique place ces régions clés comme nécessaire pour l'empathie cognitive.

La dissociation entre ces systèmes est soutenue par des expériences récentes neurochimiques impliquant l'administration d'ocytocine ainsi que par des études éthologiques et psychiatriques. Enfin, bien que les systèmes émotionnels et cognitifs semblent travailler de façon autonome, chaque réponse empathique peut provenir étroitement des deux systèmes, en fonction du contexte social. [40]

Toutes ces avancées neurologiques, aussi séduisantes soient-elles, ne suffisent pas à caractériser complètement l'empathie. Nous dirons seulement que ce sont les bases neurales qui président à ce que l'empathie puisse avoir lieu et c'est déjà remarquable, car elles lui donnent une assise neurobiologique qu'on méconnaissait jusqu'alors. [3]

## 5 Les différentes étapes de l'empathie

## 5.1 La pyramide de Tisseron

L'empathie peut en effet être représentée sous la forme d'une pyramide constituée de trois étages superposés, correspondant à des relations de plus en plus riches, partagées avec un nombre de plus en plus réduit de gens (Tisseron S., 2010) [50].

#### **5.1.1** Le premier étage : l'empathie directe (ou unilatérale)

Elle correspond à ce qu'on appelle plus couramment identification. On pourrait aussi l'appeler « identifiction », dans la mesure où personne ne peut vraiment se mettre à la place d'autrui. On peut donc la définir plutôt comme la capacité de changer de point de vue sans s'y perdre. Ses bases sont neurophysiologiques et elle est toujours assurée, sauf difficultés liées à l'existence de troubles envahissants du développement (autisme).

Elle a deux composantes car elle consiste à la fois à comprendre le point de vue de l'autre (c'est l'empathie cognitive) et ce qu'il ressent (c'est l'empathie émotionnelle).

L'empathie apparaît chez le bébé dès la deuxième année, aussitôt qu'il est capable de faire la distinction entre l'autre et lui. Certains auteurs placent cette distinction vers le premier mois (Stern D., 1989). [Stern D., (1989) [51].

Les animaux aussi en sont capables (De Waal F.) [52], mais l'être humain se caractérise par une exceptionnelle capacité de faire servir ses capacités d'empathie à ses intérêts personnels. La compréhension émotionnelle et cognitive qu'il a de l'autre est alors utilisée pour le manipuler, voire l'éliminer.

#### 5.1.2 Le second étage : l'empathie réciproque

C'est le fait de traiter autrui comme soi. A la différence de l'empathie directe, ses bases sont éthiques. Elle fonde la réciprocité. Non seulement je m'identifie à l'autre, mais je lui accorde le droit de s'identifier à moi, autrement dit de se mettre à ma place et, ainsi, d'avoir accès à ma réalité psychique, de comprendre ce que je comprends et de ressentir ce que je ressens.

Elle concerne la qualité émotionnelle de la relation. Nous percevons les autres hommes comme pourvus de sensibilité au même titre que nous et non pas comme de simples choses. Toute relation qui implique cette dimension de la reconnaissance « ne construit pas fictivement son objet, mais le saisit dans tous les aspects de sa particularité concrète » (Honneth A. 1998) [53].

Cette reconnaissance mutuelle a trois facettes:

- reconnaître à l'autre la possibilité de s'estimer lui-même comme je le fais pour moi (c'est la composante du narcissisme)
- lui reconnaître la possibilité d'aimer et d'être aimé (c'est la composante des relations d'objet)
- lui reconnaître la qualité de sujet du droit (c'est la composante de la relation au groupe)

Le regard et les échanges mimiques et gestuels y jouent un rôle essentiel.

#### 5.1.3 Le troisième étage : l'intersubjectivité

Elle consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des aspects de moi-même que j'ignore. C'est ce que je nomme l'« empathie extimisante », pour la rapprocher de la notion d'extimité (Tisseron, 2001) [54]. Celle-ci, rappelons-le, consiste à proposer à un public plus ou moins large certains fragments de soi jusque-là protégés du regard d'autrui (et donc gardés intimes) pour en faire reconnaître la valeur et les valider. Ce désir de validation par le regard d'autrui trouve son origine au début de la vie lorsque le bébé cherche une approbation de lui-même dans les yeux de sa mère. Il nous accompagne ensuite tout au long de la vie, et il trouve aujourd'hui dans les nouvelles technologies un support privilégié d'expression et de mise en scène (Tisseron S., 2008) [55]. Dans tous les cas, il suppose que je reconnaisse à autrui le pouvoir de m'informer utilement sur des aspects de moi-même encore inconnus de moi. Il ne s'agit plus seulement de s'identifier à l'autre, ni même de reconnaître à l'autre la capacité de s'identifier à soi en acceptant de lui ouvrir ses territoires intérieurs, mais de se découvrir à travers lui différent de ce que l'on croyait être et de se laisser transformer par cette découverte.

L'empathie est donc bien plus qu'un partage des vécus. La façon dont chacun éprouve ce que l'autre ressent n'en constitue que le premier étage. Dans sa forme complète, elle fait intervenir non seulement les sentiments éprouvés « pour » l'autre et « avec » lui, mais aussi la conviction partagée d'une complémentarité. L'empathie complète est autant intimité que réserve, abandon que discrétion.

## 5.1.4 Schémas récapitulatif de la pyramide de Tisseron

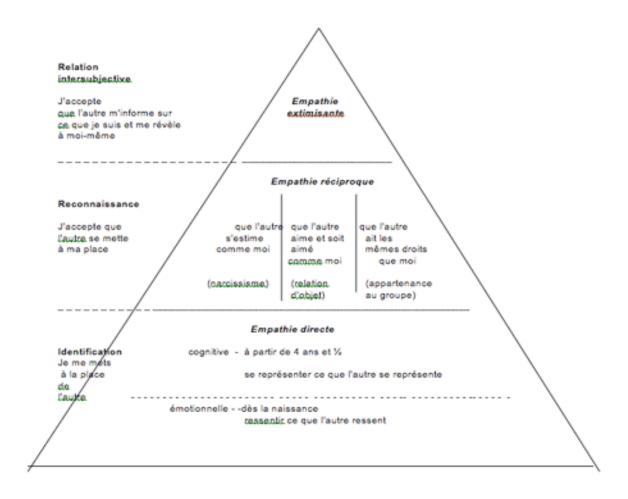


Figure 3 : La pyramide de Tisseron. S, les 3 étages de l'empathie

# 2<sup>ème</sup> partie - La relation praticien-patient : introduction du concept d'empathie

## 6 La relation patient-praticien

#### 6.1 Définition

La relation praticien-patient est incluse dans la notion plus vaste de soignant soigné.

Elle est fondée sur une relation d'attente et d'espérance mutuelle nécessitant une construction, un déroulement et une fin. La consultation en odontologie doit permettre d'accéder à chacune de ces étapes, par la mise en œuvre des compétences en consultation. [56]

### 6.2 Quelles sont les caractéristiques de cette relation?

- La relation praticien patient est profondément inégalitaire et asymétrique puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue.
- La relation praticien patient est l'objet d'attente et d'espérance mutuelle : le patient attend la guérison et la réhabilitation et le praticien, la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- La relation praticien patient a pour lieu d'échange le corps avant tout, mais la parole a aussi sa place [56].

#### 6.3 Évolution de cette relation

Il existe plusieurs types de relation patient-praticien [57].

#### 6.3.1 Le modèle paternaliste

La relation praticien-patient a traditionnellement suivi ce que l'on pourrait nommer le « modèle paternaliste » ; Cette conception paternaliste de la médecine tire son origine de la pratique médicinale grecque hippocratique : « La décision est prise par le médecin selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non malfaisance (primum non nocere, deinde curare). Dans ce modèle, le praticien est persuadé de savoir et d'être objectif. Il se

voit comme le gardien de l'intérêt du patient (Llorca, 2006, p. 330) [58].

Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance. Le principe de bienfaisance pourrait être explicité comme étant :

- 1. le devoir de ne pas nuire;
- 2. le devoir de prévenir le mal ou la souffrance ;
- 3. le devoir de supprimer le mal ou la souffrance ;
- 4. le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien (*Parizeau*, 1993) [59]

Le patient est perçu dans le modèle paternaliste comme n'étant plus une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie. Le praticien se positionne comme étant celui qui a le savoir. Il est un expert et, pour sa part, le patient est dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du praticien et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de praticien [60].

Elle est donc inégale car le patient est en position basse, il souffre et demande de l'aide, alors que le praticien est en position haute, il peut aider grâce à son savoir et son savoir-faire [61].

Selon Balint [62], la relation soignant-soigné est une relation paradoxale dans laquelle coexistent deux niveaux différents :

- Le niveau objectif où le praticien examine, palpe, questionne sur les symptômes et administre un traitement.
- Le niveau intersubjectif de la relation affective mutuelle entre le soignant et le soigné, plus ou moins calqué sur la relation mère-enfant.

Ces deux niveaux sont importants et ne supportent pas d'être négligés. Le praticien qui fait une injection doit se concentrer sur l'endroit où il va piquer, et il ne peut pas penser à la souffrance qu'il risque d'infliger; le patient est objectivé, réduit à l'organe piqué.

Puis, dès que l'injection est faite, le praticien doit se souvenir que le patient n'est pas qu'un organe, il le subjectivise et l'interroge alors sur sa douleur et le réconforte.

C'est pourquoi, technique et psychologie doivent avoir une place entière dans la relation soignante, quelle que soit la discipline.

Ce type de modèle est en général accepté pour les maladies aiguës.

#### 6.3.2 Le modèle informatif

À l'inverse, dans une relation consumériste (modèle informatif), c'est le patient qui décide de ce qu'il souhaite en matière de santé, le praticien n'ayant qu'un rôle d'exécutant [57] + [63]. Le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients mais c'est le patient qui prend sa décision.

| Modèle     | Paternaliste                                   | Informatif                    |
|------------|--|-------------------------------|
| Synonymes  | Praticien décideur                             | Patient décideur              |
| Principes  | Bienveillance                                  | Autonomie                     |
| Culture    | Latine   | Anglo-Saxonne                 |
| Fondements | Droit commun                                   | Common Law                    |
| Avantages  | Protection / Souffrance physique et psychique  | Liberté / Décision            |
|            | Réduction anxiété                              | Choix de vie                  |
| Risques    | Pouvoir médical                                | Indifférence                  |
|            | Fausse idée de la toute-puissance du praticien | Irresponsabilité du Praticien |

Figure 4 : Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif

#### 6.3.3 L'approche centrée sur la personne

Entre ces deux types, la relation dite «interprétative» permet au praticien d'explorer et de clarifier les attentes et préférences du patient, en jouant un rôle de conseiller, invitant au dialogue à tout moment de la consultation. Le type interprétatif part du postulat que les attentes et préférences du patient ne sont pas forcément claires pour celui-ci, et que le praticien peut aider à les formuler [57] + [63].

## 6.4 Les risques de l'approche techniciste

En effet, la relation avec le patient est souvent pleine d'imprévus, au point que bien des praticiens se réfugient dans une approche technique de leur exercice. Stressés et déstabilisés par des craintes irrationnelles qu'ils ne peuvent anticiper en raison d'une formation essentiellement scientifique, ils passent à côté de nombreuses demandes de soins.

Celles-ci restent informulées ou sont exprimées indirectement, ce qui rend leur interprétation difficile. Face à ces "bugs" relationnels qui empêchent d'envisager des soins pourtant nécessaires, la tentation de recourir aux outils marketing est bien réelle. Pourtant, le mode de management le plus efficace repose sur la création d'une relation d'empathie et de confiance avec un interlocuteur angoissé et rarement conscient de l'état de sa bouche [64].

## 6.5 Le concept et les clés de l'alliance thérapeutique

Il faut privilégier une écoute active qui permettra au patient de surmonter facilement ses peurs et de co-choisir un plan de soins, plutôt que de le confronter aux artifices d'une démarche marketing manipulatoire qui méconnaît les blocages psychologiques responsables de la majorité des refus.

La relation praticien-patient induit des rapports dominant-dominé que l'on croit effacés par la dimension technique de l'acte de soin. Ce modèle paternaliste, transmis par notre culture hospitalo-universitaire, perpétue des modèles de comportement obsolètes en dehors du cabinet. Cette condescendance involontaire empêche le patient de livrer les clés de sa personnalité qui pourraient nous aider à améliorer sa vie quotidienne avec un bridge, des implants, une prothèse amovible ou une abstention thérapeutique.

Un chirurgien-dentiste est un professionnel de santé conscient du bien-être (mais aussi des effets iatrogènes) qu'il peut apporter au patient [64].

### 6.6 Les caractéristiques de la relation dentiste patient

#### 6.6.1 Evolution de la relation patient -praticien

Avec l'évolution de la société et notamment en France la loi Kouchner de 2002, les patients veulent avant tout être entendus, écoutés par leur dentiste. Ils ne viennent pas au cabinet simplement pour ouvrir la bouche, mais pour exposer leurs problèmes, leurs craintes, faire part de leurs attentes. Du stade docile et ignorant le patient est passé à celui de consommateur éclairé et exigeant notamment grâce à l'accès aux informations médicales par l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) [56].

La « patientèle » a évolué vers une « clientèle », du moins dans l'esprit de certains patients. Le fait marquant de ces dernières années est l'avènement d'une logique de consommation. Le comportement des patients a changé envers le cabinet médical, tout comme celui des consommateurs des Français a changé envers la grande distribution [65].

Ainsi la relation médecin patient s'est profondément modifiée, elle est devenue un cadre d'échanges, de débats et donc d'éducation à la santé, de nature à promouvoir des idées de progrès face à des pratiques traditionnelles basées sur un certain empirisme [56].

#### 6.6.2 En quoi la relation dentiste-patient est-elle une relation atypique?

Il est essentiel d'avoir pris conscience du caractère atypique de cette relation afin d'aborder les premières rencontres dans les meilleures conditions.

Elle n'est pas directement comparable à celle entretenue avec un médecin, généraliste ou spécialiste. Le chirurgien-dentiste n'est pas un soignant comme les autres. De nombreux médecins ont tendance à se réfugier derrière des investigations et examens, comme si la technique jouait un rôle d'écran entre le soignant et le soigné. Le phénomène est d'autant plus accentué que les médecins (comme les chirurgiens-dentistes) n'ont pas tous été formés à la communication et au management de la relation à l'autre sur les bancs de l'université. Si le diagnostic ou le traitement ne

convient pas au patient, il se tourne vers un autre praticien pour solliciter un avis supplémentaire voire différent.

Avec un chirurgien-dentiste, les choses se passent différemment parce que le patient, à un moment ou à un autre de la consultation, va devoir s'allonger, accepter que les instruments pénètrent dans sa bouche et « se laisser » opérer, sous anesthésie locale, en toute conscience.

La cavité buccale de l'être humain appartient aux zones intimes du corps, que l'on ne touche généralement pas avec les doigts, comme c'est le cas lors de traitements dentaires; il s'agit plutôt d'une sphère réservée aux contacts corporels intimes, comme le baiser. Il n'est donc pas surprenant que le travail du médecin-dentiste à l'intérieur de la cavité buccale puisse être ressenti comme une intrusion dans la sphère intime, et en conséquence, le patient pourra se sentir mis sous pression émotionnellement. En outre, il est possible que le patient ressente de la honte et de la culpabilité en raison de sa santé buccodentaire « insuffisante » (Ohrn et al. 2008) [66].

De plus, le praticien risque d'être invasif, du moins dans l'imaginaire du patient. Cette "pénétration" est loin d'être neutre. Quand on interroge les personnes, il est très intéressant de constater qu'à la question «combien de généralistes avez-vous consulté dans votre vie?», il n'est pas rare de s'entendre répondre «dix, quinze, vingt...». En revanche, les chirurgiens-dentistes consultés sont beaucoup moins nombreux. Parce qu'en changer n'est pas une démarche facile. Malgré les progrès technologiques spectaculaires qui permettent de minimiser la douleur des soins, la peur du dentiste reste bien vivace.

Pour aborder la relation avec un patient, le praticien doit tenir compte de son état émotionnel. Souvent paralysé par son appréhension, le patient a reporté de mois en mois la prise de rendez-vous au cabinet. Quand il se décide, souvent poussé par une douleur de plus en plus vive, il est tendu, hyper-réceptif. Lors des contacts avec le cabinet, de l'appel téléphonique jusqu'à la consultation, tout déficit de communication risque de renforcer cet état anxiogène. Réussir à engager une relation de confiance conditionnera positivement le déroulement des soins. Cette confiance sera essentielle à l'adhésion du patient au cursus de soins [64].

La qualité de cette relation influencera celle du soin assuré par le chirurgien-dentiste [56].

## 7 L'empathie appliquée à la relation de soin

## 7.1 Qu'est-ce que l'empathie dans la relation de soin ?

Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca, & Magee (2003, p. 28) [67], définissent l'empathie dans la relation de soin comme étant « un attribut cognitif qui implique la capacité de comprendre les expériences et la perspective du patient, tout en sachant lui communiquer cette compréhension ». Ces auteurs considèrent l'empathie comme un attribut personnel du soignant ayant un rôle important au sein des relations interpersonnelles. Cette définition est très proche de celle proposée par de nombreux auteurs (Couleau et Williams, 2002, Kalisch, 1971, Desmond Poole et Sanson-Fischer, 1980, Kirk et Thomas, 1982 etc.) [68] + [69] + [70] + [71].

Olson (1995) [72], va dans le même sens mais il complète cette définition en y ajoutant la perspective du patient. Pour ce dernier, le soignant « empathique » est celui qui le comprend et qui l'accepte tel qu'il est. L'empathie est ici envisagée dans sa dimension intersubjective.

## 7.2 Quelles sont les composantes de l'empathie professionnelles ?

Pour Razavi et Delveaux (2002) [73], les composantes de l'empathie professionnelles sont les suivantes :

- Capacité à détecter la présence d'émotions
- Capacité à s'identifier à l'autre, à se mettre à la place
- Capacité à ressentir les émotions
- Capacité à discriminer les différents types et intensités d'émotions
- Capacité à verbaliser les émotions perçues
- Capacité à répondre à l'émotion reconnue

Les composantes de l'empathie professionnelles proposées par ces auteurs sont orientées majoritairement vers un versant émotionnel. L'accent est porté sur la capacité des soignants à comprendre la perspective émotionnelle du patient et à y répondre de manière adéquate.

## 7.3 Relation de soin empathique : une double identification ?

Pour que la relation soit qualifiée d'empathique, il faut, selon Jeammet et al (1996) [74], que le soignant parvienne à réaliser une double identification : une identification au patient et une identification à son rôle professionnel. Il faut que le soignant trouve un équilibre entre ces deux identifications. Il doit pouvoir se défaire d'un certain nombre de défense pour pouvoir se représenter l'état émotionnel du patient tout en sachant prendre de la distance afin d'être en mesure de prendre des décisions [74].

## 7.4 L'empathie des soignants : trait de personnalité, expérience ou processus?

Duan et Hill (1996) [75], après avoir effectué une revue de la littérature, ont mis en évidence la dimension floue du concept d'empathie.

En effet, la plupart des auteurs retenus (Book, Buie, Danish, & Kagan, Easser, Feshbach, Hoffman, Hogan, Kerr, Mead, Rogers, Dymond, Aronfreed, Davis, Farber & Sroufe, Kestenbaum, Barett Lennard, Greenson, Bateson & Coke, Katz, Stotland, Truax & Carkhuff, Basch, Emery, Reik) envisagent l'empathie selon l'une des trois perspectives suivantes :

- L'empathie comme disposition définie comme un trait de personnalité, une capacité stable, une compétence générale de la personne
- L'empathie comme expérience, qui s'inscrit dans un contexte dépendant de l'état cognitif et affectif de la personne vivant cette expérience
- L'empathie comme un processus qui comporte plusieurs phases : la résonnance empathique, l'empathie exprimée et l'empathie reçue (Barret Lenard, 1978).

Cette absence de distinction dans ces différentes perspectives dans la littérature a été mentionnée par Cinar et al (2007) [76].

### 7.4.1 L'empathie, définie comme trait de personnalité ou expérience

Les deux premières perspectives rejoignent le débat sur le caractère inné ou acquis de l'empathie. Bennet (1995) [77], tout comme Decety (2004) [78], considèrent qu'elle existe à la fois comme un trait (inné) et comme un état (acquis).

Mais si l'on considère que l'empathie est un trait de personnalité, alors on peut très bien faire la déduction suivante, comme cela se fait dans certains pays anglo-saxons (Lumsden, Bore, Millar, Jack et Powis, 2005) [79]: pour améliorer la prise en charge des patients en institutions hospitalières, il faut donc sélectionner les étudiants avant leur formation initiale en fonction de leurs traits de personnalités, notamment de leurs qualités empathiques.

Cependant si ce mode de sélection est séduisant, il est toutefois illusoire pour deux raisons :

#### 7.4.1.1 Baisse de l'empathie au cours des études médicales

De nombreuses études scientifiques citées dans [80] montrent que l'empathie décline durant les études médicales et plus précisément :

- l'empathie décroît plus significativement en première et troisième années des études médicales.
- l'empathie diminue significativement durant l'internat de médecine.

Plusieurs explications ont été suggérées [80] :

- l'approche strictement biomédicale.
- l'« hidden curriculum » ou « enseignement off » : c'est l'enseignement oral entre les enseignants et les étudiants en dehors du cadre des cours ou travaux pratiques/dirigés (ex : cafétéria, couloirs de l'université...). Ce sont aussi les idées partagées entre les étudiants. Et de façon générale, les idées transmises par la conception qu'a une société, une culture, de chaque profession de soin.
- le manque de modèle positif d'identification : c'est-à-dire d'enseignants présentant des qualités empathiques sur qui les étudiants pourraient prendre exemple.
- la désillusion traumatique vécue par les étudiants lors de leurs premiers stages cliniques. Il s'agit de la confrontation à la réalité de la pratique médicale qui ne correspond pas à l'idée que peuvent s'en faire les étudiants et qui est souvent moins gratifiante (peur du patient, traitement ne fonctionnant pas, etc).
- l'anxiété du praticien et l'influence du contexte de soin.
- le stress de la pratique clinique.
- le fait de ne pas considérer que les émotions soient au cœur de la relation de soins.
- le fait de ne pas avoir conscience de ses propres sentiments négatifs envers certains patients.
- le fait de considérer que pour être un bon praticien, il suffit d'être un bon technicien.
- un certain cynisme des étudiants.
- la dépendance technologique qui déshumanise la relation entre soignant et soigné.
- le changement de paradigme du système de soins où les contraintes financières sont plus importantes et où l'autonomie du soignant diminue.

Ainsi, on a observé dans la littérature le déclin des qualités empathiques des étudiants au fur et à mesure de leur cursus (Shapiro, Morrison, et Boker, 2004). On peut considérer que la baisse d'empathie des étudiants au cours des études médicales est un comportement d'ajustement ou «coping» face à une situation qu'ils gèrent comme ils peuvent, faute d'outils adaptés pour y répondre [81].

On peut donc penser que sélectionner à l'entrée de sa formation ne sera pas un bon prédicteur de l'empathie dont fera preuve l'étudiant dans sa pratique professionnelle future.

#### 7.4.1.2 Biais dans les mesures d'auto évaluation

De plus, une étude (Jarski, Gjerde, Bratton, Brown, & Matthes, 1985) [82] a montré que les mesures d'auto évaluation d'empathie des étudiants ne correspondaient pas aux mesures d'empathie basée sur le comportement. Ainsi, on niveau de la sélection, il existerait un biais.

#### 7.4.2 L'empathie définie comme processus

La seconde perspective est celle selon laquelle l'empathie est une compétence acquise. Si l'on adhère à cette perspective, on peut considérer alors que les programmes de formation à l'empathie devraient y pallier. Or avec ce raisonnement, on fait peser toute la charge d'une mauvaise prise en charge relationnelle du patient sur l'individu, le personnel soignant et médical faisant ainsi l'économie d'une réflexion sur l'organisation de l'institution. En effet, si l'on dispense une formation,

alors forcément, la qualité relationnelle sera améliorée, ce qui n'est évidemment pas une relation de causalité linéaire.

La prise en charge d'un patient, c'est la rencontre (ou la non rencontre) entre deux individus, entre deux histoires distinctes. Ainsi, on ne peut affirmer que le soignant fera preuve d'autant d'empathie avec le patient x qu'avec le patient y.

C'est pourquoi nous pensons qu'il existe des éléments irréductibles et insaisissables de la relation, la perspective expérientielle est donc celle qui correspond le mieux à la situation de soins.

Nous pensons ainsi que l'empathie dans la relation de soin constitue un processus perceptif, identificatoire, projectif et intersubjectif qui permet au soignant de se représenter l'état émotionnel du patient, de le différencier du sien et de le lui restituer [24].

## 7.5 Ce que n'est pas l'empathie dans la relation de soin

- Du faux semblant
- Du paternalisme
- De la compassion
- De la contagion émotionnelle
- Une trop forte identification

Nous l'avons vu un peu plus tôt, il ne faut pas confondre l'empathie avec la compassion et la contagion émotionnelle.

A partir de l'ensemble de ces considérations, on peut donc en déduire ce que l'empathie n'est pas.

- <u>Du paternalisme</u>: la relation praticien-patient est fondée sur le principe de bienfaisance à l'égard de celui qui est en état de faiblesse, par sa maladie et son ignorance. Le patient est comme un enfant que le médecin soutient et protège et qu'il décharge de la responsabilité de décision; le patient, de son côté, fait confiance au médecin comme l'enfant à ses parents [83].
- <u>Du faux-semblant</u>: à partir des données des neurosciences, on comprend aisément que l'intérêt porté au patient ne peut être feint. Il est vain de vouloir se montrer affecté si on ne l'est pas. D'une part parce que cela n'entrera pas en résonance affective, au sens neurobiologique du terme, avec le patient et que, d'autre part, découlant de cette première considération, le processus empathique exige pour se mettre en place la sincérité du médecin, que celui-ci soit, comme le spécifiait Rogers, congruent avec lui-même.
- <u>Une trop forte identification</u>: on a vu que dans le mécanisme empathique, un certain degré d'identification au patient était une de ses conditions, du seul fait que l'affect ressenti par le patient, par le jeu des neurones miroirs, déclenchait en nous le même type d'affect, et nous permettait à partir de là de nous mettre un peu « dans la peau » du patient et d'accéder ainsi au plus près de ses représentations.
  - Mais ce mouvement doit s'inscrire dans une oscillation permanente entre le patient et nousmêmes où, après un certain degré d'identification, il est nécessaire de revenir à soi, et de

retrouver la perception fondamentale, ontologique, de notre différence, seule garante de pouvoir exercer correctement notre métier.

En ce sens, cette oscillation est partie intégrante de l'exercice médical et même une de ses nécessités. L'acte médical se décompose en effet en plusieurs moments, dont le temps de l'écoute et le temps de l'examen. Le degré d'indentification, avec toutes les remarques qui ont été faites, s'inscrit plus volontiers dans le temps de l'écoute, tandis qu'il est nécessaire de suspendre un tant soit peu le processus empathique pendant le temps de l'examen. On comprend que cet exercice, à l'entendre explicité de la sorte, puisse être considéré comme difficile. Il l'est en effet et ne s'acquiert que progressivement, tout au long d'abord des études médicales, au cours desquelles de ce point de vue une formation solide en psychologie médicale nous paraît être un préalable indispensable, qu'au fil des années d'expérience de la pratique médicale.

Il arrive cependant, et les premières rencontres avec des patients le montre régulièrement, qu'on est parfois emporté affectivement par l'histoire de tel ou tel patient et qu'on se sente bouleversé par une situation donnée. L'émotion nous submerge alors et pendant quelques instants peut être difficilement contrôlable [3].

## 7.6 Conditions d'émergence de l'empathie dans la relation de soin

L'empathie désigne la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. Cela revient à sortir de soi-même pour comprendre quelqu'un d'autre afin de saisir son point du vue de mais avec les yeux de l'autre.

En psychologie, on parle d'état de congruence (relation qui associe deux être) entre les attentes du patient et celle du thérapeute. Au cours de cet état, on distingue des implications émotionnelles, cognitives et comportementales du patient par une mise en œuvre active et positive du praticien [56].

## 7.6.1 Quels sont les facteurs indispensables à l'établissement d'une attitude empathique ?

Trois facteurs préalables sont indispensables à l'établissement d'une attitude empathique [84] :

- <u>La volonté d'écoute</u>, pour s'informer, vérifier, questionner, sonder, observer. L'écoute est un acte d'attention qui se travaille, s'apprend, s'éduque et s'améliore au fur et à mesure de la pratique.
- La curiosité: un certain nombre de praticien n'osent pas déborder le cadre stricte de leur domaine d'activité en posant des questions d'ordre personnel à leurs patients de peur de paraître indiscret. En réalité, la curiosité est une ouverture à l'autre, à son environnement social, culturel, familial et affectif, permettant une vue d'ensemble du fonctionnement du patient. Une certaine dose de tact est nécessaire, c'est une qualité qui peut également se travailler et s'éduquer.

- <u>La patience</u>, qui est certainement le facteur le plus difficile à acquérir car il demande au praticien une bonne maîtrise de ses émotions. Le temps, l'attente et le silence font partis de la mise en œuvre d'une bonne technique de communication.

#### 7.6.1.1 L'écoute

La base de l'empathie est l'écoute, «non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible... Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs :

- manifester cette attitude de compréhension
- contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension.» Abric 1999 (6-3) [85].

#### 7.6.1.1.1 L'écoute passive

Savoir écouter est assez difficile car peu de praticiens ont été formés pour écouter, pour se mettre dans la peau de l'interlocuteur.

Voilà, pourquoi bien des dialogues sont des doubles monologues. En prêtant une véritable attention aux messages que les patients délivrent, la relation de confiance s'installe rapidement et durablement.

Une foule de renseignements précieux sera recueillie et permettra d'orienter le patient vers le meilleur choix dans son plan de traitement [86]. L'écoute passive doit permettre de faciliter l'expression du patient, sans l'interrompre, en adoptant ce que les psychanalystes appellent la « neutralité bienveillante », c'est-à-dire en se gardant de tout jugement, de toute critique.

L'écoute dite passive que l'on retrouve dans les entretiens non directifs, nous demande de montrer à l'autre que l'on s'intéresse à lui, qu'il est important pour nous. Nous l'encourageons alors à parler, sans intervenir. Pour cela, nous devons être particulièrement attentif, regarder la personne, ne pas se laisser distraire.

Lors de la première étape de la consultation, le praticien écoute ainsi attentivement le patient, le laisse exprimer son ou ses motif(s) de consultation. Le praticien a conscience que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, et intègre aussi le bien-être psychologique, social et émotionnel. Ainsi le praticien invite le patient à évoquer toute information personnelle (d'ordre psychologique, social, ou émotionnel) éventuellement associé à la consultation. Cette conversation franche et naturelle se fait de manière ouverte, sans questionnaire préétabli. La construction d'une véritable relation de confiance passe par la validation émotionnelle du récit du patient. Le praticien évite d'adopter une attitude moralisatrice, reste positif, et parle le moins possible.

Dans l'écoute passive, nous pouvons en fonction des besoins du patients, marquer verbalement ou par notre attitude, notre attention : « oui... »

Le praticien considère le patient comme une personne à part entière, tente de comprendre son ressenti, respecte son expérience de vécu, et ses attentes. Il s'agit aussi de comprendre et respecter

les craintes du patient, en adoptant une attitude empathique, dans un environnement adapté à la confidence (local, personnes présentes) [57] + [63].

Lemasson, Gay, Lemasson et Duroux (2006) indiquent également que le médecin n'a accès au patient que par l'échange de parole et qu'en conséquence il en apprend d'avantage en laissant les gens se raconter plutôt qu'en posant des questions fermées. De plus, le patient se sentira libre et non contraint dans l'expression de son discours (Kruijver et al., 2000) [87]; (Benbassat et Baumal, 2004) [88].

Une étude de Dedianne et al. (2003) soulignent que les patients apprécient que les médecins ne les interrompent pas dans le cadre de leur échange [89].

L'écoute passive doit être utilisée en alternance et selon le moment, avec l'écoute active, nous permettant alors d'indiquer plus précisément encore, ce qui retient notre attention dans ce qui a été dit [90].

#### 7.6.1.1.2 L'écoute active

L'écoute active est une technique d'entretien devant permettre à la personne ou au patient dans notre cas, d'acquérir une compréhension plus claire de lui-même, afin de le faire progresser dans ses choix, dans ses émotions et dans ses ressentis. Cette technique de communication est très utilisée dans les psychothérapies dites de « face à face » et dans l'écoute non directive que nous devons à Carl Rogers. L'écoute active est une technique bien plus difficile à intégrer qu'on l'imagine, car elle va à l'encontre de notre fonctionnement habituel.

L'écoute active est pourtant essentielle dans le cadre d'un entretien, comme dans toute activité de groupe. Elle implique que chacun des partenaires prenne toute sa place et qu'il soit également totalement disponible à la parole de l'autre [90].

Dans la relation patient-praticien, l'écoute active lors de la consultation en odontologie permet de recueillir les données en plaçant le patient au centre de l'entretien [56].

Dans cette technique, on retrouve quatre outils indispensables, que sont : le questionnement, le silence, la reformulation et la synthèse.

#### 7.6.1.1.2.1 Le questionnement

Il aide à préciser, à clarifier, à approfondir ce qui est dit par le patient. Il aide aussi celui qui parle, à faire émerger ce qui peut être latent. Grâce au questionnement, on peut entendre plus précisément, trois niveaux d'information supplémentaires tout à fait essentiels dans les entretiens liés à l'annonce:

- -Les faits : cela permet de rendre compte de ce qui a été entendu et compris par le patient ;
- -L'émotion : permet de recueillir ce qui a été ressenti
- -L'opinion : ce qui a été pensé, réfléchit par le patient aidant à une mise en action [90]

Pour cela, le soignant devra faire une place importante lors de ses rencontres avec le patient aux questions ouvertes afin de pouvoir avoir un maximum de renseignements sur cette personne (Mok

et Chiu, 2004) et ainsi centrer l'entretient sur le patient et non plus uniquement à travers le prisme de la symptomatologie qui est présentée [91].

#### **Exemples**

: « Qu'avez-vous compris de ce que le médecin vous a dit ce matin ? » ; « A-t-il été assez clair pour vous ? » ; « Pouvez-vous me dire comment vous vous êtes senti au moment de cette annonce ?» ; « Que pensez-vous faire ?... »

#### 7.6.1.1.2.2 Le silence

Il est considéré comme un moyen de communiquer dans la mesure où le silence n'est pas le contraire de la parole, car l'un comme l'autre sont actifs et signifiants. En tant que modulateur de la communication, il peut être utilisé comme outil à usage quotidien multiple pour :

- Contrôler l'interaction par un maniement habile de la parole
- Susciter l'inquiétude
- Etablir le contrôle de soi pour ne pas se dévoiler
- Réfréner une émotion qui déborde
- Prendre le temps de réflexion

Dans la relation praticien-patient lors de la consultation au cabinet dentaire, le silence obéit à des règles consensuelles : il doit être alterné avec la parole, il ne doit pas durer trop longtemps et ne doit pas être accompagné d'une autre activité, il doit encourager à poursuivre [56].

#### 7.6.1.1.2.3 La reformulation

C'est redire ce qui a été dit par la personne, au travers des termes plus concis et explicites. Il est nécessaire que le patient nous donne ici son accord. C'est montrer ce qui a bien été compris. Cette technique permet également de lever d'éventuels quiproquos, afin d'être toujours au clair avec ce que l'autre à voulu nous dire. La reformulation aide également le patient à se sentir écouté, compris et respecté dans ses ressentis, favorisant alors un peu plus l'envie de parler.

Exemples : « Si je vous comprends bien, vous souhaitez pouvoir rencontrer un spécialiste, car vous n'avez pas bien compris la pathologie de votre bébé ? » ; « Vous pensez que votre état de choc au moment de l'annonce faite par votre médecin, ne vous a pas permis de comprendre la prise en charge qui pourrait être celle de votre enfant ? » Et au patient de pouvoir répondre : « oui, c'est bien cela » ; « oui, voilà c'est ce que je veux dire »... [90]

#### 7.6.1.1.2.4 La synthèse

La synthèse marque toujours un temps particulier dans l'entretien. Elle vient le plus souvent marquer une pause dans le discours et dans l'écoute, avant de passer à la suite de l'entretien. La synthèse permet défaire une sorte de résumé de ce qui a été dit, cherchant ainsi à rendre plus clair et plus compréhensible pour chacun, les propos recueillis. Cela nous permet de montrer à notre interlocuteur que nous l'avons bien compris, ce qui est extrêmement rassurant, surtout dans le cadre très particulier qu'et celui de l'annonce, où aucun malentendu ne peut être possible.

Exemples: « Donc, en résumé...»; « en conclusion... »; « Si je vous ai bien compris... » [90]

#### 7.6.1.1.3 Les techniques d'écoute

Les premières recherches dans cette voie datent des travaux de Mayo (1930) aux ateliers Hawthorne. Plusieurs études ont clairement démontré, que la possibilité offerte à un sujet (réticent à un changement comportemental) d'exprimer – sans aucune contrainte – la cause de son refus apportait une modification beaucoup plus durable par rapport aux méthodes de pression. Pratiquement, elles restent très difficiles à mettre en œuvre, il s'agit plutôt d'un état d'esprit de toute l'équipe dentaire autour du patient [92].

La satisfaction du patient est une alchimie qui repose sur un équilibre instable entre trois données que nous devons identifier clairement et dont l'élément directeur est l'écoute du patient.

- Il y a d'abord : ce que voudrait le patient et qu'il a souvent du mal à exprimer et à préciser,
- Il y a ce que nous comprenons : qui détermine notre offre de soins,
- Enfin il y a ce que nous offrons.

A la croisée de ces trois domaines importants lors de la première consultation, on trouve :

- La qualité attendue exprimée par le patient,
- La qualité de l'écoute du praticien,
- La qualité de réalisation ; celle que nous offrons réellement.

En fait, la satisfaction est ce que le patient perçoit de ce que nous donnons, en fonction de ce qu'il attend : pour un service donné, les patients n'ont pas la même perception !

Même si le plan de traitement conseillé est pertinent, s'il n'est pas accompagné d'une explication montrant son adéquation avec la demande initiale, le patient ne sera pas totalement convaincu, et donc pas totalement satisfait; d'où la nécessité de bien connaître son patient et de communiquer avec lui [93].

#### 7.6.1.2 La curiosité

Du latin *curiosus* " qui à soin de ". Soin, souci de quelque chose, origine liée au mot cure, et donc aux soins médicaux [94].

Il est intéressant de rappeler que Krishnamurti (philosophe d'origine indienne promoteur d'une éducation alternative) disait que dans un vrai dialogue, les participants devaient avoir le souci de l'autre. Il faut être curieux de l'autre; autrement dit prendre soin et avoir le souci d'autrui. N'est-ce pas cela la vraie relation? [95]

La curiosité est une attitude d'ouverture envers le patient, son environnement culturel, familial et social pour saisir le fonctionnement du patient dans sa globalité mais l'excès d'empathie serait l'inquisition ou l'indiscrétion. Il convient donc de trouver le bon positionnement [56].

Il ne s'agit bien évidemment pas de connaître les us et coutumes de chacun. Certaines nous deviendront familières au fil du temps, pour les autres, celles en tout cas que nous ne connaissons pas et qui pourraient nous surprendre, voire entraîner de notre part une attitude réprobatrice, il est toujours bon de se dire que l'autre est différent de soi et doit être respecté dans sa différence. S'il adopte telle ou telle attitude, agit de telle ou telle manière, c'est d'abord et peut-être surtout qu'il agit en conformité avec les us et coutumes du groupe auquel il appartient, ou qu'il est dans un état psychologique tel qu'il n'est pas en mesure de faire autrement, et dont il faut tenir compte. Respecter cela, naturellement, facilitera grandement la tâche du praticien, et offrira au patient de plus grandes chances de pouvoir mieux se soigner. La notion d'accueil du patient migrant est à cet égard importante [3].

#### 7.1.6.3 La patience

En 1960, Balint fait naître la relation patient-médecin en se penchant sur les attentes du patient, ce qui amène l'odontologiste à se remettre en question quant à son abord du patient. La dimension humaine commence à prendre le pas sur la technique, on s'interroge sur « les qualités requises pour une activité obligeant à un contact humain avec tout ce que cela requiert, non seulement de sociabilité, mais de patience et de sensibilité, voire de loyauté et de probité » [62].

Les dentistes ont le devoir d'être patient au cours du traitement. Les gens peuvent avoir peur de consulter un dentiste et peuvent ne pas exprimer leur crainte et leur appréhension au cours de la première visite. Les dentistes qui pratiquent la patience vont pouvoir développer une relation avec leurs patients, les mettre à l'aise et faire de la deuxième visite un rendez-vous beaucoup plus facile à vivre pour le patient.

La patience est une compétence qui s'acquiert avec l'expérience et suppose que le praticien consacre du temps et développe sa capacité à maîtriser ses émotions afin de parvenir à son acquisition. C'est aussi faire chaque jour un peu plus l'apprentissage de la tolérance.

#### 7.6.2 Les signes qui annoncent la fin de l'entretien

Notre écoute a été focalisée sur les besoins et les sentiments de la personne qui parle, il nous faut essayer maintenant de mettre des mots sur ce que l'on perçoit comme l'émotion dominante chez la personne et essayer grâce à la reformulation de bien comprendre le point de vue de la personne. A la fin de l'entretien, nous devons faire la synthèse de ce que nous a transmis le patient.

Deux signes nous indiquent que la personne est arrivée au bout de ce qu'elle voulait dire :

- -elle n'ajoute plus rien
- -une certaine tension physique jusqu'alors perceptible a disparu

C'est alors seulement, que nous pouvons si nous le jugeons utile, ou si le patient nous le demande, partager avec lui les sentiments que nous avons éprouvés en l'écoutant. Nous appelons cela le feedback : « j'ai conscience que cela doit être particulièrement difficile à vivre... » ; « votre peur est vraiment naturelle bien sûr...» [90].

## 7.7 À quels niveaux se réalise l'empathie?

La réalisation d'une empathie s'effectue à deux niveaux :

- Sur le plan cognitif, il s'agit de la compréhension de ce que l'interlocuteur exprime. Cette
  compréhension intellectuelle implique que nous ne soyons ni juges ni critiques, ni même que
  nous exprimions notre compassion. Toutes nos valeurs, opinions, croyances sont occultées
  pour adopter celle de l'autre personne sans pour autant adhérer à ses idées ou se laisser
  influencer.
- Sur le plan affectif, il s'agit de saisir l'expression des sentiments et des émotions. L'empathie oblige à se mettre de l'autre « comme si » nous étions l'autre [84].

L'empathie dont il est question dans la relation de soins est de type cognitive. Il existe une empathie de type affective utilisée en thérapie.

#### 7.7.1 Les apports de la psychologie cognitive

L'empathie n'est pas un « froid processus de raisonnement où nous nous contenterions de théoriser les émotions d'autrui » [96].

La psychologie dite cognitive, s'est naturellement largement interrogée sur le comment du phénomène empathique.

Pour simplifier, on peut dire qu'il existe principalement deux approches :

- La première consiste à expliquer l'empathie comme la capacité à percevoir directement les émotions d'autrui
- La seconde comme la capacité à se les représenter

Ces deux approches, loin de s'annihiler, se complètent tant il est vrai que l'empathie comporte la capacité à percevoir les émotions de l'autre mais également à se la représenter et / ou à se l'imaginer, a fortiori quand la perception n'est pas aisée [38].

#### 7.7.2 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) [97].

#### 7.7.2.1 Comprendre ses émotions

Cela permet de comprendre celles des autres. Les gens qui comprennent les émotions des autres vont mieux communiquer et mieux s'ajuster aux autres. L'empathie est la conscience des sentiments, des besoins et des soucis des autres et c'est une clef du succès social [98].

#### 7.7.2.2 Percevoir l'émotion de l'autre

De toute évidence, il ne peut y avoir empathie sans perception des émotions d'autrui. Cette perception est facilitée quand l'expression de l'émotion par l'autre est relativement transparente, c'est-à-dire que les indices sont suffisants même s'il existe même s'il existe une mécanique primaire acquise qui permet de capter « inconsciemment », comme le dis Daniel Goleman, des signes non verbaux en prêtant suffisamment attention à l'autre. Toutefois, un manque d'indices, de signes, de manifestations de l'émotion, d'informations sur la situation, ou bien encore une différence culturelle dans son expression peuvent empêcher de percevoir l'émotion de l'autre ou de la comprendre [38].

#### 7.7.2.3 Se représenter l'émotion de l'autre

Que les indices soient suffisants ou non, un autre mécanisme entre en jeu pour « comprendre ce que ressent l'autre » : la capacité à se représenter ses émotions. Cette représentation n'est possible qu'à partir de données ayant traits à la situation présente, à soi-même ou au passé. En effet, c'est souvent en se référant à ses propres expériences que l'on parvient, en lui attribuant des sensations semblables aux nôtres, à se représenter en partie l'émotion de l'autre. Si les spécialistes s'interrogent pour savoir s'il s'agit de « la représentation que l'on se fait de » ou bien de celle de « ce qui se passerait pour soi si on était dans le cas », il est probable que la « conscience » de l'émotion d'autrui, par exemple la tristesse ou la joie, est toujours et dans tous les cas pensée à partir du souvenir de ses propres tristesses ou joies passées.

On peut en déduire qu'il existe un lien entre la capacité (le potentiel) d'empathie d'un individu, et la

somme, tout comme l'intensité, de ses propres vécus. Il est fréquent de constater que des personnes ayant souffert et / ou ayant connu des vécus intenses sont plus souvent empathiques que d'autres, ou plus exactement, présentent un spectre plus large d'empathie [38].

#### 7.7.2.4 Imaginer l'émotion de l'autre

On peut « comprendre » l'émotion de l'autre mais on peut également l'imaginer sans faire référence à une quelconque expérience personnelle. En effet, on peut comprendre, se représenter qu'une personne éprouve de l'anxiété à l'approche d'un examen, d'un entretien ou d'un résultat d'analyses médicales, ou de la tristesse à l'occasion de la perte d'un être cher parce que l'on a auparavant vécu une situation similaire... A l'inverse, il faut plus amplement « imaginer », si l'on vit seul ou si l'on n'a jamais été amoureux, la souffrance causée par une séparation ou la joie éprouvée à l'idée d'un grand voyage si l'on n'aime pas soi-même voyager etc. Cette capacité à imaginer l'émotion d'autrui est une forme très élaborée d'empathie, car pour comprendre l'autre il faut alors imaginer une situation, un manque, un désir, une croyance que nous même ne connaissons pas.

Certes, l'imagination de l'émotion plus encore que sa représentation peut créer un décalage avec l'émotion réelle ressentie par l'autre. Toutefois, même sans référence à un quelconque vécu personnel, il est possible d'imaginer une émotion ressentie par quelqu'un d'autre surtout si l'on se réfère au mécanisme du codage commun. Même si la différence peut paraître subtile, dans la mesure où on l'imagine bien entendu toujours à partir d'évènements vécus et, même quand on se « représente » l'émotion d'autrui, c'est inévitablement avec un peu d'imagination, elle existe au demeurant, et l'intérêt de cette « flexibilité imaginative », comme l'évoque Elysabeth Pacherie, est d'envisager la possibilité de se mettre à la place de l'autre avec à la base, des vécus et des références complètements différents.

Si être empathique, c'est repérer les émotions de l'autre, en capter les signes, en saisir la nature, en comprendre la raison, et en favoriser l'expression, savoir se mettre en état empathique reste la condition première et un certain nombre d'écueils sont à éviter [38].

#### 7.7.2.5 Veiller aux pièges de la simulation

A partir du moment où l'on se représente, ou l'on simule en l'imaginant l'émotion d'autrui, se glissent inévitablement des parasites, dus soit à l'insuffisance des informations à notre dispositions, soit à la prégnance de nos propres valeurs, croyances ou fonctionnements. Hormis sans doute l'état de « compassion », on ne peut que s'approcher de l'émotion de l'autre.

Ainsi le processus même d'empathie, notamment dans la capacité à « comprendre » l'émotion d'autrui, suppose-t-il d'être doublement vigilant attendu qu'il comporte deux écueils contraires :

- D'une part se trouver dans une trop grande similitude avec l'autre au risque de tomber dans une seule identification et la contagion émotionnelle
- D'autre part d'avoir à faire des efforts qui peuvent rester vains pour se représenter l'émotion de l'autre [38]

#### 7.7.2.6 Etre attentif à ses projections

S'il est utile, nécessaire de se référer à ses expériences, ses éprouvés émotionnels, son propre vécu pour pouvoir se représenter l'émotion et l'état d'esprit de l'autre, la « projection » à proprement parler représente un dernier écueil et nous éloigne, elle, de l'état d'empathie.

En dehors de la projection au sens psychanalytique du terme, véritable mécanisme de défense du moi, et sans parler de pathologie ou de névrose, nous avons tous tendance à projeter les intentions, les sentiments que nous aurions nous même dans une situation équivalente. Le risque est particulièrement important quand ce que vit l'autre nous inquièterait ou, au contraire, correspondant à l'un de nos désirs, nous réjouirait particulièrement ; nous risquons alors de perdre toute objectivité, toute « écoute », toute « empathie ».

La projection est non seulement un piège mais un frein à l'empathie. Quand on projette, on ne cherche pas à comprendre les états d'âme de l'autre, puisque l'on ne fait que projeter sur lui ses propres ressentis.

Même s'il s'agit de processus psychologiques radicalement différents, voir opposés, la frontière entre projection et représentation (empathie) est en pratique souvent floue, et le risque existe toujours de « projeter » entièrement sans médiation ses croyances, ses valeurs, ses peurs, ses besoins, ses désirs en s'éloignant alors de ce que l'autre ressent vraiment.

Il demeure essentiel pour être dans l'empathie, d'être conscient qu'il n'est possible que de se représenter les états de d'autre et que ses propres références sont précisément les siennes [38].

#### 7.7.2.7 Malgré tout, des références communes

Si les émotions des autres ne peuvent être pour soi entièrement compréhensibles, avec pour conséquence la nécessité d'être attentif, nous sommes malgré tout en dehors de la stricte analyse cognitive en capacité d'empathie, dans la mesure où au-delà du codage commun, nous avons des bases communes de connaissance.

L'ensemble des principales émotions en effet, peur, colère, joie, tristesse, amertume... même avec des différences irréductibles, est présent dans chaque vécu individuel. Par ailleurs il existe des contre parties, des équivalences d'un champ d'expériences et de références personnelles à un autre. On peut en effet appréhender « jusqu'à un certain point le cadre de référence d'une autre personne, parce que de nombreux objets perceptifs – parents, employés, enseignants, etc. – ont leur contrepartie dans notre propre champ perceptif »

Quoiqu'il en soit, il est bon de réaliser que la plupart du temps, l'autre demande moins à être « compris » entièrement, sachant que cette compréhension totale est impossible, même s'il la désire parfois, tout comme il sait son vécu unique, que simplement pris en compte [38].

Etre en mesure de percevoir chez l'autre une émotion, en sachant en représenter l'expression et la manifestation, reste d'une certaine façon le premier degré de l'empathie. Or, s'il n'est pas toujours facile de capter les émotions d'autrui, il existe toutefois de nombreux indicateurs pour se mettre sur la voie : l'ensemble du langage non verbal, les postures, les mimiques mais aussi le langage verbal [38].

## 7.8 Empathie : base de la communication médicale

La relation médecin-dentiste/patient est constituée de deux éléments principaux : une relation à visée de guérison et une relation de prise en charge (Mataki 2000) :

- Une relation de guérison: le patient a besoin d'être informé et de comprendre quel traitement est prévu. De son côté, le dentiste pose le diagnostic et co-dirige le traitement.
- Une relation de prise en charge: le patient veut avoir l'impression que son dentiste le comprend et le connaît suffisamment.

La manière dont le praticien se comporte avec le patient est donc importante. Il doit lui donner l'impression qu'il a le temps de s'occuper de lui, qu'il s'intéresse à lui et se préoccupe de son bienêtre. A cet égard, la communication verbale est importante, de même que la communication non verbale. Au travers de ces éléments, le patient se rend compte si son comportement est amical ou hostile, et s'il se sent supérieur ou égal à lui (Mataki 2000) [66].

La notion fondamentale d'une communication thérapeutique est l'empathie, notion qui reste assez difficile à cerner car il s'agit d'une attitude réellement professionnelle, demandant un apprentissage. Pour Alder (1911) l'empathie est la capacité de sortir de soi-même pour se comprendre quelqu'un d'autre, de saisir le point de vue de l'autre avec « les yeux » de l'autre. Une personne qui se veut empathique effectue un effort volontaire pour recréer la façon dont son interlocuteur perçoit la réalité [84].

#### 7.8.1 L'importance du langage non verbal des émotions

Dans une conversation, on peut se demander comment naît l'empathie entre les participants. Selon de nombreux chercheurs, elle est basée sur une « échoisation corporelle » qui se passe entre les partenaires. C'est ce que Cosnier [99], décrit sous le nom «d'analyseur corporel» ; celui-ci inclut tous les «canaux» de la communication, soit non seulement la parole, mais aussi la voix, les mimiques, les postures, les gestes, le rythme de parole et de mouvements et leur amplitude [100].

« Tout comme les mots sont le mode d'expression de la pensée rationnelle, les signaux non verbaux sont celui des émotions ».

Cette sorte d'imitation décrit par Cosnier, induit des affects similaires et permet ainsi l'identification. Par exemple, le fait de mimer très correctement des émotions (tristesse, peur, colère, joie) éveille en nous ces affects, et P. Ekman et coll. ont même démontré que les zones cérébrales correspondantes à chacune d'elles sont alors activées. Nous pouvons en faire l'expérience également en imitant la posture et/ou la démarche de quelqu'un d'autre.

Dans une conversation, nous avons tendance à adapter nos expressions faciales à celles de notre partenaire, et ceci dans un laps de temps de 30 secondes environ dès le début de l'interaction [101], sauf si nous avons des sentiments négatifs à l'égard du partenaire (un manque d'empathie). Dans ce cas, les mimiques ont tendance à rester différentes, voire opposées (sourire en face d'une expression de colère, par exemple) [102]. Il semblerait aussi qu'il soit plus difficile d'éprouver de l'empathie pour une personne physiquement très différente de soi.

Il n'y a pas que les mimiques qui entrent en jeu dans l'expression du processus empathique : on observe également des attitudes et des gestes très similaires dans un entretien en face à face. Par exemple, lors d'une consultation d'un médecin avec un couple, on peut parfois deviner avec lequel de deux patients le médecin fait alliance en regardant ses bras et jambes croisés en symétrie avec l'un ou l'autre. Les orientations des parties de son corps sont aussi révélatrices. Les interactions interindividuelles sont comme une danse : elles exigent qu'on s'adapte l'un à l'autre pour évoluer sur la piste harmonieusement et avec plaisir.

Un phénomène rend difficile la prise en compte de cette «danse» : nous sommes peu conscients de nous-même. Nous évaluons très mal l'intensité de notre sourire, la tension de notre voix, la force de notre regard et même de la qualité de notre toucher. En conséquence, notre raisonnement tient peu compte de «l'analyseur corporel» et c'est fort dommage [100].

Il faudra donc que le soignant prête une attention toute particulière au langage non verbal et notamment au langage corporel du patient (Dufour Gompers, 1992; Vanotti, 2006) [103] + [104]. Car ce qui est important dans l'aspect relationnel du soin, c'est la « relation et la capacité du soignant à réfléchir à cette relation et sur cette relation qui vont amener les conditions du soulagement de la personne » (Menaut, 2009, p80) [105].

En résumé, au sein de la communication non verbale, de multiples critères existent : expression du visage, intonation de la voix, posture, gestuelle, contact visuel et apparence. Ce sont différents éléments qui vont tous intervenir dans les impressions et les émotions ressenties lors du dialogue et se superposer aux mots.

Prendre conscience de l'importance de cette communication et l'intégrer comme un facteur important du dialogue médical va permettre de renforcer l'impact du discours et contribuer à mettre en place l'empathie.

#### 7.8.1.1 Tableau récapitulatif des signaux non verbaux

|                | Expression Non Verbale d'attention  |  |
|----------------|---|--|
| Position du    | S'assoir, plutôt que de rester debout   |  |
| corps          | Garder le corps tourné vers le patient, le tronc légèrement penché vers lui           |  |
| Expression     | Adopter une expression ouverte de visage  |  |
| faciale        | Eviter de froncer les sourcils, ce qui indique la contrariété                         |  |
| Contrôle de la | Parler avec un débit qui donne le temps au patient de comprendre le message           |  |
| voix           | Ajuster le timbre de sa voix  |  |
| Contact visuel | Prêter attention à la distance verticale et horizontale entre soi et le patient, afin |  |
|                | de maintenir le contact visuel  |  |
|                | Garder le contact visuel en parlant avec le patient                                   |  |

Figure 5 : Tableau récapitulatif des signaux non verbaux

Ainsi, l'empathie peut être transmise par de simples gestes de la main sur une épaule tendue, des sourcils froncés ou des doigts crispés : ces gestes apaisants authentifient par la même une communication non verbale qui, on vient de le voir, occupe tout le temps sensoriel du temps technique [84].

#### 7.8.1.2 La limite des signaux non verbaux

Si les signes non verbaux manifestent de manière quasi universelle les émotions, notamment primaires, l'individu pour des raisons essentiellement culturelles peut s'évertuer à ne pas montrer des signes d'émotions ou encore, certaines de ses manifestations peuvent être tout à fait conventionnelles. « Dans notre culture encore teintée de machisme, un homme, quel que soit son chagrin, n'est pas censée pleurer en public, ni, à défaut d'être sans peur, la montrer » [38].

#### 7.8.2 La communication verbale

La communication verbale est un mode de communication utilisant le verbe. Elle est rendue possible par la mise en action du canal vocal : les mots sont les éléments de base. D'après Charles-Daniel Arreto [56], l'effet d'un mot va dépendre de sa signification (ou dénotation) mais aussi de sa connotation. La connotation dépend donc du contexte socioculturel de l'émetteur et du récepteur. Les mêmes mots sont donc loin de reproduire les mêmes effets.

De plus, le sens des mots peut aussi varier en fonction de la voix de la personne qui les énonce. L'intonation, le poids des mots, leur résonnance symbolique et les mots chocs sont difficiles à maîtriser car leur effet est toujours lié à l'histoire personnelle du récepteur. Ce sont les premiers et les derniers mots qui ont le plus d'impact en communication [107].

L'empathie est à la fois une réceptivité au vécu de l'autre et une capacité à communiquer cette compréhension. Elle est verbale même si bien souvent, le patient allongé sur le fauteuil la bouche grande ouverte ne peut pas vraiment s'exprimer, c'est pourquoi nous devons rattraper cela au téléphone, lors de l'accueil du patient, lors de l'anamnèse puis du diagnostic jusqu'à la décision thérapeutique [84].

Au cours de l'entretien, le soignant doit être en mesure de lui restituer son ressenti. Pour que la relation entre un soignant et un soigné puisse advenir, il faut que le langage utilisé soit compréhensible par le patient (Jeammet et al,. 1996). Ceci est un témoignage de considération vis-àvis du patient. Le soignant peut également demandé au patient la confirmation de ce qui lui a été restitué. Ainsi, le patient a le sentiment que le soignant veut réellement comprendre l'état dans lequel il se trouve [74].

De plus, nous devons nous efforcer de poser des questions claires et précises, de parler lentement et en articulant, de simplifier les mots techniques et de choisir des images compréhensibles par le patient [108].

#### 7.8.2.1 Utiliser des métaphores plutôt qu'un vocabulaire scientifique

Les médecins ont tendance à donner aux patients des explications telles qu'ils les donneraient à leurs pairs ou à leurs étudiants.

Or tout démontre qu'en matière de pédagogie en général, et lorsqu'on s'adresse à un public profane en particulier, l'explication scientifique n'est pas intégrée ou comprise, contrairement à l'explication métaphorique, procédant par associations concrètes et imagées, mieux adaptée au fonctionnement même de notre cerveau.

Il apparaît clairement que les explications de type métaphorique, pourtant plus aptes à être mieux comprises, sont en général peu pratiquées par les médecins qui donnent à leurs patients des explications de type plutôt scientifique, tels qu'ils les pratiquent entre eux et dans le modèle de l'enseignement qu'ils ont reçu [3].

Le langage technique peut être utilisé mais il doit être traduit. Il est essentiel de répondre de façon claire et pédagogique à toutes les questions du patient. Attention, utiliser un vocabulaire adapté ne signifie pas trahir la réalité scientifique [106].

#### 7.8.3 Communication verbale et non verbale

Albert Mehrabian [109], a mis en évidence l'impact et les différences entre le langage verbal et le non verbal, c'est la règle du 7% 38% 55%, également appelée la règle des 3V. Elle signifie que :

- 7% seulement de la communication est verbale
- les 93% restant est transmise de façon non verbale, dont :
  - →55% par la communication visuelle, c'est-à-dire entre la distance physique (la proxémie), les expressions faciales, le contact des yeux, le contact physique, la posture, la gestuelle, l'apparence, ainsi que les odeurs
  - →38% par la communication para-verbale.

Ce schéma prouve aux chirurgiens-dentistes que les longs discours sont souvent moins utiles qu'un simple geste rassurant.

En conclusion, développer ces différentes aptitudes permet d'augmenter l'efficacité relationnelle tout en développant un comportement assertif (= art de faire passer un message difficile sans passivité mais aussi sans agressivité). En effet, force est de constater que deux excès guettent les praticiens et les assistantes dans les rapports avec le patient : un excès de rigidité et un excès de souplesse. Il est donc nécessaire de savoir s'affirmer sans être agressif ni prétentieux. Dire non sans offenser, est un élément essentiel, souvent dans l'intérêt du patient [106].

#### 7.8.4 Les enjeux de la communication

La façon dont communique le soignant influence positivement ou négativement le comportement du patient et impacte ses représentations de la maladie, du traitement et de la compétence du médecin.

Une part de l'efficacité thérapeutique, à la fois réelle et perçue par le patient, dépend donc de la capacité de communication du soignant. Selon les auteurs, les enjeux de la communication du soignant sur sa pratique professionnelle concernent particulièrement la gestion de l'anxiété, l'acceptation des actes de diagnostic, l'adhésion thérapeutique et la satisfaction du patient [110].

#### 7.8.5 Qu'est-ce qu'une communication empathique?

L'empathie (communication empathique) permet au patient de coopérer bien plus efficacement au traitement. Communiquer avec empathie signifie répondre aussi aux émotions observées chez le patient durant l'entretien. L'empathie occupe une place centrale et incontournable dans l'entretien médical (Vannotti et Rey 1994) [111].

La communication fait partie intégrante de la pratique médicale et ne peut être déléguée à des tiers. Un entretien de qualité et une communication efficace sont indispensables pour fonder une relation de confiance.

Une communication empathique est reconnaissable par sa capacité à faire revivre et à recréer les

sentiments et les émotions au cours de l'entretien.

Or le thérapeute doit veiller à ne pas montrer les émotions que le discours du patient provoque en lui pour ne pas le mettre en difficulté. L'empathie est la reconnaissance exprimée et sincère de ce que l'interlocuteur exprime et ressent sans pour autant l'approuver systématiquement. En somme la relation de compréhension du praticien reste cadrée par une limite professionnelle dans une « bienveillante neutralité ». La communication médicale implique une attitude de respect et d'authenticité [84].

#### 7.8.5.1 Intérêt d'une communication empathique

Une communication empathique peut entrainer des effets positifs variés :

- 1) Le patient peut parler plus et plus facilement de 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 ». « Le fait d'être connu personnellement et compris par son médecin est un aspect important de la relation médecin patient. Le patient a le sentiment d'être traité comme un égal sur le plan intellectuel et sur le plan humain. Il est dans une relation de confiance avec son médecin si ce dernier fait l'effort de communiquer avec son patient en le traitant avec humanité et empathie. » (Neumann et al. 2011) [112].
- 10) Ces aspects peuvent influencer des résultats immédiats et à moyen terme comme la satisfaction, la confiance, l'adhésion au traitement.
- 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 [113].

#### 7.8.5.2 Incidences sur la relation avec le patient

Il devient alors possible de postuler qu'une certaine identification à l'autre, par le biais de cette réceptivité qui le fait être saisi dans son entièreté, puisse avoir lieu sans toutefois être assimilée à de

la confusion. Par cet effet de réceptivité, je peux être suffisamment près de l'autre pour avoir une représentation aussi juste que possible de l'état affectif dans lequel il se trouve, au moment de la rencontre, et le ressentir moi-même, sans me confondre pour autant avec cet autre. Etre fondamentalement différent de l'autre, mais en saisir toute l'authenticité, toute l'affectivité au moment où celles-ci s'expriment, dans un mouvement oscillatoire entre moi et cet autre, dont l'intensité se règle en fonction de la demande et du caractère actif ou passif de l'écoute qui en découle. L'idéal serait d'être en phase, au diapason, que l'on songe à l'expression « être sur la même longueur d'onde ».

On est ainsi au plus près de ce que peut exprimer le patient, et de la façon dont il l'exprime. Cet autre différent de soi n'en est pas moins un autre soi-même, ce qui ne veut pas dire qu'il est identique. De cette perspective, on ne peut qu'être attentif aux désirs exprimés par le patient, on ne peut que prendre en compte sa personnalité, positions qui sont du reste autant de preuves minimales de respect dû au malade.

Cette attitude, pour peu qu'elle soit naturelle et sincère (il serait en effet illusoire de penser qu'elle puisse s'appliquer comme une simple méthode visant à obtenir un certain résultat) comporte d'indéniables avantages.

Le premier est qu'elle s'inscrit, comme on l'a vu, dans le respect de l'autre, ce qui est une condition, à défaut d'être suffisante, tout au moins nécessaire en médecine. Il ne faut jamais perdre de vue que le patient est un être qui se sent diminué, qui est souffrant. Tout doit être fait pour ne pas le blesser plus encore, en ayant conscience que les actes et les paroles du médecin sont souvent déterminants de ce point de vue-là [3].

Les attitudes fondamentales d'une « vraie » communication sont l'écoute, l'empathie et la bonne distance thérapeutique. Elles sont singulièrement précieuses en odontostomatologie, discipline touchée en permanence par la résonnance affective, émotionnelle et iatrogène de la cavité buccale [84].

#### 7.8.5.3 La bonne distance thérapeutique

Si une bonne écoute et des qualités d'empathie font appel à la sensibilité du praticien, elles lui procurent en retour l'exacte mesure de la distance qu'il lui conviendra d'instaurer avec tel ou tel patient pour ne jamais le distraire de la rigueur nécessaire à toute acte de soin.

Pour Alain Amzalag [64], l'idéal serait de savoir constamment garder du recul tout en établissant une relation humaine. Il faut au maximum éviter de rentrer dans une relation trop affective, afin de ne pas perdre sa neutralité et d'être perturbé lors du protocole. Si le dentiste est trop impliqué, son travail est plus complexe.

Selon lui, « Il est souvent nécessaire de se retrancher derrière une autorité pour retrouver la juste distance. » Avoir de l'empathie, être humain, comprendre les dimensions psychologiques de chacun ne signifie pas perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. Il est préférable de garder sa neutralité pour faire les meilleurs choix possibles et obtenir les résultats attendus. « Il ne faut pas confondre les relations humaines et les relations affectives ».

Lorsque des praticiens parlent de certains patients avec lesquels ils ne se sentent pas du tout à l'aise, on entend surtout qu'ils n'ont pas su trouver la distance qui leur aurait permis de ne pas les laisser empiéter sur leur propre espace de thérapeute. Espace émotionnel et physique certes, mais aussi espace de pensée et de réflexion sur un acte créatif et sur une interprétation de l'autre tout en restant soi-même. Trop d'affects non maîtrisés compromettent l'équilibre de la relation de soins.

Nous comprenons bien la nécessité et la difficulté d'éprouver une empathie équilibrée dans la relation de soin. Il faut savoir écouter ses émotions mais ne pas se laisser envahir. Dans son ouvrage consacré à la distance professionnelle, le psychologue Pascal Prayez explique que la double écoute qui est au cœur du processus empathique permet d'atteindre un équilibre : «Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre» (Prayez et al. 2003, cité par Minne 2007) [114] + [115].

Une bonne distance thérapeutique est la meilleure des préventions contre tous les litiges qui trouvent leur origine beaucoup plus souvent au cours des dysfonctionnements relationnels et communicationnels que professionnels.

#### 7.8.5.4 Respecter la personnalité, les représentations et les désirs du patient

Le soignant doit faire preuve d'une attitude de non jugement envers le patient et de disponibilité (Dedianne et al., 2003) [89].

Respecter le patient, être à son écoute, prendre en compte son histoire, le fait qu'il éprouve des sentiments, qu'il ait besoin d'un minimum de réconfort, et accepter soi-même d'être dans une ouverture suffisante pour qu'il puisse exprimer un peu de tout cela s'il en ressent le besoin est sans nul doute un atout majeur dans la thérapeutique médicale elle-même.

Mais, trop prendre en compte la personnalité du patient, trop tenir compte de ses désirs ne risque-til pas de faire échouer le projet thérapeutique et donc les chances de guérison?

Il ne s'agit en aucun cas de s'y plier au point de compromettre les chances thérapeutiques, bien entendu. Mais tenir compte de la personnalité du patient et de ses désirs permet dans de nombreuses situations d'éviter bien des malentendus, voire des discordes, et d'éviter ainsi un certain nombre d'aléas, voire de risques thérapeutiques. L'écoute attentive de ses représentations est du reste un atout majeur et une nécessité pour que réussisse le projet thérapeutique.

L'enseignement de la psychologie médicale nous montre par exemple qu'à certaines phases de la maladie, notamment grave ou chronique, le patient peut se trouver pris dans un ensemble d'attitudes qu'il est bon de ne pas ignorer, comme par exemple le « marchandage », sous peine de faire échouer la prise en charge thérapeutique ou d'en réduire la qualité.

Cette nécessité de devoir négocier avec le patient certaines modalités de sa prise en charge est une

Cette nécessité de devoir négocier avec le patient certaines modalités de sa prise en charge est une situation fréquente en médecine, et dans laquelle la notion de temps est primordiale. On a presque toujours le temps de gérer une situation médicale donnée, même dans les cas les plus graves. Tout ne se fait pas, loin s'en faut, lors d'une seule consultation.

La prise en compte des représentations du patient en matière de refus de soins est à cet égard particulièrement instructive : très souvent le refus de soins est motivé par un fait pathologique de même nature qui a touché un proche et dont l'expérience a été douloureusement vécue. Le simple fait de permettre au patient de pouvoir nous en faire part, ce qui ne saurait se produire sans une attitude d'écoute sincère et empathique, suffit bien souvent à changer la donne. Cela opère en général par touches successives, autour de compromis, jusqu'à atteindre l'objectif recherché [3].

## 7.8.5.5 L'amélioration des techniques médicales doit aller de pair avec une amélioration de la prise en charge du patient

La preuve était faite que pour que les patients puissent bénéficier au mieux des progrès de la médecine, l'application brute des retombées de ces progrès était loin d'être suffisante à elle seule, mais devait s'accompagner d'une prise en charge psychologique, qui supposait qu'on passe dans le même temps d'une médecine de type paternaliste, infantilisant le patient, à une médecine participative conduisant le patient à connaître mieux sa maladie et à savoir se prendre en charge. On comprend par conséquent que cela suppose une bonne connaissance du patient, de ses conditions de vie, de ses représentations dont on a mesuré précédemment l'importance, et de son niveau de compréhension auquel on doit bien entendu s'adapter pour que le message éducationnel passe. Cette approche est donc centrée sur le patient, selon l'expression de Carl Rogers et la dénomination même du courant de pensée qu'il a créé.

Cela suppose un effort du médecin pour que se délocalise le point de vue de la démarche médicale qui passe ainsi de celui du médecin à celui du malade, processus dans lequel l'empathie est un atout majeur.

Surtout, les possibilités de modifications de l'état psychologique, de malléabilité, d'ouverture du patient dépendent pour une bonne part de l'action thérapeutique du soignant [3].

#### 7.8.6 Espoir que le patient place dans la relation de soin

Ce que tout soigné espère d'un soignant, et c'est aussi vrai en odontostomatologie, c'est non qu'il se mette à sa place mais qu'il prenne en compte ce qu'il vit. Cette attitude, c'est l'empathie, qui seule, peut rendre tolérable l'extrême soumission exigée par des actes techniques de hauts niveau. C'est « une expérience affective d'identification compréhensive à une personne avec le désir de saisir de façon originale ce qu'elle vit de façon unique et originale » (Fedida 1974). C'est à la fois un soutien et une réassurance : elle offre au patient une certitude que le praticien sait ce qu'il lui fait subir de désagréable, parfois de douloureux, pour le moins de contraignant.

L'empathie, c'est aussi le plaisir que, même dans la difficulté ou la fatigue, le chirurgien-dentiste ou le stomatologue, peut exprimer lors de l'exécution de son travail et qui donne au patient l'énergie nécessaire pour tenir jusqu'au bout de ce qui lui parait toujours interminable [84].

#### 7.8.7 Parallèle avec les médecins

D'ailleurs, plusieurs études sur les attentes des patients lors d'une consultation ou d'un suivi médical mettent en évidence que ce qu'attendent les patients du personnel soignant, c'est non seulement une compétence technique, mais également une présence humaine bienfaisante (qu'il se montre patient, rassurant, disponible et respectueux). Ils souhaitent ne pas être réduits à leur maladie (« pulpite du midi »), mais désirent avant tout être écoutés et reconnus en tant que personnes humaines. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Ainsi, une étude a montré que lorsqu'un patient commence à expliquer sa situation à un médecin, celui-ci l'interrompt en moyenne au bout de 18 secondes (Beckman, Ann Int Med 1984 –Etude sur 51 patients). Pourtant, écouter le patient jusqu'au bout ne nécessite pas un gros effort, puisque s'il n'est pas interrompu, il passe environ une minute et demi pour exposer son problème. Voici, à titre d'exemples, quelques propos recueillis sur les attentes des patients à l'égard de leur médecin [117] :

- « Une disponibilité, ça c'est important parce que quand on est mal, la seule chose qu'on a envie, c'est qu'on nous prenne en charge. Puis si l'on a mal à quelque part, surtout si l'on doit travailler, sa disponibilité, je trouve que c'est essentiel ».
- « Qu'il soit disponible, qu'il soit à l'écoute, pour moi ce n'est pas de la guérison mais pas loin, qu'il prenne le temps ».
- « L'écoute de toute façon en tout premier lieu, ça c'est évident parce que pour l'avoir expérimenté, il y a des fois des situations d'urgence où là, on a besoin des compétences, bien sûr, techniques du médecin, c'est essentiel puisque c'est vital. Si l'on va chez le médecin, on y va pour cela. Mais ça passe forcément par l'écoute puisque les symptômes on peut les expliquer, les dire » [118].

Marco Vannotti, par exemple, met à jour le besoin d'empathie du patient : «Bien que les patients n'évoquent pas directement le terme d'empathie, un certain nombre de ces comportements attendus répond aux critères d'une compréhension empathique de leurs problèmes. Ainsi, du point de vue du patient, l'empathie représente un élément fondamental dans la définition d'une relation humaine avec le médecin» (2002, p. 5) [117].

## 7.9 Quel est l'intérêt de l'empathie?

#### 7.9.1 Un rôle social

Le rôle prédominant de l'empathie est un rôle social. L'empathie serait impliquée dans les comportements prosociaux, la coopération, l'altruisme, la moralité et la justice (Eisenberg and Morris, 2001) [119]. Cela est confirmé par le fait que les individus qui présentent un déficit d'empathie sont plus susceptibles d'avoir des comportements agressifs et antisociaux que le reste de la population (Hoffman, 2000) [120].

De plus, la capacité à partager les expériences émotionnelles des autres permet de réagir de manière appropriée au contexte et aux individus, ce qui facilite la communication et crée une cohérence sociale (de Vignemont and Singer, 2006) [121]. Par exemple, imiter les actions des autres, appelé "effet caméléon", c'est-à-dire la tendance à adopter les gestes, les postures et les manières des autres, favorise l'attachement et l'affection (Lakin and Chartrand, 2003) [122]. De manière similaire, percevoir l'empathie d'une autre personne à son égard favorise le développement du lien affectif avec cette personne.

Ainsi, grâce à l'empathie il est possible d'observer des cycles d'interaction sociale : "tu comprends que je comprends ce que tu ressens". Dans le cas d'une interaction réussie, c'est-à-dire où les deux personnes ont le sentiment d'avoir compris et d'avoir été comprises, ces cycles seraient constitués d'une succession de comportements empathiques (pouvant être simplement la reconnaissance des émotions sur un visage) [123].

# 7.9.2 L'empathie, source de connaissance

La fonction de l'empathie n'est pas uniquement sociale. L'empathie fournit aussi des connaissances importantes sur notre environnement. Par exemple, en voyant quelqu'un être brûlé par une machine, nous accordons une valeur négative d'évitement à cette machine, sans avoir eu soi-même, au préalable l'expérience de la douleur provoquée par la machine (Keysers and Gazzola, 2006) [124]. Le mécanisme sous-jacent possible de la réponse empathique à la douleur peut être évolutif adaptative sur plusieurs niveaux. À un certain niveau, l'empathie avec la douleur d'autrui peut aider à la perception immédiate et l'évitement d'une menace pour soi-même (Yamada et Decety 2009) [125].

En ce sens, l'empathie est un outil d'évaluation efficace pour l'acquisition de nouvelles connaissances sur le monde qui nous entoure (Preston and de Waal, 2002) [126].

## 7.9.3 Un élément constitutif de la relation de soin

Si l'empathie est une faculté innée qu'il est difficile d'éprouver pour tout le monde, dans toutes les situations et qu'elle dépend de notre propre disponibilité psychique, elle est cependant particulièrement sollicitée quand on exerce une profession médicale ou paramédicale [127].

#### 7.9.4 Rôle dans la relation de soins

L'intérêt scientifique actuel pour l'empathie incite les cliniciens à s'interroger sur la place qu'ils lui accordent dans leur pratique quotidienne. Ceux-ci, surtout lorsqu'ils ne sont pas psychologues, auraient tendance à reléguer l'empathie au second plan, lui préférant des techniques qui répondent à la rigueur grandissante de la validité scientifique des moyens d'investigation et de soins. Pourtant l'empathie a tout autant sa place dans la relation de soin car il ne faut pas oublier que cette dernière est avant tout une rencontre entre deux individus [127].

Carl Rogers – nous l'avons évoqué – a fait de l'empathie la clé de la relation thérapeutique. C'est d'après lui parce que l'empathie, ou plus précisément l'écoute et la compréhension empathique, permet à l'autre de se sentir accepté, accueilli tel qu'il est, qu'il peut lui-même s'accepter, devenir une personne et ainsi évoluer et guérir. Par personne, Rogers entend – dit très synthétiquement – l'être dans son authenticité et son unité.

En effet, en comprenant de l'« intérieur » ce que vit l'autre, ce qu'il éprouve, comment il « voit » et comment il « sent », l'écoute empathique lui permet ainsi sans jugement, sans interprétation, de reconnaître et de s'accepter lui-même tel qu'il est réellement.

Or, c'est précisément parce qu'un individu peut s'accepter comme il est, qu'il peut évoluer et guérir, car il est alors moins fragile et prend moins le risque de se dissoudre s'il se remet en cause, s'il montre ses failles, s'il accepte de changer, bref s'il cesse de vouloir être quelqu'un d'autre que luimême [38].

Dans la relation praticien-patient au cours de la consultation en odontologie, l'empathie doit permettre au praticien :

- D'aboutir à une compréhension de ce que le patient exprime (plan cognitif). En d'autres termes, il faut reconnaître le sens de ce que le patient éprouve.
- De saisir l'expression des sentiments et des émotions du patient en se mettant à sa place sans laisser apparaître ses sentiments et ses émotions propres (plan affectif). Il faut être proche émotionnellement de ce que son patient ressent [56].

#### 7.9.4.1 L'empathie, ce qu'elle est pour le praticien

- <u>Essentielle à la prise en compte des besoins du patient</u> : de part une écoute et une compréhension empathique ainsi qu'une meilleure communication patient-praticien.
- <u>Aidant à la mise en place des meilleures stratégies thérapeutiques</u> : en expliquant notamment au patient l'intérêt pour lui et sa santé d'établir un lien durable avec un cabinet dentaire.
- <u>Elargissant la capacité diagnostique du praticien</u>: Une émotion que l'on comprend, c'est une émotion que l'on peut gérer, et avec l'expérience, utiliser. Le travail du soignant sera plus efficace: il créera une relation de confiance et aura un diagnostic plus précis [118].
- <u>Améliorant considérablement le confort de sa pratique</u> : Gage de meilleurs résultats thérapeutiques : à données équivalentes, pourquoi certains médecins et thérapeutes, en dehors bien entendu des compétences mises en œuvre, obtiennent-ils de meilleurs résultats quant à la motivation de leur patient ?
- <u>Elle est le gage d'un plus grand respect du patient envers le professionnel de santé</u>: Le sentiment d'être respecté en tant que médecin-dentiste et d'exercer une activité prestigieuse sont des conditions importantes pour le bien-être émotionnel dans cette profession (Gerbert et coll. 1994; Shugars et coll. 1991) [66].

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations sur l'empathie, on peut en déduire qu'elle est un outil majeur à notre disposition dans la conduite de l'acte médical [3].

## 7.9.4.2 L'empathie, ce qu'elle est pour le patient : elle lui permet [128]

- <u>d'être reconnu et considérer en tant que personne</u> : être dans l'empathie, c'est de facto ne pas ignorer ou ne pas nier l'autre ; c'est le reconnaître dans son existence, dans sa vie même [129]
- <u>de se sentir compris</u> : notamment par l'utilisation d'un vocabulaire adapté
- <u>de lui donner la possibilité de s'ouvrir, de confier ses soucis, ses sentiments, d'exprimer des émotions plus profondes</u>: par exemple « <u>c'est vrai que derrière cette colère il y a en fait toutes mes peurs » [130], L'attitude d'écoute empathique permet au patient de comprendre l'intérêt que le praticien lui porte, et le désir sincère qu'il a de l'aider [131].</u>
- <u>d'augmenter le degré d'estime de soi de la personne</u>
- De renforcer la relation de confiance soignant-soigné : si le praticien reconnait le patient comme une personne dans son entièreté et non comme un ensemble de dent à soigner, cela signifie qu'il est suffisamment ouvert au patient et qu'il sait lui-même oublier ses intérêts, qu'il le prend vraiment en compte, et qu'il ne cherche pas seulement à faire son devoir, à se débarrasser du problème. Il est alors digne de confiance, et il met le patient à ce moment précis en position de se confier à lui. C'est pourquoi l'empathie crée la confiance. La confiance est caractérisée par des attentes positives, des espoirs, c'est le fruit de l'expérience, du partage des valeurs universelles et de bonnes compétences dans le domaine de la communication. La confiance dépend donc de nos émotions ainsi que de nos perceptions (Rogers 2002, Yamalik 2005b). Dans le milieu médical, la confiance est un signe de respect de l'autonomie du patient (Yamalik 2005b). La confiance entre le médecindentiste et le patient est en quelque sorte l'alpha et l'oméga d'une bonne relation patientpraticien. Elle augmente la qualité des soins, la compliance, la satisfaction du patient, entraîne une motivation efficace du patient et permet d'éviter nombre de conflits. Pour le médecin-dentiste également, une relation de confiance est avantageuse, car elle lui procure une bonne réputation, les patients lui restent fidèles et il éprouve de plus hautes satisfactions dans l'exercice de sa profession (Yamalik 2005a, Yamalik 2005b). Les patients ont confiance en leur médecin-dentiste s'ils sont d'avis qu'il est compétent en raison de sa formation, qu'il s'engage pour leur bien-être, pour leur santé buccodentaire, de même que pour leurs droits et leur dignité (Yamalik 2005b).
- <u>D'augmenter l'adhésion thérapeutique du patient</u>: si le patient se sent considérer, écouter, il sera d'avantage motivé et aura envie d'avantage adhérer au projet de soin. En définitive, la façon dont le patient perçoit le médecin-dentiste influence le consentement à un traitement (Corah et coll. 1985; Corah et coll. 1988; Gale et coll. 1984). Même si le médecin-dentiste n'est généralement dépendant d'aucun autre spécialiste, le patient ne doit pas être oublié. Il préfère participer activement au traitement, collecter des informations, exprimer ses réserves et ses préférences relatives au traitement (Mataki 2000) [66].
- <u>D'augmenter la satisfaction du patient et du soignant</u> : <u>Comme le patient ne peut pas bien</u> évaluer les aspects techniques du traitement, la perception émotionnelle joue à cet égard un

rôle déterminant. Il réagit de manière émotionnelle à l'intervention médicale, car ses connaissances spécifiques en la matière sont restreintes. Comme il se situe en outre dans une relation de dépendance par rapport à son médecin-dentiste, il est livré à son expertise, à ses compétences techniques et à son évaluation médicale. Compte tenu de ces éléments, sa réponse émotionnelle se traduit par de l'incertitude et de l'anxiété par rapport au traitement (Mataki 2000). Il n'est donc pas étonnant que le degré de satisfaction du patient soit fortement corrélé avec la perception de la qualité de la relation médecin-dentiste/patient (Mataki 2000, Speedling & Rose 1985) [66].

En fait, la satisfaction est ce que le patient perçoit de ce que nous donnons, en fonction de ce qu'il attend : pour un service donné, les patients n'ont pas la même perception !

Même si le plan de traitement conseillé est pertinent, s'il n'est pas accompagné d'une explication montrant son adéquation avec la demande initiale, le patient ne sera pas totalement convaincu, et donc pas totalement satisfait; d'où la nécessité de bien connaître son patient et de communiquer avec lui [93].

# 7.9.5 Articles scientifiques tentant de mesurer l'intérêt de l'empathie

#### • Intérêts pour le soignant :

- Thomas M. R. [132], montre que l'empathie augmente la qualité de vie et le sentiment d'accomplissement professionnel du soignant.
- Shanafelt TD. [133], montre que l'empathie cognitive (définition au chapitre 1.5.5.) améliore le bien-être du soignant.
- Hojat M. [134], montre que l'empathie améliore les compétences cliniques des étudiants.
- Plusieurs études citées dans [135], montrent que les résultats d'interventions médicales ou psychothérapeutiques sont liés à l'empathie.
- Plusieurs études citées dans [136], recommandent aux médecins d'être empathiques pour diminuer les conflits et pour mieux les gérer.

#### • Intérêts pour le patient :

- L'empathie du praticien envers le patient participe à sa restauration narcissique et favorise son expression émotionnelle [137].
- Kim SS et al. [138], montrent que les patients considérant que leur médecin a de l'empathie sont plus satisfaits et plus compliants. Les mêmes résultats apparaissent dans plusieurs autres études [137], [139], [134].
- Dans [139], il est montré que de bonnes qualités empathiques améliorent la qualité des soins.

- Epstein R. M. [140], montre que les patients dont le médecin exprime plus son empathie face aux symptômes inexpliqués et à l'expression de l'inquiétude, sont plus confiants, plus d'autonomes et plus satisfaits.
- Thomas M. R. [132], montre que:
- > l'empathie diminue le sentiment de dépersonnalisation que peut ressentir le patient quand la relation de soins est centrée sur la dimension biomédicale,
- > l'empathie affective diminue l'épuisement émotionnel surtout chez les patients hommes
- > l'empathie réduit la dépression surtout chez les patientes femmes [81].

# 7.9.6 L'empathie, une compétence prisée par les patients

Dès le début des années 1960, Kriesberg et Treiman ont étudié les caractéristiques les plus importantes qui font un bon médecin-dentiste, à savoir:

- 1) la qualité des traitements,
- 2) la personnalité du médecin-dentiste,
- 3) la capacité de savoir s'y prendre avec les patients (compétences relationnelles),
- 4) les compétences professionnelles,
- 5) les traitements aussi indolores que possible,
- 6) les honoraires (Cohen 1978).

D'autres études ont tenté de savoir ce que les patients apprécient le plus chez le médecin-dentiste. Les compétences interpersonnelles et le professionnalisme ont été mis plus particulièrement en exergue; à cet égard, le médecin-dentiste devrait:

- 1) respecter les sentiments de ses patients,
- 2) être avenant,
- 3) ouvert
- 4) et honnête (Gerbert et coll. 1994; Yamalik 2005b).

Les patients préfèrent les médecins-dentistes qui leur expliquent en détail le traitement et font appel à leur collaboration (Rankin & Harris 1985). Selon ces études, les patients ont plutôt tendance à évaluer la médecine dentaire sur la base de leur expérience personnelle. Par contre, le travail du médecin-dentiste semble moins important, ainsi que le manque de collaborateurs qualifiés ou l'habileté du médecin-dentiste (Cohen 1978). Schumann a montré en ce sens que 85% de la réussite professionnelle est imputable aux qualités humaines, et 15% seulement aux compétences techniques (Schumann 2006). Manifester de l'empathie et se préoccuper du bien-être du patient: ces éléments sont décisifs pour le succès professionnel du médecin-dentiste (Corah et coll. 1988, Korsch et coll. 1971) [66].

# 7.9.7 L'empathie, un atout pour gérer les personnalités difficiles au cabinet

Malgré le peu de temps dont on dispose lors de la consultation, il faut repérer efficacement les patients qui nécessitent plus d'attention et adopter une attitude empathique envers eux afin que le soin se déroule dans des conditions optimales.

Il est important aussi de travailler efficacement et de se montrer compétent ce qui permet de rassurer grandement le patient. Il faut réussir à établir une relation de confiance avec le patient tout en faisant un soin efficace [74].

Une patientèle est composée d'individualités différentes : certains patients sont à l'aise avec leur dentiste, d'autres moins à l'aise, cela ne facilite pas le diagnostic et peut être peut avoir une certaine influence sur le résultat thérapeutique : le dentiste n'est-il pas le premier remède ?

Pour Wilson Learning, la clé de la réussite du praticien dépend de sa capacité à gérer et à valoriser les différences de ses patients. Connaître son «style de fonctionnement », celui de ses patients, comprendre leurs attentes en terme de communication aide chacun vers un diagnostic plus précis [141].

A travers quelques exemples retrouvés dans notre pratique quotidienne, nous allons voir quelles sont les attitudes à adopter face aux nombreuses personnalités de patients auxquelles on peut être confrontées en cabinet.

#### **Quelques exemples:**

#### 7.9.7.1 Le patient très bavard

« À propos docteur, j'ai oublié de vous dire... »

<u>Le contexte</u> : le patient est plutôt sympathique, mais n'en finit pas de raconter son histoire, mêlant considérations médicales et personnelles, fait sans cesse des digressions, se perd dans des détails. Lorsque la consultation est sur le point de se terminer le patient relance encore : « *J'ai oublié de vous dire quelque chose d'important, docteur !* » Le praticien a le sentiment de perdre son temps. Il est agacé et se demande comment couper court à la conversation.

<u>L'enjeu de la communication</u>: • Savoir interrompre tout en maintenant la relation.

<u>Les craintes du praticien</u> : • Blesser le patient en l'interrompant brusquement. • Se laisser déborder s'il ne fait rien.

<u>Tenter de comprendre</u>: pourquoi ce bavardage? Une façon de tromper son anxiété, le flot de paroles sert à éviter le sujet qui le préoccupe, mais cela peut également exprimer une anxiété propre au type de personnalité du patient (personnalité anxieuse et dépendante), le but étant de rester plus longtemps sous la protection du praticien.

À ne pas faire : • Laisser parler le patient sans l'interrompre. • Ne pas l'écouter. • L'interrompre brutalement. • S'énerver, l'agresser, le blesser.

<u>Les opportunités</u>: • Comprendre le sens du bavardage, le type de personnalité du patient, son fonctionnement psychologique. • Signifier au malade que l'on a entendu et compris son anxiété et ses difficultés.

<u>Comment faire</u> ? • Interrompre en montrant au patient qu'il a été entendu (empathie). • Interrompre en reformulant et en résumant : « Si je vous ai bien compris... ». • Interrompre en posant des questions successives : poser des questions permet au praticien de reprendre la main tout en aidant le patient à préciser sa pensée.

#### 7.9.7.2 Le patient qui refuse les traitements

« Il est hors de question que l'on me pose des mini vis ! »

<u>Le contexte</u> : le patient s'oppose catégoriquement aux conseils (ou au traitement) proposés par le praticien. Ce refus agresse le praticien et porte atteinte à son expertise médicale, cette situation se révèle angoissante pour lui.

<u>L'enjeu de la communication</u>: • Préserver la relation de soin qui ne se limite pas à un diagnostic et à une prescription. • Savoir se positionner entre obligation de soin et liberté individuelle du patient.

<u>Les craintes du praticien</u>: • Le risque encouru par le patient. • Agir contre sa volonté.

<u>Tenter de comprendre le sens du refus</u> : est-il dépressif ? Subit-il la pression de son entourage ? Est-il correctement informé sur sa pathologie, ses risques, ses traitements ? N'est-il pas dans le déni ? Que redoute-t-il ?

À ne pas faire : • Entrer en conflit avec le patient. • S'acharner à lui faire entendre raison. • Prendre au pied de la lettre le refus du patient. • Laisser le patient face à ses responsabilités : « C'est son choix ! » • Accepter ou s'opposer à un refus de soin sans s'interroger ni interroger le patient.

<u>Les opportunités</u>: • Comprendre les besoins et la demande latente du malade. • Se faire sa propre conviction concernant l'intérêt du malade: communiquer avec lui. • Faire alliance et nouer une authentique relation de soin.

<u>Comment faire ?</u> • Écouter le patient : le questionner sur ce que représente pour lui sa pathologie, le traitement. • S'intéresser à sa personne, à ses difficultés en général et ne pas se limiter à la problématique du traitement. • Reconnaître sa souffrance (empathie) • Ne pas juger ni faire la morale. • Amener le patient à préciser ses attentes. • Faire alliance.

#### 7.9.7.3 Le patient agressif

« Qu'est-ce que c'est que ce travail d'incapable! »

<u>Le contexte</u> : le patient est d'emblée agressif et met en cause les compétences du praticien concernant l'avancée du traitement. Il renvoie le praticien à son incapacité à le soigner. Celui-ci se sent agressé dans sa fonction de soignant.

<u>L'enjeu de la communication</u>: • Parvenir à établir un véritable dialogue et comprendre le sens de l'agressivité du malade.

À ne pas faire : • Réagir en miroir de façon agressive. • Transformer la relation soignant-soigné en un rapport de force qui conduirait inévitablement à une rupture de la relation de soins. • Se sentir dévalorisé, en échec. • Se justifier. • Se laisser insulter sans mettre de limites.

<u>Les opportunités</u>: • Gérer ses émotions et s'interroger: à qui appartient le problème, au praticien, au patient, au type de relation? • Montrer sa stabilité rassure et diminue l'angoisse. • Permettre au malade d'exprimer sa vision du traitement, ses inquiétudes, ses doutes. • L'impliquer dans la décision thérapeutique et lui donner une place de partenaire de soins.

Comment faire ? • Savoir écouter : éliminer une fausse impression d'agressivité : « Je me sens agressé, est-ce légitime ou est-ce mon interprétation ? » • Laisser parler le patient et faire preuve d'empathie pour lui permettre d'exprimer ce qui fait vraiment problème : « Je vois que vous êtes en colère » ou « je comprends que c'est difficile pour vous, vous voulez m'en parler ? » • Accepter que le malade puisse ressentir de la colère. • Rester calme et ne pas se laisser déstabiliser. • Impliquer le patient : l'objectif n'est pas de transformer le patient en prescripteur, mais de lui montrer que sa plainte est prise au sérieux et de le considérer comme acteur de sa prise en charge. • Il est fréquent que les patients agressifs refusent une position passive par rapport à l'autorité médicale et éprouvent le besoin de garder la main dans une certaine mesure. Les informer et les impliquer en tant que partenaires de soins leur donnent une maîtrise qui apaise leur angoisse. • Quand l'attitude du patient outrepasse ce qui est acceptable, le praticien doit savoir imposer des limites : « Je ne peux pas accepter que vous me parliez comme ça, quelles que soient vos difficultés que je respecte. Je serai prêt à vous écouter quand nous pourrons parler plus calmement. » • Il est important que le praticien pose ses limites tout en laissant une porte ouverte pour une communication future. Parfois la rupture est inévitable.

#### 7.9.7.4 La demande abusive

« J'y ai droit! »

<u>Le contexte</u> : malgré un contrôle de plaque déficient et une non-observance des recommandations qui conduit à son débagage, ce patient réclame pourtant d'être à nouveau appareillé.

<u>L'enjeu de la communication</u>: • Identifier la demande abusive, parfois évidente, parfois difficile à définir au-delà du service médical. • Savoir refuser tout en maintenant le lien thérapeutique. Savoir saisir l'opportunité pour informer et éduquer le patient.

<u>Les craintes du praticien</u> : • Accepter et aller contre ses convictions : se dévaloriser. • Refuser : donner au patient le sentiment d'être rejeté.

<u>Tenter de comprendre</u> : comment expliquer une demande médicale abusive ? • L'anxiété. • L'ignorance. • Le patient consommateur ou le patient revendicateur.

À ne pas faire : • Refuser sans discuter : le patient se sent rejeté. • S'énerver, critiquer la demande du patient. • Se justifier longuement. • Accepter et aller contre ses convictions.

<u>Les opportunités</u> : • Comprendre ce qui justifie la demande du patient • Clarifier sa propre éthique médicale. • Informer et éduquer le patient. • Renforcer sa crédibilité de thérapeute et le lien thérapeutique.

<u>Comment faire</u> ? • Interroger le patient sur le sens de sa demande. • Se faire une intime conviction. • Avancer ses arguments de façon claire et concise. • Utiliser l'empathie. • Chercher ensemble un compromis.

#### 7.9.7.5 Le patient qui se plaint sans cesse

« C'est difficile docteur... »

<u>Le contexte</u> : le patient plutôt réservé et gentil est bien connu du praticien pourtant il revient plusieurs fois en urgence pour des « gênes » et autres prétextes.

<u>L'enjeu de la communication</u>: • Accepter les plaintes itératives du patient comme un mode relationnel, sans se sentir mis en cause. • Écouter et entendre la demande du patient.

<u>Les craintes</u> : • Se sentir dévalorisé et impuissant. • Perdre patience, se démotiver, ne pas écouter le malade.

<u>Tenter de comprendre</u>: la plainte est une demande d'aide physique ou psychologique que le patient adresse au praticien. Fonction de la plainte : • Se faire entendre : le patient veut être connu, reconnu. La plainte est une demande d'aide. • Agresser, punir : les plaintes sans fin peuvent être le moyen d'agresser le praticien en le mettant constamment en échec, le patient reste le maître du jeu. • Le patient anxieux : le patient anxieux se monter bavard, le récit ininterrompu de ses maux est une façon de prolonger la consultation, il redoute la séparation avec le médecin.

À ne pas faire: • Minimiser la plainte: « ce n'est pas grave », le praticien pense rassurer le patient alors qu'il le blesse en ne reconnaissant pas sa souffrance. • Se croire incompétent, impuissant, inutile. • En vouloir au patient. • S'irriter. • Ne plus écouter la plainte.

<u>Comment faire</u>? • Donner au patient l'autorisation de se plaindre et le laisser parler. S'il est trop bavard recadrer son discours en l'interrompant par des questions, ce qui représente deux avantages : lui montrer de l'intérêt et l'aider à prendre du recul et à l'interroger sur le sens de sa plainte. • Écouter avec empathie : « Je comprends que c'est difficile pour vous. Je vous écoute ! ». • Proscrire les affirmations telles que « ce n'est rien », « c'est psychologique » qui donnent l'impression au patient d'être pris pour un malade imaginaire. • Faire accepter qu'il existe des limites à notre action,

mais ne pas dire « il n'y a rien à faire ». Il y a toujours quelque chose à faire. • Impliquer le patient dans la prise en charge : en discutant avec lui de la stratégie thérapeutique : en prescrivant des comportements d'hygiène de vie qui favorisent le sentiment de maîtrise [142].

#### 7.9.8 Conclusion

Fondamentalement, l'empathie est une qualité d'accueil de l'autre. Nous offrons ainsi les deux choses les plus précieuses que peuvent échanger deux êtres humains : du temps et de l'attention. Il s'agit de prendre le temps de s'affirmer par une présence tranquille et sécurisante, au lieu de court-circuiter la relation et d'en payer le prix en termes de rendez-vous annulés, remarques acides sur le montant des honoraires, non-observance du traitement, etc [143].

Cet accueil se fait de la manière la plus globale possible : autant que notre écoute, il implique notre ouverture à l'instant et notre attention au non verbal [144].

La communication médicale implique une attitude de respect et d'authenticité [84].

# 7.10 Quelles qualités devraient être développées pour être empathique ?

- \* Un profond respect de la personne :
- Reconnaître l'opportunité d'un geste, d'une action, d'une information, d'une réponse appropriée.
- Ne pas juger la personne
- Ne pas avoir de préjugés sur son comportement
- Reconnaître explicitement les efforts dont il fait preuve pour aborder son problème
- \*L'authenticité : la relation honnête, franche, sans mensonges ni artifice : tenter d'être soi-même, de développer son assertivité.
- \* Se concentrer sur le patient. Etre là pour lui et personne d'autre à ce moment.
- \* <u>être sincère</u>: C'est une attitude éthique qui rend possible l'établissement d'une relation de confiance. Dans la consultation, le médecin postule, dès le départ, que le patient est sincère dans ce qu'il dit. Sans ce « postulat de sincérité », il n'y a pas de relation possible. Médecins et patients peuvent éprouver dans une consultation des émotions -même négatives- qui méritent d'être abordées avec sincérité [145].
- \* <u>Les voir</u>; <u>les entendre</u>. 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 a eu la même maladie…».

- \* <u>Se poser des questions avec les patients</u>. Par exemple pour la prescription d'un traitement: «comment est-ce que vous ressentiriez le fait de...» ;
- \* <u>Les encourager à parler</u>. 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 «pouvezvous 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 [100].

Si le praticien communique avec sincérité, fait preuve d'empathie, de respect et s'identifie à son interlocuteur, le patient se sentira autorisé à parler et donnera les codes d'accès de sa santé dentaire. Bien sûr, mieux vaut le regarder en face, s'asseoir en face de lui et éviter la position d'infériorité liée au fauteuil. Il nous fera davantage confiance qu'à un praticien "nerveux" et glacial. Pour dépasser les blocages, il est essentiel de se concentrer sur :

- une approche en douceur de l'intimité buccale;
- une dédramatisation et une démystification des soins dentaires [64].

# 7.11 Risque et difficultés à mener une relation non empathique

Comme souvent, l'affect présenté par le patient n'est pas pris en compte, et le praticien continue dans sa quête d'éléments de diagnostic. Parfois aussi, lorsqu'une émotion émerge, il change abruptement de sujet, coupant ainsi une relation empathique possible. Certains soignants craignent qu'une réponse empathique ouvre les vannes d'un torrent émotionnel débordant et incontrôlable. S'il est vrai que le sentiment d'être compris va peut-être permettre au patient d'en dire plus sur luimême, il est rare qu'il le fasse d'une manière désagréable. En revanche, chez le clinicien non «empathique», le patient va répéter ses messages de malaise en les augmentant pour tenter de se faire entendre, puis il passera à de longues litanies de récriminations et de reproches.

Les études montrent qu'il n'est pas aisé d'acquérir en toute situation l'empathie souhaitable. Certains malades sont humiliés par leurs situations et auront tendance à nous le faire sentir en nous humiliant aussi. D'autres sont en colère. Travailler nos propres émotions, même avec un soutien (supervision ou intervision) peut rencontrer des obstacles subjectifs. Tout le monde a tendance, qu'il soit soignant ou non, à ne pas approcher des thèmes qui lui ont été personnellement difficiles à porter dans sa propre vie intérieure. Ces «évitements» sont importants à reconnaître, et, dans la mesure du possible, à combattre par un travail intérieur. Respectons cependant aussi les limites propres à chacun de nous et renonçons au rêve d'une toute-puissance [100].

# 7.11.1 Manque d'empathie : exemples d'attitudes fréquentes du soignant

- <u>L'évitement passif des émotions</u>: la tendance naturelle des soignants et les conventions sociales encouragent plutôt à la retenue des émotions. De plus l'absence d'enseignement de la gestion des émotions et le « hidden curriculum » ou « enseignement off » (= enseignement oral entre enseignants et étudiants en dehors du cadre du cours ou travaux dirigés) poussent le soignant à ne pas se saisir de la problématique des affects et à se protéger des émotions négatives qui l'affectent trop. Ainsi dans la relation de soins il y a une minimisation non intentionnelle des émotions notamment négatives chez le soignant et le soigné (anxiété, tristesse, colère, mépris, indignation, désespoir,...) [80].
- <u>La crainte de déferlement des émotions</u>: N'ayant pas d'outils pour gérer leurs émotions et celle du patient, les soignants ont peur d'aborder les sujets chargés affectivement par crainte d'être envahis par un excès d'émotions [80].

Morse et al. (2008) ont montré que sur 384 opportunités empathiques, les médecins ne manifestaient de l'empathie que pour 39 d'entre elles et majoritairement dans le dernier tiers de l'entrevue alors que les opportunités empathiques surviennent tout au long de la consultation [146].

# 7.11.2 Fausse empathie et crainte d'être « embarqué »

Il y a certes des conséquences négatives à ne jamais être dans l'empathie, mais croire être empathique quand on éprouve de la sympathie pour quelqu'un, de l'affection ou simplement quand on passe beaucoup de temps à écouter l'autre, comporte des risques.

Selon le contexte, la nature de la relation, on peut perdre du temps ou de l'énergie – par exemple, si l'on s'investit trop affectivement sans nécessité – ou bien encore générer des frustrations – si l'autre réalise que la « sympathie », l'« écoute », le comportement « affectif » sont en réalité une fausse empathie –, ce qui conduit parfois à une véritable et très rapide dégradation de la relation.

C'est aussi quand on n'est pas vraiment dans l'empathie que l'on risque le plus de se laisser « embarquer » par l'autre, de perdre de vue ses objectifs, de ne plus jouer réellement son rôle, voire de manquer de pertinence — au cours d'un entretien par exemple. Lorsqu'on sympathise, quand on est « affectif » ou bien quand on écoute trop, il y a un risque réel de ne plus maîtriser la situation et/ou de perdre de vue ses objectifs et intérêts. Lorsque l'on craint de se laisser envahir par les émotions, les états d'âme d'autrui, de ne pas savoir mettre une limite, d'être soi-même déstabilisé, c'est souvent précisément parce que l'on n'est pas dans l'empathie mais dans autre chose. Cette crainte peut d'ailleurs conduire des personnes qui se savent très « affectives » et trop « empathiques » à préférer par « protection » rester indifférentes, froides et factuelles, dans le contrôle d'elles-mêmes, au risque de passer là aussi à côté de l'objectif.

Détecter la fausse empathie permet de facto d'être davantage dans l'empathie réelle.

Ainsi, savoir détecter la « fausse » empathie comporte, outre ne pas se leurrer soi-même, un double avantage : celui de ne pas se méfier à tort de l'empathie – qui, elle, ne peut être que bénéfique – et, inversement, de se méfier davantage d'attitudes qui, pour paraître altruistes, tournées vers l'autre et donc en apparence empathiques, ne le sont pas forcément...

| « Vraie » empathie                      | « Fausse » empathie        |  |
|---|----------------------------|--|
| Attitude centrée sur l'autre            | Attitude égocentrée        |  |
| Aucune nécessité de lien affectif       | Présence ou recherche d'un |  |
|   | lien/affectif/affection    |  |
| « Compréhension » de l'émotion          | Partage de l'émotion       |  |
| Représentation/imagination de l'émotion | Projection                 |  |
| Absence de risque « fusionnel »         | Risque de « fusionnel »    |  |

Figure 6 : différencier la « vraie » et la « fausse » empathie

Il y a, certes, de multiples obstacles à l'expression de l'empathie. Le risque, mis en avant par certains soignants, est de se laisser envahir par les émotions, de ne plus maîtriser suffisamment la distance protectrice et de perdre ainsi en efficacité. Ceci est particulièrement le cas face à des personnes souffrant de maladies incurables, et encore plus s'il s'agit d'enfants. Mais c'est pourtant bien ces personnes qui ont le plus besoin de chaleur humaine. Certains évoquent également le manque de temps, ou encore le fait que cela ne fait pas partie de leur travail. Or, ce serait une erreur de considérer que l'écoute des malades doit être réservée à des spécialistes — « les psys » —, alors qu'il s'agit là d'une facette essentielle de l'acte soignant. Peut-être faudrait-il changer la culture de l'univers soignant en réhabilitant la valeur des émotions ? Car comment peut-on apporter son soutien à la personne en souffrance si on blinde toute émotion en soi ? [147]

# 7.12 Obstacles à la mise en acte de l'empathie

#### 7.12.1 Les écueils à éviter

Voici quelques pièges classiques dans lesquels il nous arrive de tomber et qui, malgré nos intentions font obstacle à une connexion empathique à l'autre ou à soi.

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 [143].

- 1. Savoir pour l'autre
- 2. Chercher à comprendre au détriment de la connexion
- 3. Résonance à l'intérieur de soi
- 4. Vouloir faire quelque chose

Consoler, compatir, etc.

- 5. Ramener à soi Conseiller, moraliser, corriger, comparer, surenchérir, dévier sur des anecdotes, clore la question, justifier.
- 6. Chercher une solution Se focaliser sur une stratégie
- 7. Se placer sur le plan de la sympathie ou de l'antipathie
- 8. Croire aux croyances
- 9. Reformuler littéralement des croyances
- 10. Limiter le champ des possibles (A ou B)
- 11. Etre figé sur une forme correcte
- 12. Vouloir donner de l'empathie
- 13. Rentrer trop vite dans l'empathie sans exprimer d'abord ce qui nous motive à le faire
- 14. Aller trop vite, laisser l'autre dans un débit rapide
- 15. Refléter un besoin qui n'est pas dans l'instant
- 16. S'appesantir sur les sentiments au détriment des besoins
- 17. Longueur excessive de nos reformulations

# 7.12.2 Le manque de compétence à gérer les vécus émotionnels

La formation des chirurgiens-dentistes, et plus globalement celle du corps médical, est fortement axé sur le processus de la maladie, l'apprentissage de techniques et occulte partiellement la question du relationnel (Dufour-Gompers, 1992; Keller et Caroll, 1994; Moraes, 1994; Libert et al, 2001; Wilks et al, 2002; Stern, 2006) [103], [148], [149], [150], [151].

Cette remarque s'applique aussi bien au contexte médical français qu'anglo-saxon. « Un des obstacles les plus importants au cheminement vers l'empathie se situe dans le modèle bio médical des soins. Les praticiens ayant reçus une formation scientifique abordent les problèmes de soins avec un esprit fractionnel-analytique et porte un diagnostic (c'est-à-dire un jugement) avec une idée réductionniste de la maladie (c'est-à-dire en ne voyant pas le patient comme une personne) et du monde. (...) Un modèle bio psycho socio culturel est fondamental pour accepter l'empathie comme une qualité thérapeutique précieuse ». (Moraes, 1999, p100) [152], Stern (2006, p70) note également que « si les internes (sont) bien formés au niveau scientifique, ils semblent moins aguerris dès lors qu'il s'agit de relations humaines, tant vis-à-vis des patients et de leur entourage, qu'au niveau des équipes ».

Une autre raison fréquemment évoquée est qu'à l'hôpital général (ainsi que dans les chu) la question du somatique prime par rapport à l'état psychologique du patient. Ceci est notamment lié au fait que les patients sont vus par rapport aux symptômes physiques qu'ils représentent. Lorsqu'un patient se présente dans nos services, on lui demande en premier lieu quel est le motif de sa présence, de manière à pouvoir l'orienter vers le professeur spécialisé dans le domaine de compétence le concernant. Ainsi, en hôpital général, selon la pensée populaire, on y soigne des corps souffrants. Dès lors, il est difficile de concevoir la place de l'angoisse dans un lieu qui se veut techniciste, même si cela est remis en question et que les politiques de santé actuelles vont dans le sens d'une prise en charge globale du patient. Des situations où l'hôpital est utilisé, en raison de sa spécificité, c'est-à-dire comme un lieu qui permet au patient d'être reconnu, non pas comme relevant d'un malaise psychologique, mais bien comme porteur d'une atteinte somatique supposée, bien que cette

souffrance trouve en fait son origine ailleurs » (Cremniter, Jamain, Le Moud, et Brevier, 1988, pp. 19-20) [153].

Cette difficulté à adopter une attitude empathique peut être liée au phénomène de l'angoisse généré par la situation de la rencontre avec le patient et, ce d'autant plus, qu'il s'agit d'un lieu où le cloisonnement prime.

Cet argument peut expliquer la difficulté qu'ont les soignants à prendre en charge le versant relationnel est souvent contrée par l'idée que l'expérience clinique grandissante, le soignant gagnerait en maturité et serait par conséquent plus empathique au fur et à mesure que les contacts avec les patients se font plus nombreux. Or, une étude de Thomson, Hassenkamp, et Mainsbridge (1997) montre que ce n'est pas le cas. Ainsi, sans une réflexion sur sa pratique professionnelle, le soignant se trouvera forcément dans des impasses [154].

Le manque de formation concernant les aspects relationnels du soin amène les soignants à employer des défenses professionnelles parfois inadéquates, qui peuvent alors se révéler délétères pour les patients [24].

# 7.12.3 Défense professionnelle et culture de métier

La relation soignant/soigné met en relation deux personnes, et ce n'est pas la fonction ou le titre de soignant qui vont permettre d'éviter les écueils et les risques qu'implique cette rencontre. Afin d'éviter un trop plein d'affects mortifères, les soignants adoptent des mécanismes de défense. Il est tout à fait normal et nécessaire que le personnel soignant mette en place des mécanismes de défenses : « Si son psychisme (le praticien) était totalement capturé par les objets de perception qui lui tendent en miroir la dégradation, l'infirmité, la douleur ou la mort de l'autre, il maîtriserait difficilement l'atteinte narcissique. Les sentiments dépressifs, les conduites agressives, ou les troubles de l'anxiété deviendraient son lot » (Renault, 2000, p78) [155]. Ainsi, l'utilisation de mécanismes de défense est fondée.

La question des défenses professionnelles est en mettre en lien avec la culture de métier des soignants. Ils sont mis dans une position tout à fait paradoxale. Ils doivent être en effet « émotionnellement impliqués et en même temps maintenir une certaine distance émotionnelle » (Dale et Larson, 1993, p41), sans avoir le bagage nécessaire pour y parvenir [156].

Les soignants se retrouvent ainsi dans une impasse, ils sont censés s'occuper du relationnel sans avoir les moyens de le faire et pour ne pas montrer leur faille aux collègues, vont prendre sur eux, pour faire face, même s'ils sont en difficulté. Cette culture de ne pas dévoiler leur problèmes vient les mettre en difficulté lorsqu'ils sont touchés par une situation. Reconnaître que la situation les a affectés vient remettre en cause leur capacité à savoir prendre de la distance par rapport aux patients, ils se sentent fautifs et ne peuvent pas en faire part à leurs collègues. Ce phénomène de dissimulation se nomme le « self-concealment » (Larson et Chastain, 1990), c'est-à-dire la dissimulation active vis-à-vis des autres informations personnelles qui seraient perçues comme pénibles ou négatives [157].

Ainsi, « parce qu'ils ont peur d'une évaluation négative des autres ou d'une comparaison défavorable avec une image interne, beaucoup de soignants cachent leur difficultés vis-à-vis des autres et sentent qu'ils sont fautifs quand de tel problèmes arrivent. (...) Ils ont le désir de maintenir une estime dans

les yeux des autres, ils ont peur en révélant leur détresse de projeter une image indésirable d'eux même aux autres » (Dale et Larson, 1993, p7).

La présence de normes et la passation de ces normes des anciens vers les plus jeunes jouent aussi le rôle de vecteur et de contrôle de la profession, les défenses professionnelles sont donc transmises d'une génération à l'autre : « L'expression des émotions est régulée par des normes très partagées dans ces milieux : la maîtrise de soi est une valeur apprise dès le premier contact avec l'hôpital. On doit s'avoir se tenir, ne pas s'effondrer en larmes devant un malade, une famille, un médecin ou un collègue » (Cosnier, 1993, p341) [158].

Les soignants doivent avoir une certaine maîtrise d'eux même : ressentir ou avouer ses émotions vient remettre en cause les normes professionnelles et met en péril l'équilibre du soignant. Il est alors difficile en adoptant une telle maîtrise de ses émotions, de pouvoir se laisser toucher par ce que vit le patient.

Car relater ses propres angoisses peut révéler les angoisses des autres soignants, et mettre en péril l'équilibre psychique groupal.

Afin de faire face à des situations difficiles que les soignants ne peuvent élaborer, ils vont mettre en place toute une batterie de stratégies défensives. Les mécanismes de défense repérables dans le cadre de l'activité du soin sont l'absentéisme (évitement), l'indifférence (isolation), la parcellisation, la suractivité et la rationalisation.

« La fonction défensive des représentations du patient se manifeste par sa réification (il est considéré, manipulé comme un objet) et par une déshumanisation de la relation. Quant à la suractivité, elle relève d'une défense maniaque qui permet de substituer du faire à l'être avec, de surinvestir la dépense énergétique dans les activités multiples afin d'éviter la relation aux patients. L'auto-accélération du rythme de travail contribue aussi à un épuisement et à un rétrécissement des capacités de pensées » (Lhuillier, 2006, p165) [159].

Les praticiens sont confrontés à la souffrance des patients imputable à la maladie elle-même, mais également à celle dont ils sont responsables directement de par les différents traitements et examens qu'ils leur infligent.

Il est difficile pour un soignant de voir un patient avoir mal « à cause de lui ». Le soignant est à la fois un bon objet car il est celui qui soigne et le mauvais objet car il dispense des soins parfois douloureux aux patients (difficulté à anesthésier, avulsion difficile...). Pour supporter cela, certains soignants « gomment » l'aspect souffrance que pourraient leur renvoyer les patients. Ils relativisent la douleur ressentie par ces derniers en les qualifiant de « douillets » (par exemple : personne très sensible lors d'un détartrage réclamant une anesthésie de confort). Ainsi, les soignants ne se sentiraient plus comme étant de « mauvais objets ». Ce type d'attitude, selon Dale et Larson (1993), amène les soignants à omettre ou à avoir tendance à minimiser la détresse des patients et induire chez eux en retour une tendance à masquer leur détresse. Les patients ont le sentiment d'être incompris et pensent que s'ils se permettent de se manifester, ils bénéficieront d'un moins bon support de la part des soignants en retour. Les patients ont ainsi peur de se faire taxés de mauvais patient ».

Delhaye et Lostra (2007, pp. 53-54) [160], montrent combien il est difficile pour le soignant d'instaurer une véritable relation empathique avec les patients. Ce qui est au cœur de ces difficultés, c'est la prise de distance par rapport aux émotions exprimées par le patient, la dimension du

« comme si ».

Ces auteurs résument ce qu'il se passe pour les soignants tout au long de leur parcours professionnel. Ils proposent ainsi l'existence de 3 stades « d'empathie » par lesquels peuvent passer les soignants au cours de leur carrière.

Le premier stade appelé « pseudo empathie », est caractérisé par le fait que « le soignant est empêché d'être empathique de façon optimale de par sa subjectivité défensive et des émotions envahissantes teintées de projection » [160]. Ce premier stade s'éprouve typiquement dans les premiers stages effectués. Ainsi, le soignant ne veut pas se laisser atteindre par les émotions du patient.

Dans un second stade, il fait preuve « d'une conscience plus fine, plus aigüe aussi du mal qui assaille le patient. Le soignant se trouve sous l'emprise d'une sorte de « commisération », le centrant d'avantage sur la personne en souffrance ». Ce stade est nommé celui de l' « empathie souffrante ». Le soignant annihile la séparation qui existe avec le patient, il souffre avec ce dernier. Dans un troisième stade, pour se protéger émotionnellement, le soignant va adopter une attitude défensive envers le patient. « Une position de repli émotionnel est adoptée. Le soignant se centre sur l'acte technique, sur la démarche professionnelle ».

Les mécanismes de défenses sont présents tout au long du parcours professionnel du soignant et l'empêchent donc d'être en empathie avec le patient [24].

# 7.12.4 Burnout et empathie?

#### Quelques mots à propos du burn out

Le burnout est un concept anglo-saxon qui a été employé pour désigner un « épuisement professionnel lié à la rupture physique, émotionnelle et mentale, consécutif à un stress professionnel constant » (Tarquinio et Fisher, 2006, p111) [161].

Des auteurs mentionnent l'existence d'une relation entre burnout et empathie. Kuremyr, Kihlgren, Norberg, Astrom et Karlsson (1994) [162], soulignent qu'il y a une relation causale linéaire entre burnout, diminution de l'empathie dans la pratique soignante et attitude moins positive envers le patient.

Ainsi, selon ces auteurs, le burnout amène le praticien à développer une pensée négative lié à une diminution de l'empathie, et à une moindre implication positive envers les patients, ce qui se traduira par une moins bonne prise en charge de ces derniers.

Palson, Hallberg, Norberg et Bjorvell (1996) [163], pensent également qu'un niveau bas de burnout chez les soignants est lié à une élévation de la compréhension empathique et des capacités de coping. Ainsi, les résultats de cette étude mettent en évidence l'existence d'une corrélation significative et négative entre burnout et empathie.

A l'inverse, une étude menée par Mokslas en 2007 sur les relations entre l'empathie, l'engagement professionnel et l'épuisement professionnel arrive à la conclusion que l'empathie est bénéfique pour les patients mais pas pour les soignants. En effet, l'empathie serait considérée comme un facteur prédisposant au burnout. Cette dernière augmenterait séquentiellement avec le nombre d'années d'expérience et l'engagement professionnel [164].

#### 7.12.4.1 Facteur à prendre en considération

Trois facteurs interdépendants sont en prendre en considération lorsque l'on évoque le burnout : social, organisationnel et intra personnel (Claix Simons, 2003) [165].

#### **7.12.4.1.1** Le facteur social

Il concerne les aspects socio-économico-financier.

En effet la politique de soin actuelle oblige les soignants à accomplir des tâches de plus en plus lourdes et complexes. De plus, les pressions administratives, légales et financières que subit notre profession sont parmi les plus importantes de toutes les professions médicales.

Au sein du cabinet, le chirurgien-dentiste assume d'autres rôles que celui de soignant.

Tout d'abord, le praticien a de nombreux devoirs administratifs :

- gestion de la comptabilité,
- gestion des stocks,
- rédaction de courriers aux confrères,
- relations avec le Conseil de l'Ordre et les syndicats,
- relations avec le dentiste-conseil et la Sécurité Sociale,
- envoi des notes d'honoraires,
- négociations avec les fournisseurs,
- déclarations d'impôts.

Toutes ces contraintes administratives s'ajoutent au temps passé au fauteuil [166]. Certaines tâches peuvent être déléguées à une secrétaire ou une assistante, mais d'autres requièrent l'intervention du praticien.

De plus, la profession doit faire face à la multiplication de contentieux et de procédures judiciaires. Les patients acceptent de moins en moins un échec thérapeutique. Le chirurgien-dentiste est de plus en plus confronté à une obligation de résultats et non de moyens. Or, le jugement sanction est un facteur de stress important [167].

Enfin, le praticien gère l'aspect financier : budget, investissements, évolutions à donner au cabinet. Le rachat ou la création d'un cabinet représente une prise de risque non négligeable. La rentabilité d'un cabinet est moindre qu'il y a 30 ans. De nombreux consommables jetables augmentent les coûts de fonctionnement [167].

Ainsi, le praticien n'est pas seulement un soignant mais aussi un chef d'entreprise. Il doit également jouer le rôle de manager : organiser le travail avec son ou ses assistantes, éventuellement une secrétaire et veiller à instaurer une ambiance saine propice au travail [168].

Ces contraintes ne permettent pas d'atteindre la qualité de travail exigée, alors que la société a fait des idéaux d'excellence une valeur dominante.

#### 7.12.4.1.2 Le facteur organisationnel

Il englobe la surcharge de travail, l'adaptation aux nouvelles technologies, l'interruption des tâches : « les résultats de nos nombreuses études nous amènent à penser que le burnout n'est pas un problème lié aux personnes elles-mêmes, mais à l'environnement social dans lequel les personnes travail » (Courtial et Huteau, 2005, p386) [169].

En effet, le chirurgien-dentiste peut être confronté à un excès de travail tant sur le plan quantitatif que qualitatif [170].

La surcharge qualitative désigne le fait de ne pas pouvoir réaliser son travail de manière satisfaisante, par manque de compétences ou manque de temps. Il n'est pas toujours possible de répondre complètement aux doléances du patient, de conserver une dent trop délabrée ou de soulager totalement la douleur. Cela peut être vécu comme un échec par le praticien, qui remet en cause son savoir-faire clinique.

La surcharge quantitative se manifeste par un trop plein de travail, de patients dans un temps limité, faisant de la journée de travail une course contre la montre [171]. Cependant, plus que l'amplitude horaire, c'est le nombre de patients suivis qui amènent à un surmenage. Notamment, l'écart entre le nombre réel de patients vus par jour et le nombre souhaité par le praticien contribue à l'apparition du burnout [172].

De plus le contact avec les patients difficiles est un des principaux facteurs de stress et est étroitement lié au burnout dans la profession (Gorter et al., 2008) [173]. L'anxiété ou la nervosité du patient est clairement un facteur de stress pour le chirurgien-dentiste (Kay et Lowe, 2008) [174].

Une mauvaise relation avec les patients est un des trois facteurs de risque de burnout augmentant la dépersonnalisation et la perte de motivation (Murtomaa et al., 1990) [175].

À l'inverse, de bonnes relations avec ses patients diminuent l'influence négative des exigences professionnelles (Hakanen et al., 2005) [176]. Une pratique régulière d'exercices de conversations permet au praticien d'améliorer nettement ses relations avec ses patients (Gorter, 1999) [177].

La dimension relationnelle de la profession n'est pas suffisamment abordée par la formation initiale du chirurgien-dentiste.

Pour de nombreux praticiens, communiquer est une perte de temps, informer le patient un acte répétitif et peu intéressant et développer sa capacité de conviction, une manipulation mercantile (Tigrid et Sintes, 2009) [178].

Le résultat final est la fatigue physique et émotionnelle grandissante. La distanciation peut se faire en ne considérant chaque patient que comme un symptôme et plus comme une personne dans sa globalité. Le praticien peut toujours avoir de l'humour mais qui sera toujours accompagné de cynisme, maintenant une barrière à l'empathie (Wolfe, 1981) [179].

La contrainte liée à l'organisation même et la rationalisation du temps de travail est une problématique importante de la prise en charge des patients. En effet, les praticiens manquent souvent de temps pour parler avec leurs patients.

Et c'est ainsi que lorsque les praticiens parlent de « mauvais patients », ils évoquent ceux qui demandent une prise en charge plus importante.

Toutefois, il existe des situations où les praticiens se réfugient derrière le manque de temps pour justifier leur prise de distance avec les patients. Il faut donc parvenir à différencier ce qui est du ressort de l'organisationnel, et ce qui est d'ordre défensif « du temps supplémentaire qui peut certes donner des marges de manœuvre, mais ne préjuge en rien de ce qui est réellement déployé concernant l'accompagnement des patients » (Gaudart, 2009, p30) [180].

#### 7.12.4.1.3 Le facteur interpersonnel

Il est lié au fait que le burnout met en jeu l'idéal du moi du soignant et ce dernier fera preuve d'un engagement excessif au près des patients. En effet, l'excellence recherchée dans la qualité des soins, tant technique que rationnelle, active le désir d'un idéal, mais par ailleurs les contraintes organisationnelles en font un objectif inaccessible (Claix-Simons, 2003) [165]. Le soignant se trouve donc dans l'impossibilité d'instaurer cette relation « idéale » de qualité avec le patient et subi les effets psychiques délétères de l'injonction paradoxale (Searles, 1959) [181]. Une des conséquences les plus préjudiciables de ce burnout du soignant dans le cadre de la relation relationnelle du soin, c'est alors l'objectivisation, voire la déshumanisation du patient. En effet, l'aspect émotionnel de cette relation est déjà considéré par les soignants comme une source de tensions psychologiques supplémentaires (Delbrouck, 2003 ; Manoukian, 2009) [182], [183].

De plus d'après étude « OpinionWay » pour « American Express » menée en septembre 2012 auprès de 212 dentistes sur les difficultés rencontrées dans la gestion de leur cabinet, 45% des dentistes interrogés ont évalué la « relation avec les patients » comme l'aspect de la profession le plus stressant et fatiguant devant les « soins effectués » (43%) et la « gestion financière du cabinet » (41%) [184].

Si les soignants sont confrontés à des contraintes organisationnelles, parfois, ces mêmes contraintes deviennent des mécanismes de défenses professionnels où viendront se légitimer certains comportements (rationalisation) [24].

Ces différents aspects conduisent à un conflit de rôles. Plusieurs de ces tâches sont incompatibles entre elles : la réalisation de l'une rend difficile, voire impossible la réalisation de l'autre ; les obligations administratives empiètent sur le temps passé au fauteuil. Ces attentes contradictoires engendrent une tension psychologique favorisant l'apparition du burnout. De plus, la formation initiale n'aborde quasiment pas ces sujets et le chirurgien-dentiste sortant de la faculté peut se sentir bien démuni face à toutes ces responsabilités. Dans une étude néerlandaise de 1997, Gorter et al. notent que le travail est plus stressant que prévu pour 45,1% des jeunes diplômés et le management plus difficile pour 43,4% d'entre eux [185].

# 7.12.4.2 L'affirmation de soi et le développement des capacités d'empathie, une solution face au burnout

Dans des circonstances difficiles, les personnes qui ont une saine estime de soi se ressaisissent plus facilement (Malenfant, 2011) [186].

L'affirmation de soi regroupe un ensemble de techniques comportementales axées sur l'amélioration des interactions sociales et le développement des capacités d'empathie. Le comportement affirmé, qui s'oppose à la fois au comportement passif et au comportement agressif, se définit par l'expression de ses pensées, besoins et sentiments, de la manière la plus claire et la plus directe possible. Il s'exprime sans ressentir de tension excessive et en tenant compte des pensées, besoins et sentiments de son interlocuteur. C'est aussi agir dans ses propres intérêts et faire respecter ses droits, sans pour autant porter atteinte à ceux des autres. C'est en fait le comportement le plus efficace, matériellement, rationnellement et le plus confortable émotionnellement (Théry-Hugly, 2008).

Être empathique est la première des occasions à exercer l'affirmation de soi dans la relation thérapeutique. C'est, bien sûr, être proche de son patient qui souffre ou qui se pose des questions, le comprendre et le lui dire, mais en gardant malgré tout une distance suffisante pour justement se protéger tout en étant efficace (Théry-Hugly, 2008) [187].

Les programmes d'affirmation de soi développés par les thérapeutes se donnent pour objectif de développer chez les praticiens, des compétences relationnelles leur permettant d'aborder, le plus efficacement et le plus sereinement possible, différentes situations quelquefois stressantes ou embarrassantes comme aider le patient à s'exprimer, améliorer l'observance d'un plan de traitement, exprimer une critique ou répondre à une critique, savoir-faire une demande, refuser les demandes abusives, convaincre et motiver, faire face à une erreur médicale (Théry-Hugly, 2008) [187].

# 7.13 Les limites de l'empathie

L'empathie est plus aisée s'il y a « une similarité d'expérience, une communauté de culture » (Decety2004) [78]. Nous avons vu que l'empathie semble avoir un rôle éthique à jouer; mais elle semble présenter des limitations de son champ d'application. Nous éprouverions davantage d'empathie envers certaines personnes qu'envers d'autres, et on peut se demander si cela ne va pas à l'encontre de l'apport éthique que peut avoir l'empathie. Hoffman (2000) [188], distingue quatre biais, que nous avons réduits à trois parce que ses distinctions sont contestables: le «biais de l'ici-etmaintenant», le «biais des relations de proximité», et le «biais de similarité» ou «d'appartenance à un groupe».

#### 7.13.1 Le « biais de l'ici et maintenant »

Ce biais consiste à éprouver plus d'empathie envers des gens qui sont en ma présence ou de mon époque qu'envers des gens éloignés dans l'espace et dans le temps. J'éprouverais donc plus d'empathie envers mon voisin qu'envers une personne vivant à une autre époque ou loin de moi. Intuitivement, ces biais sont assez évidents. Il est clair que nous sommes plus empathiques envers la victime de l'accident de voiture dont nous avons été témoins qu'envers cette même victime si nous lisons un compte rendu dans le journal. C'est aussi ce qu'avance James Rachels (1979) [189] : nous sommes plus prompts à condamner moralement une personne qui a laissé mourir de faim un enfant sous ses yeux, que les gens qui ne font pas de dons aux enfants qui meurent de faim dans d'autres pays. La distance, entre autres, est ce qui semble excuser ce deuxième type de comportement; nous attendons plus d'empathie dans une situation de face à face qu'autrement. Cela paraît donc aller dans le sens d'un «biais de l'ici-et-maintenant»: nous sommes plus empathiques à l'égard de cet enfant qui meurt de faim sous nos yeux qu'envers ceux que nous ne voyons pas.

### 7.13.2 Le « biais des relations de proximité »

Le «biais de l'amitié» qu'identifie Hoffman, et qui consiste à éprouver plus d'empathie envers nos amis, pourrait être appelé «biais des relations de proximité». En effet, nous ne voyons pas de différence de nature entre l'empathie ressentie à l'égard de nos amis et celle ressentie à l'égard des membres de notre famille. Le biais de l'amitié consiste par exemple à éprouver plus d'empathie envers un ami en danger qu'envers un inconnu en danger; mais il semble clair que nous aurions la même réaction fortement empathique à l'égard d'un membre de notre famille en danger. En fait, ce qui motive apparemment ce biais, c'est l'affection que nous portons à certaines personnes. Il semble que ce soit ce type de biais qui puisse notamment nous faire refuser de croire en la culpabilité d'une personne proche. Nous éprouvons alors plus d'empathie envers elle qu'envers sa victime présumée; précisons en outre qu'il s'agit d'une empathie fausse, si cette personne nous ment. Il apparaît qu'il existe bien un biais des relations de proximité, qui peut nourrir un amour ou une amitié, mais qui peut également empêcher d'autres formes d'empathie ou une plus grande lucidité [190].

# 7.13.3 Le « biais de similarité » ou « d'appartenance à un groupe »

Le «biais de similarité» revient à éprouver plus d'empathie envers des gens qui nous ressemblent, comme ce serait par exemple le cas chez une femme qui éprouverait plus d'empathie envers les femmes qu'envers les hommes. Le «biais de l'appartenance à un groupe» survient quand j'éprouve de l'empathie envers mon groupe d'appartenance, à l'exclusion d'autres groupes; par exemple, si je suis étudiant, j'éprouverai plus d'empathie envers les étudiants qu'envers les autres individus. Il est important de comprendre que ces biais présentent des contreparties, des limitations exclusives de l'empathie, qui sont précisément ce qui pose problème. En effet, si nous éprouvons plus d'empathie envers un groupe de personnes, nous en excluons nécessairement d'autres ; dans le cas du biais de similarité par exemple, plus j'éprouve d'empathie envers les gens qui me ressemblent,

moins j'en éprouve à l'égard de ceux qui ne me ressemblent pas. Nous prêterions ainsi le flanc à l'accusation de partialité, puisque nous éprouverions de l'empathie uniquement envers certaines personnes. Cela signifierait alors qu'il n'y aurait que certaines personnes dont nous apprécions le sort comme important et dont nous reconnaissons la nature comme identique à la nôtre. Or il semble bien qu'il y ait une exigence éthique d'universalité [190].

# 7.14 Le manque d'empathie

Tout d'abord, le manque d'empathie n'existe pas seulement chez les psychopathes. L'extraordinaire succession de destructions et de massacres accomplis par les hommes et toutes les violences ou indifférences quotidiennes en sont la preuve. Alors qu'est-ce qui peut diminuer la capacité d'empathie de certaines personnes?

La thèse de Serge Tisseron (2010b) [50], est qu'une force tout aussi puissante et ancienne que l'empathie est capable de s'y opposer: le désir de contrôle sur autrui, qui habiterait en chacun de nous. Peut s'y ajouter la peur de se trouver débordé et manipulé par les émotions d'autrui, la peur de la fusion, notamment quand on n'a pas été habitué à grandir en bénéficiant de l'empathie de ses proches. Et si une idéologie ou une propagande s'en mêle (par exemple le racisme ou l'esclavage), alors beaucoup d'entre nous sommes capables de retirer à nos semblables leur qualité d'être humain. Au quotidien, le meilleur signe d'absence d'empathie relationnelle chez quelqu'un est sa tendance à s'en tenir toujours à des généralités, en étant incapable de relativiser les choses selon les différents points de vue.

Il semble aussi que la capacité à adopter la perspective de l'autre est dépendante de l'appréciation qu'on a de lui. Or certains patients mettent à mal la capacité d'empathie du thérapeute, le poussent dans ses retranchements: patients très différents de ce qu'il pensait, aux valeurs ou à la culture contraires aux siennes, qui le mettent en échec, qu'il ne parvient pas à aider, qui semblent le juger, ou dont il juge qu'ils n'ont pas besoin d'aide. C'est donc en particulier dans la relation à ces patients que nous devons accroître nos compétences en matière d'empathie. En fait, moins l'empathie est initialement présente à l'égard d'un patient, plus il faut justement l'entraîner, parce qu'on doit s'investir autant pour chacun d'entre eux.

Un autre élément peut diminuer l'empathie du thérapeute envers un patient porteur d'un handicap physique important: le fait de ne pas reconnaître en lui l'image d'un être humain «normal». Pauline Restoux, directrice déléguée de la publication de «Déclic, le magazine de la famille et du handicap», explique bien ce phénomène : «Rencontrer ou même croiser une personne atteinte d'un handicap visible constitue toujours une épreuve pour le sang-froid. Malaise, gêne, pitié, compassion, culpabilité ou encore envie de fuir... La différence ne laisse pas indifférent.» (Restoux, 2004, p. 50) [191]. Nous aurions donc du mal à accepter que l'homme puisse être diminué : «le handicap nous dérange parce qu'il nous renvoie à la vulnérabilité de l'être humain» (idem, p. 61). Les soignants sont en principe mieux préparés à cela mais ce n'est pas toujours facile et pour certains s'engage devant chaque patient un combat intérieur qu'ils ne sont pas toujours sûrs de gagner. Il leur faut alors une empathie décuplée pour réussir à dépasser cette réaction première de rejet ou de pitié [127].

# 7.15 L'excès d'empathie

L'excès d'empathie peut se manifester de deux façons différentes.

La première serait-ce que Serge Tisseron appelle l'empathisme, c'est-à-dire l'attitude qui consiste à vouloir venir en aide absolument à son prochain: l'empathie est alors considérée comme un but en soi, ce qui est plutôt dommageable. En effet, cette attitude révèle un manque de respect de la personne qu'on veut aider sans savoir s'il y a demande et si oui quelle est exactement cette demande. En fait l'exercice de l'empathie demande de la délicatesse car il est important de savoir si l'interlocuteur accepte notre empathie. Certaines personnes supportent mal d'être devinées par la compréhension d'autrui, elles le vivent comme une intrusion insupportable, comme une menace en y voyant une tentative de contrôle sur elles-mêmes. Il faut donc bien observer l'autre, ne pas le brusquer et diminuer notre empathie si l'on sent qu'il est mal à l'aise. Une relation empathique réussie est faite d'ajustement.

La seconde forme d'excès d'empathie se révèle quand le soignant est trop investi dans la relation, trop proche du patient. La différenciation entre soi et autrui n'existe plus et la sympathie prend le pas sur l'attitude professionnelle. Une relation qui devient amicale peut empêcher par exemple l'arrêt pourtant envisageable de la prise en charge ou provoquer des émotions très difficiles à gérer si le patient décède. Cette attitude peut également être un obstacle à l'objectivité et au jugement des progrès [127].

# 7.16 Y a-t-il des pathologies de l'empathie?

Le manque d'empathie se rencontre dans une variété hétérogène de symptômes. Il est peu probable qu'il existe un dénominateur commun entre le manque d'empathie rencontré dans les troubles de personnalité narcissiques et le défaut d'empathie qui caractériserait le syndrome d'Asperge. En outre, il existe des différences individuelles importantes dans notre capacité à ressentir de l'empathie. Si l'on accepte l'idée que l'empathie repose sur des systèmes neurocognitifs dissociables et distribués dans le cerveau, alors on peut s'attendre à des déficits relativement distincts selon que l'un des aspects dysfonctionne. Il existe différents troubles psychologiques qui illustrent bien l'aspect composite de l'empathie. Les personnalités antisociales (de nombreux sociopathes) ont de réels déficits de contrôle de leur comportement et d'inhibition (les fonctions exécutives), or il semble exister une dépendance fonctionnelle entre les fonctions exécutives et la capacité d'attribuer à soimême et aux autres personnes des états mentaux comme les désirs, des croyances, des sentiments ou des intentions. D'autres personnalités ont du mal à distinguer soi d'autrui. Elles vivent en première personne les émotions des autres et sont ressenties comme envahissantes [192].

# 3ème partie : tentatives de mesure de l'empathie

# 8 Problématique

Les dentistes sont confrontés quotidiennement à une double exigence qui est difficilement tenable : gérer les soins à prodiguer aux patients en vue de leur rétablissement physique et gérer la détresse émotionnelle, l'angoisse, l'anxiété, la peur des patients face à leur maladie sans avoir la formation suffisante. Avec les progrès constants de la médecine, l'aspect technique prime aux dépens de l'aspect relationnel.

Or cet idéal de progrès étant non atteint, l'accent est mis sur l'humanisation des soins depuis une vingtaine d'années seulement (Gori et Del Vogo, 2005) [193].

La question de cette dimension de la prise en charge relationnelle du patient se pose d'une manière d'autant plus importante dans le cadre des personnes ayant subi de mauvaises expériences par le passé.

La non prise en compte de l'aspect émotionnel peut conduire à des situations où le patient est, d'une part, insatisfait de la relation et, d'autre part, le dentiste se sentant démuni peut se trouver également dans une situation de détresse émotionnelle [24].

Des enjeux de différents ordres se posent alors : comment sensibiliser les dentistes et les assistantes à adopter une attitude empathique, quelles sont les qualités empathiques souhaitées par les patients et enfin, comment est-il possible d'évaluer cet investissement au sein de la relation ?

# 9 L'empathie, quels outils de mesure?

De nombreuses recherches ont mis en évidence le lien qui existe entre l'empathie des soignants, la diminution de la détresse émotionnelle, la compliance et la satisfaction du patient (La Monica, Wolf, Madea, & Oberst, 1987, Nardi, 1990, Soo Kim et al., 2004) [194], [195], [138].

Néanmoins, si l'empathie fait l'objet de telles études et est reconnue comme une dimension essentielle à prendre en compte dans la relation de soin, on peut s'interroger sur la manière dont il faut l'appréhender et donc l'évaluer au sein de ses interactions [24].

Après avoir défini le concept d'empathie et ses implications dans la relation patient-praticien, nous allons essayer d'aborder la question de la mesure de l'empathie. L'empathie est une notion subjective. La preuve en est, la définition même de l'empathie ne fait pas encore consensus et il existe à peu près autant de définition que d'auteurs s'étant penchés sur la question. Pour autant, peut-on mesurer l'empathie ? Peut-on mesurer ce qui est subjectif ?

Pour Bruno Falissard, psychiatre enseignant chercheur : « nombreux sont, en effet, ceux qui s'interrogent sur la légitimité de ce type d'évaluation : il s'agit, en effet, de mesures exclusivement

subjectives et non objectives comme on en a l'habitude. Dès lors se pose bien la question d'envisager de réaliser un travail scientifique portant sur l'évaluation de telles caractéristiques» [196].

# 10 Les différentes échelles

#### Echelles recensées dans la littérature

| Echelles   | Principe  | Evaluation                    | Critiques                                   |
|--|---|-------------------------------|---|
| Dymond Rating test of<br>Insight and Empathy<br>Dymond<br>(1949, 1950)           | -Cotation en 5 points<br>sur 6 attributs<br>-Concordance entre le<br>jugement émis sur soi<br>et sur l'autre<br>-Basé sur le TAT  | -auto et hétéro<br>évaluative | échelle non valide<br>Chlopan et al. (1985) |
| The Rorschah Empathy - Object Relastionship Scale (RE-OR) Pruit et Spilka (1964) | - échelle permettant<br>l'étude des relations<br>d'objets dans les<br>protocoles de<br>Rorschah en vue<br>d'évaluer l'empathie<br>de la personne.<br>-Population générale | -hétéro<br>évaluative         | -très peu mentionnée<br>dans la littérature |
| Empathy Test<br>Kerr & Speroff (1954)  |   |                               |   |
| BLRI<br>Barett-Lennard (1962,<br>1986,1996)                                      | -1962 : 92 items<br>-1986 : 64 items<br>-1996 : 16 items<br>-4 sous éche lles<br>-peut être à la fois<br>complétée par le<br>clinicien et le patient                      | - auto ou<br>hétéroévaluative |   |
| Relationship<br>Questionnaire<br>Truax & Carkhuff<br>(1967)                      | -14 items -Perception du patient du psychologue ou conseiller en psychothérapie   | -hétéro<br>évaluation         |   |

| Échelles  | Principe   | Evaluation            | Critiques   |
|---|--|-----------------------|---|
| Hogan Empathy Scale<br>(1969)   | -64 items -3 facteurs -Créé à partir du MMPI (Minnesota Multiphasic Personnality Inventory) -Population générale | -auto évaluative      | -ne mesure que le<br>versant cognitif de<br>l'empathie  |
| Empathic<br>Understanding in<br>Interpersonnal Process<br>Scale: EMP Carkhuff<br>(1969) | -1 item<br>-des observateurs<br>évaluent en 5 niveaux<br>d'empathie le clinicien<br>de manière globale,          | -hétéro<br>évaluative | -validité remise en<br>question par<br>LaMonica (1981)  |
| Emotional Empathic<br>Tendency Scale , EETS<br>Mehrabian & Epstein<br>(1972)            | -33 items<br>-7 sous échelles<br>-Population générale  | -auto évaluative      | -évalue uniquement la<br>composante<br>émotionnelle de<br>l'empathie.   |
| The Fantasy Empathy<br>Scale : F-E Stotland et<br>al.<br>(1978)                         | -3 items   |                       | -ne mesure qu'un<br>aspect de l'empathie  |
| BLES<br>Barett - Lennard<br>(1978)  |  | -auto évalutive       | -mesure uniquement<br>l'empathie cognitive  |
| Empathy Test<br>Layton<br>(1979).   | -48 items<br>-Population générale  | -auto évaluation      | -validité remise en<br>question car l'échelle<br>ne corrèle ni avec<br>l'échelle de Carkhuff<br>(1969), ni avec la<br>Barett Lennard (1962) |
| Interpersonnal<br>Reactivity Index, IRI<br>Davis<br>(1980, 1983)                        | -28 items<br>-4 sous échelles<br>-Population générale  | -autoévaluative       |   |

| Échelles  | Principe   | Evaluation                    | Critiques   |
|---|--|-------------------------------|---|
| Empathy of Construct<br>Rating Scale, ECRS<br>La Monica et al.<br>(1981)                    | -84 items  | -hétéro et auto<br>évaluative |   |
| Index of Empathy for<br>Children<br>Bryant<br>(1982)  | -18 items<br>-4 dimensions<br>-Version modifiée de la<br>Mehrabian (1972)  | -auto ėvaluative              |   |
| Staff Patient<br>Interaction Response<br>Scale, SPIRS<br>Gallop et al.<br>(1989, 1990)      | Les soignants doivent<br>répondre ce qu'ils<br>auraient faît dans des<br>circonstances<br>hypothétiques (20<br>situations) avec les<br>patients. | -auto évaluative              | -à destination des<br>soignants                                       |
| Relationship Inventory<br>Bennet<br>(1995)  | Issue de la BLRI pour<br>les situations "non<br>cliniques": amis,<br>famille, collègue,<br>relation enseignant-<br>enseigné.                     |                               |   |
| Balanced Emotional<br>Empathy Scale ,BEES<br>Mehrabian<br>(1996)                            | -30 items<br>-cotation de -4 à +4<br>-population générale  | -auto évaluative              | -évalue uniquement la<br>composante<br>émotionnelle de<br>l'empathie. |
| A measure of<br>emotional empathy for<br>adolescents and adults<br>Caruso & Mayer<br>(1998) | -13 items<br>-6 facteurs   | -auto évaluative              |   |

| Échelles   | Principe  | Evaluation       | Critiques  |
|--|---|------------------|--|
| Emotional<br>Intellingence Schutte et<br>al.<br>(1998)               | -33 items<br>-3 dimensions  |                  |  |
| The Nursing Empathy<br>Scale Reynolds<br>2000                        | -12 items<br>-population générale   | -auto évaluative |  |
| Jefferson Scale<br>Hojat et al.<br>(2001, 2003)                      | - 20 items -4 facteurs -Elle se décline en une version pour les professionnels et une autre pour les étudiants. | -autoévaluative  | -la plus employée dans le cadre des études auprès des médecins et des soignantssur les 4 facteurs principaux qu'elle comporte deux seulement sont stables. |
| Japanese Adolescent<br>Empathy Scale<br>Hashimoto & Shiomi<br>(2002) | -30 items<br>-4 facteurs  | -auto évaluative |  |
| Scale of ethnocultural<br>empathy<br>Wang et al.<br>(2003)           | -4 facteurs   | -auto évaluative |  |
| Empathy Quotient, EQ<br>Baron Cohen & Wheel<br>Wright<br>(2004)      | -population atteinte du<br>syndrome d'Asperger<br>-40 items   | -autoévaluative  |  |
| Emotional Empathy<br>Scale, EES<br>Ashraf et al.<br>(2004)           | -Population générale<br>-hasée sur l'échelle de<br>Mehrabian.<br>-30 items<br>-3 dimensions                     | -autoévaluative  | -n'évalue que l'aspect<br>émotionnel de<br>l'empathie  |

| Echelles  | Principe  | Evaluation            | Critiques |
|---|---|-----------------------|-----------|
| Consultation and<br>relationnal empathy,<br>CARE<br>Mercer et al.<br>(2004)                 | -10 items   | -hétéroévaluative     |           |
| NACE: Narcissism,<br>Aloofness, Confidence,<br>Empathy Scale.<br>Powis et al.<br>(2005)     | -100 items -4 facteurs -utilisée pour le recrutement de personnes souhaitant exercer dans le social ou la santé | -auto évalutive       |           |
| Basic Empathy Scale<br>Jolliffe & Farington<br>(2006)                                       | -à destination des adolescents -20 items -évaluant l'empathic cognitive et émotionnelle                         | -autoévaluative       |           |
| Active Listening<br>Empathic Scale : AEL<br>Drollinger et al.<br>(2006)                     | -3 dimensions   | -auto évaluative      |           |
| Jefferson Scale of<br>patients perceptions of<br>physician empathy<br>Kane et al.<br>(2007) | -5 items issus de la<br>Jefferson Scale (2001)  | -hétéro<br>évaluative |           |
| The Toronto Empathy<br>Questionnaire,TEQ<br>Spreng et al.<br>(2008)                         | -16 items<br>-population générale   | -autoévaluative       |           |

Figure 7 : les différentes échelles mesurant l'empathie recensées dans la littérature

L'absence de consensus sur une définition commune du concept d'empathie a eu un effet important sur le développement d'une mesure adéquate. D'ailleurs, les instruments de mesure déjà existants suivent les deux tangentes décrites précédemment en étant reliées aux aspects soit cognitifs ou affectifs de l'empathie. La multiplicité des échelles et de leurs applications reflète la difficulté à conceptualiser, opérationnaliser et à mesurer le processus d'empathie (Chlopan, Mc Cain, Carbonell, & Hagen, 1985) [197], au centre de la relation soignant soigné.

Cinar et al. (2007) soulignent également ce problème et mettent en avant la difficulté de définir et donc d'obtenir une « mesure » de l'empathie tant le concept apparaît complexe : « Il existe une confusion quant à la notion d'empathie, est-elle innée ou acquise, est-elle une facette de notre personnalité est susceptible d'évoluer au fils de nos expériences, ou est-elle une compétence spécifique ou observable » [76].

Sans décrire de manière exhaustive toutes les mesures d'empathie disponibles (voir tableau précédent), il apparaît important de présenter les instruments qui ont marqué l'opérationnalisation de ce concept. Plusieurs mesures sont présentées soit « L'échelle d'empathie de Hogan » (1968), « Measure of Emotional Empathy » (Mehrabian & Epstein, 1972), « Interpersonal Reactivity Index » (Davis, 1980), « Empathie Quotient » (Simon Baron-Cohen & Wheel Wright, 2004), « Toronto Empathy questionnaire » ( Spreng et al., 2008), Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat, 2007), Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE).

# 10.1 Echelle auto évaluative

# 10.1.1 Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)

Le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) a été conçu par Mehrabian et Epstein en 1972, [198], pour évaluer l'empathie « émotionnelle » qui a été définie comme « une réaction émotionnelle se manifestant en réaction aux expériences émotionnelles vécues par d'autres personne ».

Elle se compose de 33 items divisés en 7 sous échelles :

- La susceptibilité à la contagion émotionnelle
- La sensibilité aux autres et aux et aux sentiments non familiers
- La réaction émotionnelle extrême
- Tendance à être touché par les expériences émotionnelles positives des autres
- Tendance à être touché par les expériences émotionnelles négatives des autres
- La tendance sympathique
- La bonne volonté à être en contact avec des personnes ayant des problèmes [199]

Selon Mehrabian et Epstein, cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques. De plus, certains auteurs [197] ont obtenus des critères de fidélités appréciables, telle que la consistance interne à l'échelle. Toutefois, il n'en a pas été ainsi pour Dillard et Hunter [200], qui, par conséquent se positionnent sérieusement sur la validité de cet instrument de mesure.

Plus récemment les auteurs de cette échelle ont suggéré que plutôt que de mesurer l'empathie en soi, l'échelle reflète plus fidèlement l'excitabilité émotionnel général (Mehrabian, Young & Sato, 1988) [201]. En réponse, une version inédite, revisitée de la mesure, l'échelle d'empathie émotionnelle équilibré (Mehrabian, 2000) [202], explore les réactions des autres à des répondants états mentaux (cf -Laurent, et al., 2004) [203].

# 10.1.2 L'échelle d'empathie de Hogan

L'échelle d'empathie de Hogan fut construite par Hogan en 1969, [204]. Il s'agit d'une échelle auto évaluative composée de 64 items qui évalue l'empathie « cognitive » définie comme « une compréhension intellectuelle de l'état d'esprit d'autrui sans faire l'expérience de son ressenti ». Audelà de l'empathie, cette échelle mesure également de nombreux autres aspects et comprends 4 dimensions distinctes que sont : la confiance sociale, la régulation des émotions, la sensibilité émotionnelle et la non-conformité.

Hogan a conduit plusieurs recherches afin de tester la fidélité et la validité de cet instrument. Les Différents résultats obtenus montrent qu'il répond adéquatement aux normes exigées en matière de fidélité et de validité. Cependant, des auteurs tels Crossand Sharpley [205], ont obtenu un coefficient de fidélité 0,60 qu'ils considèrent moins satisfaisant étant donné que 30 des items de l'instrument ne sont pas corrèles avec le score total et que 13 Items corrèlent négativement avec ce score total. Plusieurs Etudes ont tout de même examine les relations entre cet instrument et des variables de personnalité, telles l'anxiété, le lieu de contrôle, l'autonomie et la socialisation [197]. D'autres recherches ont été effectuées afin de définir le lien entre cette mesure d'empathie et la moralité ou encore pour prédire le comportement dans plusieurs situations. L'échelle d'empathie de Hogan (1969) [204], a été largement utilisé comme une mesure de l'empathie cognitive (par exemple Eslinger, 1998) [206], mais a récemment été supplanté en popularité par l'indice de réactivité interpersonnelle (IRI; Davis, 1983) [207], [208].

Il est à noter que ces deux échelles ont été conçues pour une mesure en population générale. Ainsi, comme le souligne Hojat [209], les indications d'un tel questionnaire dans un contexte médical sont limitées. D'autre part, ces échelles ne prennent pas en compte l'aspect multidimentionnel, se limitant à une mesure émotionnelle (QMEE) ou cognitive (échelle d'empathie de Hogan) [208].

# 10.1.3 Interpersonal Reactivity Index (IRI)

L'IRI est l'échelle de mesure développée par Davis [207], qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie. Cet instrument a comme postulat de base que l'empathie est composée de plusieurs construits indépendants mais tous relies les uns aux autres. Cet instrument comprend 28 Items sépares en 4 sous-échelles :

- La première sous-échelle intitulée « adaptation contextuelle » (traduction de perspective-taking) mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours. -
- La seconde sous-échelle se nomme  $\ll$  souci empathique  $\gg$  (traduction d'empathy concern) et mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les personnes vivant dans la souffrance.
- La Troisième sous-échelle, nommée  $\ll$  détresse personnelle  $\gg$  (traduction de personal distress) évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres.
- Enfin, la dernière sous-échelle s'intitule « fantaisie » (traduction de fantasy) et mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre.

Un score élevé à cette échelle traduit une capacité générale à faire preuve d'empathie.

Selon une étude effectuée par Davis [207], ces quatre sous-échelles sont corrélées aux deux mesures d'empathie décrites précédemment soit l'échelle d'empathie de Hogan et l'Emotional Empathy Questionnaire de Mehrabian et Epstein.

Plus spécifiquement, il semble que la sous-échelle adaptation contextuelle est plus fortement reliée à la mesure de Hogan plutôt qu'à celle de Mehrabian et Epstein. Ce lien vient en quelque sorte supporter l'idée que ces deux échelles (sous-échelle « adaptation contextuelle » et le test de Hogan) correspondent à l'aspect plus cognitif de l'empathie. Toutefois, une différence majeure réside dans le fait que cette première sous-échelle du questionnaire de Davis mesure davantage la tendance d'une personne à prendre le point de vue de l'autre dans différentes situations plutôt que son habileté et sa capacité a le faire comme dans le test de Hogan.

De plus, la sous-échelle « souci empathique » de l'IRI s'avère davantage reliée à la mesure de Mehrabian et Epstein plutôt qu'à celle de Hogan. Cela supporte l'hypothèse que ces deux dernières échelles évaluent l'aspect affectif de l'empathie.

Enfin, certaines analyses démontrent l'existence d'une faible relation entre la mesure de Mehrabian et Epstein et celle de Hogan. Ces résultats fournissent une indication supplémentaire au fait qu'il existe à la fois une composante affective et une composante cognitive a l'empathie [208].

# 10.1.4 L'empathie Quotient (EQ)

L'empathie Quotient (EQ) est un questionnaire de 60 items (il ya aussi, une version plus courte de 40 items) conçu pour mesurer l'empathie chez les adultes. Le test a été développé par Simon Baron-Cohen à l'ARC (le Centre de recherche de l'autisme) à l'Université de Cambridge.

Les mesures d'empathie relevées par l'Empathie Quotient sont utilisées par les professionnels de la santé mentale dans l'évaluation du niveau de déficience sociale dans certains troubles comme l'autisme. Cependant, puisque les niveaux d'empathie varient considérablement entre les individus (même entre ceux sans troubles de santé mentale) il est également approprié pour une utilisation en tant que mesure de l'empathie par la population en général [210], [211], [212].

Une version traduite en français a été mise au point par C. Besche-Richard, M. Olivier et B. Albert [213].

# 10.1.5 Le « Toronto Empathy questionnaire » (TEQ)

Le TEQ se compose de 16 questions, classé sur une échelle de cinq points allant de «jamais» à «toujours». De validation récente [214], elle mesure de manière plus spécifique l'empathie affective. Le questionnaire a été mis au point en faisant une revue d'autres échelles mesurant l'empathie, en déterminant ce que ces échelles avaient en commun. Le TEQ conceptualise l'empathie comme un processus principalement émotionnel. Il a été montré que l'instrument était positivement corrélé avec des mesures de décodage social, d'autres échelles d'empathie, et négativement corrélé avec les échelles mesurant les symptômes de l'autisme.

# 10.1.6 Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)

Afin de centrer la mesure sur l'empathie cognitive dans un contexte de soins, Hojat a construit cet outil, la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), spécifiquement pour les soignants, avec des questions reprenant des thèmes médicaux [215]. Comme nous l'avons déjà souligné, pour Hojat, la dimension cognitive est primordiale dans l'empathie clinique.

Cette échelle est composée de 20 items, coté sur une échelle de type Lickert à 7 points. Le score total varie donc de 20 à 140 (empathie maximum).

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmé l'intérêt de cette échelle (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007).

L'analyse factorielle des résultats de cette échelle fait émerger trois concepts ou sous-échelles :

- « perspective taking » : savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchit, explorant plutôt l'aspect cognitif.
- « 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.

Plusieurs analyses de fiabilité et de validité ont confirmées l'intérêt de cette échelle [216].

Sa version originale vise à mesurer l'empathie clinique des médecins. Cependant, plusieurs échelles dérivant de celle-ci ont été construites afin de mesurer l'empathie chez les étudiants, chez les infirmières ainsi que sous forme d'hétéro-questionnaire, chez les patients.

Dans une étude de 2005 [217], la JSPE a été comparée à l'IRI. 96 étudiants ont rempli les deux questionnaires. Une corrélation significative entre les deux scores a été trouvée surtout sur les sous-échelles  $\ll$  empathic concern  $\gg$  et  $\ll$  perspective taking  $\gg$ , plus en adéquation avec le contexte de soin. Par contre, il y a peu de relation entre la JSPE et la sous-échelle  $\ll$  fantasy scale  $\gg$  et pas du tout avec la sous-échelle  $\ll$  personal distress  $\gg$  [208].

# 10.1.7 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) [218].

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 »

# 10.2 Quelle méthode choisir pour mesurer l'empathie?

## 10.2.1 Auto-évaluation

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

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) [219]. 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 [219].

# 10.2.2 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) [220].

# 10.2.3 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) [221].

L'observateur peut être le maître de stage, un autre étudiant ou un autre 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. «Si les étudiants sont trop occupes à simuler de l'empathie (parce que les professeurs recherchent cette qualité), le développement de véritables relations avec les patients ne sera pas une vraie priorité dans leur parcours professionnel » (Wear et Varley 2008) [222].

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) [222], (Pohl, Hojat, et Arnold 2011) [224] : 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.

# 10.2.4 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 Relationnal Empathy measure.

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) [225]. 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.

Ce « critère » d'évaluation a été défini comme le plus pertinent, et sa mesure par l'échelle CARE, Consultation and Relationnal Empathy Mesure, retenue pour sa validité et sa fiabilité (Hemmerdinger, Stoddart, et Lilford 2007) [216].

# 10.3 Intérêt de ces mesures

Utiliser dans la formation des étudiants et des praticiens, 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) [226].

### 10.4 Justification du choix de la méthode retenue

Les recherches sur l'empathie des soignants sont nombreuses (Fields *et al.*, 2004 [227]; Henry-Tillman *et al.*, 2002 [228]; Hojat *et al.*, 2002, 2003, 2004, 2005; Oz, 2001 [229]; Shanafelt *et al.*, 2005 [133]; Strug *et al.*, 2003 [230]; Watt-Watson *et al.*, 2000 [231]; Wilkes *et al.*, 2002 [150] ...). Forcé de constater que lorsqu'il s'agit d'échelles d'empathie employées dans le domaine médical et en soins infirmiers, elles sont majoritairement auto-évaluatives. Une revue de la littérature (Hemmerdinger, Stoddart, & Lilfort, 2007) [216], concernant les tests d'empathie en milieu médical confirme cette tendance. On retrouve comme échelles: Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat *et al.*, 2001) [232], Interpersonnal Reactivity Index (Davis, 1980) [233], Balanced Emotionnal Empathy Scale (Barett-Lennard, 1996), Empathy Construct Rating Scale (La Monica *et al.*, 1981), Empathy Test (Mehrabian, 1972) [198], Medical Condition Regard Scale (Christison *et al.*, 2002).

Avec une mesure auto-évaluative de l'empathie, on mesure uniquement la perception des dispositions empathiques du soignant, c'est-à-dire les compétences empathiques qu'il pense avoir. En aucun cas, elle ne reflète la réalité de sa pratique professionnelle.

Bien sûr ces enquêtes valent plus comme l'indication d'un problème que comme sa mesure exacte dans la mesure où ces questionnaires introduisent un biais : on ne peut jamais savoir si les réponses du sujet décrivent son comportement réel ou un comportement idéal, si le sujet dit comment il se comporte ou comment il devrait se comporter. Ces enquêtes ne seraient probantes que si elles s'appuyaient sur une observation effective des relations entre personnel soignant et malades [234].

Aussi, avons-nous choisi d'orienter notre étude pilote sur l'empathie des soignants « perçue » par les patients, car nous considérons que seul le soigné est en mesure de s'exprimer sur les effets de l'empathie du soignant. Se sent-il entendu, compris, soutenu ? Grâce à cet outil hétéro évaluatif on accèdera donc aux attentes du patient et à sa perception des qualités relationnelles des soignants [138].

Par ailleurs, nous partageons l'avis de Sung Soo *et al.* (2004) [138], qui incite à employer pour ce type d'études une échelle d'empathie hétéro évaluative. En effet, une échelle auto évaluative mesurera la perception que le soignant a de ses propres qualités empathiques. De plus comme le soulignent Baron Cohen et Wheel Wright (2004) [210], à propos des limites de l'*Empathy Quotient* (EQ) et des échelles auto évaluatives d'empathie, le quotient empathique donne uniquement accès aux croyances des individus concernant leurs dispositions empathiques ou à la façon dont ils souhaiteraient être perçus ou pensés ce qui peut être différent de l'empathie dont ils font preuve en réalité. (« The EQ only assesses the individuals beliefs about their own empathy, or how they might like to be seen or think about themselves, and that this may be different to how empathic they are in reality » pp. 170-171) [235].

Lors de la revue de la littérature nous avons pu constater qu'il n'existe pas d'échelles francophones d'empathie perçue, et seules quatre échelles anglo-saxonnes validées comportent quelques items évaluant cette dimension « perçue » : la Consultation And Relational Empathy (Mercer et al., 2004) [236], l'Empathy Construct Rating Scale (La Monica et al., 1981) la Barett Lennard Relationship Inventory (Barett-Lennard, 1996) et plus récemment la Jefferson Scale of patients perceptions of Physician Empathy (Kane et al., 2007) [218].

C'est la raison pour laquelle notre choix s'est porté sur l'échelle CARE que nous avons entrepris de traduire et d'adapter à l'évaluation de la pratique en odontologie.

# 10.5 Une étude pilote de faisabilité

## 10.5.1 Rappel sur le fonctionnement de l'hôpital

L'accueil des soins est assuré, à chaque vacation, par les stagiaires de garde encadrés par le praticien responsable de la vacation. Les patients pris en charge sont confiés à un stagiaire ou à un interne qui, avec l'aide d'enseignants, réalise une observation médicale reposant sur des données cliniques et paracliniques. L'évaluation des demandes et des besoins de traitements, les objectifs, les possibilités, les moyens et la planification du traitement se font en présence du patient, présentés par le stagiaire à un praticien titulaire qui supervisera sa faisabilité, sa réalisation et organisera le suivi. Cette étape initiale fondatrice nécessite généralement le concours de praticiens experts dans les champs thérapeutiques utiles au patient.

Les actes nécessaires sont effectués par le stagiaire en charge du patient sous la responsabilité d'un enseignant choisi dans la discipline intéressant le patient. Les actes hors du champ de compétence du stagiaire sont réalisés par les enseignants sous forme de démonstration clinique avec l'étudiant en charge du patient comme assistant opératoire.

## 10.5.2 Le passage en clinique : Une transition difficile

La transition du statut d'étudiant (en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année) à celui d'étudiant stagiaire (à partir de la 4eme année) s'accompagne de nombreux changements dans la vie du jeune adulte auxquels il doit s'adapter.

En TP, l'étudiant était habitué à travailler sur le « fantôme » ou des modèles avec des dents en résine et, dès l'entrée en clinique, l'étudiant prend peu à peu conscience de ses responsabilités envers les personnes qu'il va soigner.

Le début de la pratique en clinique est donc une étape délicate de transition qui va servir d'apprentissage de l'autonomie et représente le passage vers une vie d'adulte et le futur avenir professionnel.

Ces étudiants doivent faire face à une pratique clinique hospitalière difficile avec une première confrontation avec des patients malades et des contraintes horaires spécifiques (gardes, astreintes). L'étudiant doit désormais gérer la douleur du patient, faire face au patient et sa demande, réaliser des actes sur un être humain [237].

# 10.5.3 L'étudiant face aux angoisses des patients : la peur du dentiste

La peur du dentiste, émotion véhiculée par l'inconscient collectif et les croyances populaires, est le facteur majeur de limitation des consultations pour un grand nombre de patients. La peur d'avoir mal dans cette région du corps si particulière qu'est la bouche fait reculer nombre de candidats aux

soins dentaires. L'anxiété des enfants par rapport aux soins dentaires a été explorée par Rachmann dans une série de soixante enfants de 7 à 14 ans consultant dans une clinique pédiatrique dispensant des soins dentaires. Parmi ces enfants, 52 % sont anxieux par rapport aux soins dentaires. L'anxiété observée est plus corrélée aux représentations de douleur et du traumatisme qu'à l'expérience vécue d'une maladie ou d'un traitement dentaire. L'attitude et l'anxiété du dentiste sont fortement corrélées à la peur du patient au cours du premier entretien (Berggren et Meynert, 1984 [238]; Moore *et al.*, 1991 [239]; Kleinhauz, Eli, Baht et Shamay, 1997) [240]. Les adolescents sont neuf fois plus anxieux devant des traitements dentaires s'ils trouvent que le dentiste manque d'empathie (Weinstein, 1992) [241]. Cette anxiété a été également observée chez les étudiants dentistes lors de plusieurs recherches (parmi les plus récentes, Humphris *et al.*, 2002 [242].

Face à ces constats se pose la question de la compétence du chirurgien-dentiste quand il est confronté au stress et à l'anxiété du patient. Si la peur du malade face à ces soins peut s'expliquer par des expériences douloureuses anciennes de proches, ou tout simplement la représentation de ces séances, celle du praticien en formation est tout aussi réelle. L'étudiant en odontologie est un être humain doté d'une expérience et d'une représentation limitée des situations de soins dentaires. Il ne peut faire abstraction de cela quand il acquiert le statut de soignant. Il est important qu'il puisse décrypter les émotions du patient et analyser les siennes. La maladie, la blessure de l'autre renvoient le soignant à ses propres angoisses de vieillissement, de mort. Ces difficultés devant la douleur de l'autre, ou simplement la douleur qui peut survenir à l'autre, modifient le comportement du soignant, qui adopte des comportements et des stratégies de défense face à cette situation anxiogène. Ces mécanismes peuvent faire appel au déni de la douleur et à sa banalisation [243].

# 10.5.4 Absence de formation adaptée au sein des facultés

Des programmes de formation ont été mis en place dans certaines universités, notamment à l'université de Dundee, à partir de méthodes comportementales (McGoldrick et Pine, 2000) [244]. Une étude récente (Shanley, 2001) [245], réalisée sur vingt-six écoles dentaires européennes, a recherché l'importance donnée aux sciences comportementales dans la formation des étudiants. Les résultats ont montré que seulement cinq écoles donnaient une réelle importance à cette formation tout au long des études (sous la forme d'initiation à la psychologie, de jeux de rôle, d'analyses de documents vidéo, de supervisions et d'échanges internationaux), tandis que douze ne font pas même mention de cette dimension. Les auteurs concluent à une lente familiarisation avec ces questions, les aspects psychosociaux étant encore très largement négligés par rapport à l'abord technique [243].

# 10.5.5 Une approche trop technique

Ainsi, la prise en charge du patient dans sa globalité n'est que très peu abordé au cours des années d'études. On apprend aux étudiants à soigner leurs patients sur le plan physique grâce notamment à des séances de travaux pratiques (ocr/oce/pc/ppa etc) qui permettent de les confronter en amont aux diverses situations et aux soins qu'ils vont devoir réaliser en clinique, mais très peu à appréhender la future relation patient-praticien sur le plan psychologique. Le stress que provoque la prise en charge de ses premiers patients est alors accentué si au-delà de la prise en charge

médicotechnique s'ajoute une absence de qualités communicationnelles.

De récents changements dans les cursus contribuent à donner davantage de poids aux sciences humaines dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes. Par exemple, un enseignement d'Approche Centrée sur la Personne a été mis en place à l'UFR Odontologie de Toulouse à la rentrée universitaire 2014-2015.

# 10.5.6 Changement des mentalités au sein de l'Université René Descartes

Depuis 1997, plusieurs expériences ont été engagées au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Paris 5 (université René-Descartes) afin de permettre à l'étudiant d'exprimer son expérience et ses émotions dans la relation humaine avec ses patients, ses collègues, ses enseignants, au sein de groupes d'expression. Ce travail en groupes a été développé en quatrième année d'études, c'est-àdire lorsque l'étudiant entre en contact quotidien avec la clinique. Ces groupes d'expression, animés par des enseignants en psychologie et des enseignants cliniciens odontologistes, permettent aux étudiants de partager leur expérience clinique, d'analyser en commun les situations et de bâtir leur propre stratégie en affirmant leur identité de soignant. En effet, si le rôle du modèle est important dans une telle formation clinique, il ne peut suffire quand il s'agit de relations humaines. L'analyse collective et personnelle rend l'étudiant plus rapidement autonome de ce point de vue. L'utilisation du jeu de rôles, où les étudiants mettent en scène une situation clinique réelle ou inventée, permet directement d'ouvrir le débat et une analyse animée par l'enseignant psychologue. Si cette méthode est classique pour les étudiants en psychologie, elle est tout à fait nouvelle pour les étudiants en chirurgie dentaire et génère parallèlement des réactions de surprise, d'interrogation ou d'enthousiasme de leur part. Cet outil a permis de recenser un certain nombre de situations cliniques communément rencontrées et vécues [243].

Il est aujourd'hui reconnu que, tous les intervenants en santé dentaire doivent, en plus de prendre en compte les développements médicaux et techniques touchant leurs domaines professionnels respectifs, s'intéresser aussi aux résultats des recherches en psychologie menées dans les divers domaines de la santé, particulièrement en santé buccale. Ces résultats ouvrent de plus en plus de perspectives nouvelles et prometteuses dans la valorisation de la relation interpersonnelle et professionnelle entre intervenants et patients, essentielle à la réussite des divers traitements en médecine dentaire [246].

La prise en compte des émotions dans cette nouvelle démarche de soins souligne que l'empathie, la disponibilité et l'écoute du patient constituent des compétences relationnelles essentielles à la prise en charge de chaque patient. C'est pourquoi les relations interpersonnelles quotidiennes nouées entre le patient et les praticiens deviennent en soi des objets d'étude. Au centre de ces compétences relationnelles, l'empathie. Elle nécessite qualité d'écoute et disponibilité du soignant et à ce titre mérite une investigation particulière [235].

Dans ce contexte, nous avons tenté d'explorer ce processus empathique au sein de la relation de soin qui unit l'étudiant de 4<sup>ème</sup> année à son patient. Nous avons donc utilisé une échelle d'« empathie perçue » qui appréhende l'empathie du soignant perçue par le patient. Nous espérons par

l'intermédiaire de ce travail, contribuer à terme, au développement des potentialités empathiques des étudiants en odontologie.

## 10.5.7 Projet

A Toulouse, de nombreux patients viennent se faire soigner au centre de soin dentaire de Rangueil ainsi qu'à l'hôtel Dieu. Leur prise en charge est particulièrement importante car elle se fait dans la plupart des cas (hors consultation spécialisée) par des étudiants en formation allant de la 4<sup>ème</sup> année d'étude (M1) à la 6<sup>ème</sup> année d'étude (d1). Les soins dentaires sont réalisés par les étudiants qui fonctionnent en binôme sous le contrôle des praticiens hospitaliers qui supervisent leur travail. Ces stages en cliniques permettent aux étudiants d'apprendre à travailler en équipe, de mettre en pratique les compétences théoriques apprises au cours de leur formation et d'acquérir les techniques de communications nécessaires à leur futur exercice professionnel.

Nous avons décidé de réaliser une étude auprès des patients venant se faire soigner dans le cadre de consultation hebdomadaire régulière ainsi que ceux se présentant aux urgences dans le but d'évaluer

comment ils perçoivent leur prise en charge globale par les étudiants de 4ème année (M1).

## 10.5.8 Description de l'échelle

« 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 [135].

Le questionnaire CARE est un processus de mesure développé par le Dr Stewart Mercer 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 quel que 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. C'est un questionnaire clair, rapide (seulement 10 questions) et facile à compléter par le patient.

Initialement développé et rigoureusement testés pour une utilisation par les médecins, il a depuis été utilisé avec succès par le personnel médical, les professionnels paramédicaux (AHPS) et les infirmières [247].

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 [113].

#### 10.5.9 Raisons du choix de l'échelle CARE

Parmi toutes les échelles, c'est la CARE qui nous ait apparue comme la plus pertinente dans la mesure de l'empathie clinique, et ceux pour deux aspects :

- Les termes sont adaptés aux soins et à la médecine dentaire
- Il s'agit d'une échelle courte, facile et rapide à compléter

# 10.5.10 Traduction et passation de la version traduite de l'échelle CARE

Une version française de l'échelle CARE a été réalisée par une équipe inter-universitaire composée de chercheurs des universités de Toulouse, Clermont-Ferrand et Montréal. La méthode de traduction est une traduction inversée double (back-to-back), utilisée fréquemment utilisée pour d'autres échelles de mesure dont la JSPE [113].

# 10.5.11 Comparaison entre la version française et anglaise

|     | Please write to   | Joay S da | Y Y           |              |              | 1-1          | 11               |
|-----|---|-----------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| lea | se rate the following statements about today's consistence mark the box like this $\sqrt{}$ with a ball point pen. If you new choice. Please answer every statement.        |           |               | just cross o | ut your old  | l response a | nd make          |
| Но  | w good was the practitioner at  | Poor      | Fair          | Good         | Very<br>Good | Excellent    | Does<br>not appl |
| 1)  | Making you feel at ease<br>(introducing him/herself, explaining his/her position, being<br>friendly and warm towards you, treating you with respect;<br>not cold or abrupt) |           |               |              |              |              |                  |
| 2)  | Letting you tell your "story"<br>(giving you time to fully describe your condition in your own<br>words; not interrupting, rushing or diverting you)                        |           |               |              |              |              |                  |
| 3)  | Really listening (paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)   |           |               |              |              |              | 0                |
| 4)  | Being interested in you as a whole person<br>(asking/knowing relevant details about your life, your<br>situation; not treating you as "just a number")                      |           |               |              |              |              |                  |
| 5)  | Fully understanding your concerns<br>(communicating that he/she had accurately understood<br>your concerns and anxieties; not overlooking or dismissing<br>anything)        |           |               |              |              |              |                  |
| 6)  | Showing care and compassion<br>(seeming genuinely concerned, connecting with you on a<br>human level; not being indifferent or "detached")                                  |           |               |              |              |              |                  |
| 7)  | Being positive<br>(having a positive approach and a positive attitude;<br>being honest but not negative about your problems)  |           |               |              |              |              | 0                |
| 8)  | Explaining things clearly<br>(fully answering your questions; explaining clearly, giving<br>you adequate information; not being vague)                                      |           |               |              |              |              |                  |
| 9)  | Helping you to take control<br>(exploring with you what you can do to Improve you health<br>yourself; encouraging rather than "lecturing" you)                              |           |               |              |              |              |                  |
| 10  | ) Making a plan of action with you<br>(discussing the options, involving you in decisions as much<br>as you want to be involved; not ignoring your views)                   |           |               |              |              |              |                  |
| Co  | mments: If you would like to add further comments on  | this cons | sultation, pl | ease do so   | here.        |              |                  |

Figure 8 : échelle CARE version anglaise

| Questionnaire CARE   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
|--|--------------|------------|-----|----------|-----------|-------------------------|--|--|--|--|
| Date (jj/mm/aa): /   | N° anonymat: |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| Veuillez répondre aux 10 questions suivantes sur la consultation d'aujourd'hui.  |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| Veuillez cocher les cases comme ceci   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| Comment était l'étudiant pour:   | Mauvais      | Acceptable | Bon | Très bon | Excellent | Ne<br>s'applique<br>pas |  |  |  |  |
| 1) Vous mettre à l'aise<br>(Il s'est présenté, a expliqué son rôle, a été amical<br>et chaleureux, il s'est adressé à vous avec respect,<br>sans être froid ni brusque)  |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 2) Vous laisser raconter votre « histoire »<br>(il vous a laissé le temps de décrire votre état de<br>santé avec vos propres mots, sans vous<br>interrompre, vous presser ou vous distraire)                             |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 3) Être vraiment à l'écoute (il a accordé une réelle attention à ce que vous disiez ; il n'a pas regardé de notes ou un ordinateur pendant que vous parliez)   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 4) S'intéresser à vous en tant que personne à part entière (il vous à posé de bonnes questions, il a cherché à connaître des détails importants de votre vie, de votre situation, vous n'étiez pas un « simple numéro ») |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 5) Comprendre pleinement vos attentes et préoccupations (il a montré qu'il comprenait bien vos attentes, craintes ou préoccupations, sans rien laisser passer)   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 6) Vous montrer de l'intérêt et de la compassion<br>(il semblait sincèrement concerné, s'est montré<br>humain, il ne s'est pas montré indifférent ou<br>détaché)   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 7) Etre positif (il a eu une approche et une attitude positives, il a été honnête sans être négatif à propos de vos problèmes)   |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 8) Expliquer les choses clairement<br>(il a complètement répondu à vos questions, il a<br>expliqué clairement et vous a donné des<br>informations satisfaisantes, sans être vague)                                       |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 9) Vous aider à "prendre les choses en main" (il a cherché avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer vous-même votre santé, il vous a encouragé sans vous faire la morale)                                       |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| 10) Vous impliquer dans l'élaboration d'un plan d'action (il a discuté des différentes possibilités de traitement, il vous a impliqué dans les décisions comme vous le souhaitiez, sans ignorer votre vision des choses) |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |
| Commentaires: vous pouvez inscrire ici tout autre commentaire relatif à cette consultation.  |              |            |     |          |           |                         |  |  |  |  |

Figure 9 : échelle CARE version française

#### 10.5.12 Matériel et méthode

#### 10.5.12.1 La population étudiée

Critères d'inclusion : la population étudiée est celle accueillie aux services odontologiques de Rangueil et de l'hôtel Dieu la semaine du 6 octobre 2014 le lundi, jeudi et vendredi. Les personnes de plus de 18 ans, de sexe masculin ou féminin sont incluses dans l'étude.

Critères d'exclusion : Les personnes de moins de 18 ans ne sont pas incluses dans l'étude. De même les personnes ayant des difficultés à parler ou comprendre la langue française n'ont pas été prises en compte du fait des problèmes de compréhension du questionnaire.

#### 10.5.12.2 Présentation du questionnaire

Le questionnaire est anonyme, tant pour le patient, que pour l'étudiant (qui se voit attribuer un numéro d'anonymat) et se compose de 10 items auxquels le patient va répondre en cochant d'une croix selon son appréciation. Le patient peut s'il le désire laisser un commentaire écrit à la fin. Le questionnaire est laissé sur le bureau du box dans lequel le patient est soigné, face retournée, afin d'éviter que les étudiants ne le lisent. Il est rempli par le patient à la fin de la consultation ou du soin sans la présence des étudiants aller ranger le matériel, coter les actes réalisés, se faire signer les objectifs par les praticiens.

#### 10.5.12.3 Nombre de sujets nécessaires ?

Dans le cadre de cette évaluation pilote, nous souhaitions collecter une cinquantaine de questionnaires pour obtenir une première estimation générale de la façon dont les étudiants étaient perçus par leurs patients. Sur les sites de Rangueil et de l'Hôtel Dieu, nous en avons recueillis au total 56 sur une semaine de collecte.

## 10.5.13 Comment interpréter les résultats?

Les scores CARE ne peuvent pas s'interpréter de manière strictement quantitative» dans le sens où, si un patient évalue un binôme d'étudiant en cochant en majorité « mauvais » ou « acceptable » et que par conséquent le score total n'excède pas 10 ou 20, cela ne veut pas dire que des étudiants sont deux ou trois fois moins empathiques qu'un autre binôme ayant été noté 40 ou 50. Ces résultats ne peuvent qu'informer sur une tendance aux qualités empathiques développées par les étudiants lors de la consultation et perçues par le patient.

La notation retenue pour chaque item est la suivante :

0: mauvais / 1: acceptable / 2: bon / 3: très bon / 4: excellent

Pour comprendre et exploiter au mieux les données recueillies des questionnaires CARE, les résultats ont été consignés dans un tableau (voir figure 10) où l'on retrouve pour chaque item, le nombre de patient ayant choisi telle ou telle réponse ainsi que son pourcentage associé entre parenthèse. La moyenne ainsi que l'écart type a été ajouté pour compléter l'exploitation des données.

Tout d'abord, l'absence de valeur manquantes et de réponses « non applicables » témoigne d'une grande acceptation et d'une certaine validité du questionnaire CARE en version française.

Ensuite, les moyennes des résultats pour chaque item varient entre 3,29 (moyenne la plus basse) et 3,51 (moyenne la plus haute) ce qui témoigne d'une grande homogénéité.

En sciences, il est fréquent de considérer que les valeurs se répartissent selon une courbe de Gauss. Dans le cas des sciences sociales, par exemple, la moyenne et l'écart type permettent de déterminer un intervalle dans lequel on trouve une majorité de la population.

Enfin, au vu des résultats variant très majoritairement entre « bon » et « excellent », on peut se poser la question de la pertinence de ces questionnaires. Reflètent-ils vraiment les qualités empathiques des étudiants perçues par les patients ?

Mais on peut aussi prendre les résultats tels qu'ils nous apparaissent, témoignant de la satisfaction quasi unanime des patients interrogés au cours de l'étude.

Nous avons vu précédemment que l'empathie des praticiens diminue au cours des années d'études, il est donc logique de retrouver des résultats élevés au près d'étudiant commençant leur cursus hospitalo-universitaire. Une bonne chose serait de faire remplir ces séries de questionnaires aux patients des 6ème années pour voir s'il y a eu une évolution au cours des 3 années de pratiques en clinique.

| Item du questionnaire CARE   | Mauvais (%) | Acceptable (%) | Bon (%) | Très Bon<br>(%) | Excellent (%) | Ne s'applique<br>pas (%) | Moyenne | Écart Type |
|--|-------------|----------------|---------|-----------------|---------------|--------------------------|---------|------------|
| 1-Comment était l'étudiant pour vous mettre à l'aise ?                                     | 0 (0)       | 0 (0)          | 6 (11)  | 20 (36)         | 30 (54)       | 0 (0)                    | 3,43    | 0,68376    |
| 2-Comment était l'étudiant pour vous laisser raconter votre histoire ?                     | 0 (0)       | 1 (2)          | 7 (13)  | 17 (30)         | 30 (54)       | 0 (0)                    | 3,38    | 0,78152    |
| 3-Comment était l'étudiant pour être vraiment à l'écoute ?                                 | 0 (0)       | 1 (2)          | 6 (11)  | 17 (30)         | 31 (55)       | 0 (0)                    | 3,45    | 0,78438    |
| 4-Comment était l'étudiant pour s'intéresser à vous en tant que personne ?                 | 0 (0)       | 0 (0)          | 7 (13)  | 15 (27)         | 31 (55)       | 0 (0)                    | 3,51    | 0 ,76673   |
| 5-Comment était l'étudiant pour comprendre pleinement vos attentes et vos préoccupations ? | 0 (0)       | 3 (5)          | 9 (16)  | 14 (25)         | 29 (52)       | 0 (0)                    | 3,29    | 0,948      |
| 6-Comment était l'étudiant pour vous montrer de l'intérêt et de la compassion ?            | 0 (0)       | 1 (2)          | 6 (11)  | 18 (32)         | 28 (50)       | 0 (0)                    | 3,44    | 0,81112    |
| 7-Comment était l'étudiant pour être positif ?   | 0 (0)       | 1 (2)          | 8 (14)  | 16 (29)         | 30 (54)       | 0 (0)                    | 3,39    | 0,82415    |
| 8-Comment était l'étudiant pour expliquer les choses clairement ?                          | 0 (0)       | 1 (2)          | 7 (13)  | 17 (30)         | 30 (54)       | 0 (0)                    | 3,38    | 0,78152    |
| 9-Comment était l'étudiant pour vous aider à prendre les choses en main ?                  | 0 (0)       | 0 (0)          | 10 (18) | 18 (32)         | 22 (39)       | 0 (0)                    | 3,43    | 0,91168    |
| 10-Comment était l'étudiant pour impliquer dans l'élaboration d'un plan d'action ?         | 0 (0)       | 1 (2)          | 8 (14)  | 14 (25)         | 28 (50)       | 0 (0)                    | 3,47    | 0,89968    |

Figure 10 : Tableaux exploitant les résultats au questionnaire CARE

# 10.5.14 Limites de l'évaluation pilote

Certains patients connaissent les étudiants. Il aurait été plus pertinent de cibler les patients se présentant pour un rendez-vous d'urgence car la relation thérapeutique s'enrichit à mesure des rendez-vous passés. Mais beaucoup de patients qui se présentent aux urgences viennent pour une raison très précise, le plus souvent à cause de la douleur et une fois soulagé, ne reviennent pas à la clinique.

Certains étudiants ont pu regarder les questionnaires et modifier volontairement ou involontairement leur comportement dans l'optique d'obtenir un meilleur score (même s'il ne s'agissait pas de questionnaire « sanctions »).

Suivant ce raisonnement, certains étudiants ont pu regarder les résultats de leur questionnaire et ont volontairement dissimulé les questionnaires.

# 10.5.15 Intérêt de futures explorations

Nous avions suite à cette recherche, comme perspective d'évaluer, un programme de formation mise en place au cours de l'année 2014 destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année de la faculté d'odontologie de Toulouse (M1).

Une deuxième série de questionnaire CARE sera distribué 3 mois plus tard aux patients des étudiants de 4<sup>ème</sup> année ayant participé à cette formation (données non intégrées à ce travail de thèse).

# **CONCLUSION**

Les compétences nécessaires à une relation patient-praticien basée sur la confiance et l'écoute mutuelles ne sont pas innées. La sagesse pratique (*phronesis* d'Aristote) s'exerce sur le terrain de l'action. Mais l'expérience seule ne garantit pas au praticien de s'orienter vers une approche empathique. Or, nous l'avons montré dans cette thèse, cette empathie est fondamentale, autant pour le patient que pour l'épanouissement professionnel du praticien. Bien souvent, les soignants sont confrontés à des dilemmes, partagés entre leurs valeurs professionnelles, les charges de travail à assumer et les demandes des patients.

Si la formation du chirurgien-dentiste est largement médico-chirurgicale, elle doit aussi se baser sur un modèle de soin clairement décrit. La profession dentaire n'a pas aujourd'hui de modèle bien défini, et sa pratique oscille entre l'application d'un modèle tacite dit biomédical, et un modèle interprétatif, très récent et s'inspirant du modèle biopsychosocial de Engel. La reconnaissance de l'importance de l'empathie dans la qualité des soins prodigués relève davantage de l'application d'un modèle biopsychosocial – ou centré sur le patient.

Parmi les compétences requises à une approche centrée sur la personne, les connaissances en sciences comportementales, mais aussi la culture générale et les sciences humaines permettent de sensibiliser le praticien à exercer son art sur des personnes, et non uniquement sur des tissus. L'établissement d'un rapport de confiance constitue la base de tout traitement dentaire réussi.

La communication empathique est un outil permettant au patient de devenir un co-acteur (voire un co-auteur) de son parcours de soin. Communiquer avec empathie signifie savoir répondre aux émotions du patient durant l'entretien, et savoir gérer celles que la consultation a suscité chez le praticien lui-même. L'empathie occupe une place centrale et incontournable dans l'entretien médical (Vannotti et Rey 1994) [111]. La communication fait partie intégrante de la pratique médicale et ne peut être déléguée à des tiers. Un entretien de qualité et une communication efficace sont indispensables pour fonder une relation de confiance. L'empathie joue ainsi un rôle essentiel dans les relations humaines quotidiennes et constitue le cœur de la relation de soins.

L'objectif de notre enquête était de réaliser une évaluation de la perception par les patients des qualités empathiques du binôme d'étudiant le prenant en charge. Les réponses aux questionnaires montrent que les patients ont été majoritairement satisfaits de la manière dont ils ont été accueillis et traités au cours du soin. Ceci est à corroborer avec ce qui a déjà été décrit dans la littérature, à savoir que l'habileté empathique décline avec le temps si elle n'est pas cultivée : les étudiants en médecine ont généralement une empathie qui décline au fur et à mesure du contact avec les patients [248].

En conclusion de ce travail exploratoire, nous souhaiterions formuler trois propositions pour une amélioration de l'empathie des chirurgiens-dentistes :

- Accroître les offres de formation en communication, dans le cadre d'un enseignement théorique et clinique davantage axé sur la prise en charge globale du patient. Accentuer les enseignements pratiques liés à la prise en charge du patient (annonce de mauvaises nouvelles, accompagnement thérapeutique, validation émotionnelle, etc).
- Favoriser les modifications organisationnelles aidant indirectement mais efficacement à l'application d'un modèle centré sur le patient et à l'empathie des futurs professionnels de santé. Citons comme exemple l'implémentation menée avec succès à la faculté de Médecine Dentaire de Harvard, où les étudiants stagiaires ne sont plus évalués sur une quantité d'actes réalisés (ex : X

traitements endodontiques, X prothèses conjointes, etc), mais sur le suivi global de leurs patients (Case Completion Form) [249].

- Evaluer sur le plan scientifique l'impact global de ces nouvelles approches sur la qualité des soins et la qualité de vie des patients et des praticiens.

Signature du directeur de thèse

Vu, le 07/08/2015

Hullus

Signature du président du jury

### **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Botbol M, Garret-GLoanec N, Besse A. Au carrefour des sciences et de la clinique. DOIN. 2014. 313 pages.
- [2] Définitions : empathie Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880
- [3] Hervé BOUKHOBZA. DER de Psychologie Médicale. Cours sur l'empathie et l'éducation thérapeutique du patient. Module 1 du programme de l'examen classant Items : l'empathie, tenir compte des croyances et des représentations du patient, l'éducation thérapeutique du patient. Cours rédigé le 1<sup>er</sup> trimestre 2010. pdf éduc théra du patient p. 4-16
- [4] Definition du mot empathie | [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://definitionmot.fr/empathie/
- [5] + Empathie Wikipédia [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie
- [6] Widlöcher, D. (1999). Affect et empathie. Revue française de psychanalyse, I, 173-186
- [7] Tarquinio, C. (2012) Manuel des psychothérapies complémentaires. Éditions DUNOD. p80
- [8] Decety J. L'acquisition de l'empathie. Dossier Pour La Science (Avril Juin 2009); n°63
- [9] Boulanger, C., & Lançon, C. (2006). L'empathie : réflexions sur un concept. *Annales médico psychologiques*, 164, 497-505
- [10] A TREATISE of HUMAN NATURE Being An Attempt to introduce the experimental Method of reasoning into MORAL SUBJECTS By David Hume London Printed for John Noon, at the White-Hart, near Mercer's-Chapel, in Cheapfide. First edition: 1739; Livre III: DE LA MORALE, Partie III: des autres vertus et des autres vices, Section III: de la bonté et de la bienveillance
- [11] Théorie des Sentiments moraux, I, 1, 1, trad Biziou, Gautier, Pradeau, PUF, Quadrige, 1999, p. 23
- [12] Adam Smith Wikipédia [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Adam\_Smith#Enseignement\_de\_la\_logique\_et\_de\_la\_morale
- [13] Diatkine, op. cit., p. 26.
- [14] Sicard, Marion. 2009. L'empathie en psychiatrie : théories et pratiques. Thèse d'exercice, [S.1.] : Université Claude Bernard (Lyon)
- [15] Aide-mémoire Thérapies comportementales et cognitives 2e éd.: en 37 notions Par Frédéric Chapelle, Benoît Monié, Rollon Poinsot, Stéphane Rusinek, Marc Willard p267

- [16] « Le partage du monde: Husserl et la constitution des animaux comme 'autres moi' » | Christiane Bailey Academia.edu [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://www.academia.edu/6005100/\_Le\_partage\_du\_monde\_Husserl\_et\_la\_constitution\_des\_animaux\_comme\_autres\_moi\_
- [17] Ricard, M. A. (2005). L'empathie comme expérience charnelle ou expressive d'autrui chez Husserl. Recherches qualitatives, 25(1), 88-102.
- [18] Jacques Hochmann. (15 mai 2012). Une histoire de l'empathie. Éditions Odile Jacob.
- [19] Aux origines de l'empathie, op. cit., p. 143. Maurice Elie (Auteur) Essai (broché). Paru en 02/2009
- [20] Pigman, G. (1995). Freud and the history of empathy, International Journal of Psycho-Analysis, 76, 237-256]
- [21] Shaughnessy, P. (1995). Empathy and the working alliance: The mistranslation of Freud's Einfühlung. Psychoanalystie Psychologie, 12, 221-231.
- [22] De Urtubey, L. (2004). Freud et l'empathie. Revue française de Psychanalyse, 68(3), 863-875
- [23] (Freud 1920, p61) [Freud, S. (1920, ed, 1950). Psychologie collective et analyse du moi. Paris : PUF]
- [24] Lancelot, A,. L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique, Thèse d'exercice, Université Paul Verlaine, Metz, 2011. P40-116
- [25] Berthoz, A. Jorland, G. L'empathie. (2004) Paris: Editions Odile Jacob. p58
- [26] psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie\_etc.doc
- [27] La sympathie [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://philo.pourtous.free.fr/Atelier/Textes/sympathie.htm.
- [28] Sympathie Wikipédia [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Sympathie
- [29] Wispé, L. 1986. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 2: 314-321.
- [30] Pacherie, E. 2004. L'empathie et ses degrés". In L'empathie, sous la dir. de A. Berthoz & G. Jorland, Paris: Editions Odile Jacob, pp. 149-181.
- [31] Définitions : compassion Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compassion/17625
- [32] Empathie et compassion, quelle différence ? TonPsy [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://tonpsy.fr/empathie-et-compassion/
- [33] Scheler M. Nature et formes de la sympathie. Petite Bibliothèque Payot. 2003

- [34] Compassion [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.redpsy.com/guide/compassion.html
- [35] Contagion émotionnelle Wikipédia [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Contagion\_%C3%A9motionnelle
- [36] L'empathie [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.cafes-citoyens.fr/comptes-rendus/640-l-empathie
- [37] Empathie WikiMediation [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://fr.wikimediation.org/index.php?title=Empathie
- [38] Famery, S. (2011). Developper son empathie : se mettre à la place de l'autre pour comprendre et anticiper ses émotions et ses réactions. Eyrolles (21 juin 2007). p12-179
- [39] Goleman D. L'intelligence émotionnelle. Éditions J'ai lu ; 2001. P153
- [40] Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://sites.duke.edu/flaubertsbrain/files/2012/08/Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.pdf
- [41] Frith CD, Singer T. 2008. The role of social cognition in decision making. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 363:3875–86.
- [42] Hurlemann R, Patin A, Onur OA, Cohen MX, Baumgartner T, Metzler S, and others. 2010. Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. J Neurosci 30:4999–5007.
- [43] Lackner CL, Bowman LC, Sabbagh MA. 2010. Dopaminergic functioning and preschoolers' theory of mind. Neuropsychologia.48:1767–74.
- [44] Psychologie Positive [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://www.psychologie-positive.net/spip.php?rubrique16
- [45] Decety J, Echols S, Correll J. 2010. The blame game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. J Cogn Neurosci 22:985–97.
- [46] Saarela MV, Hlushchuk Y, Williams AC, Schurmann M, Kalso E, Hari R. 2007. The compassionate brain: humans detect intensity of pain from another's face. Cereb Cortex 17:230–7.
- [47] DECETY Jean et JACKSON Philip, « The functional architecture of human empathy », in *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, n° 3, 2004, p. 71-100;
- [48] Amodio DM, Frith CD. 2006. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. Nat Rev Neurosci 7:268–77.
- [49] Van Overawalle F, Baentes K. 2009. Understanding others'actions and goals by mirror and mentalizing systems: a metaanalysis. Neuroimage Nov;48(3):564-84.
- [50] Tisseron S., (2010). L'Empathie, au cœur du jeu social. Paris: Albin Michel

- [51] Stern D., (1989). Le Monde interpersonnel du nourrisson. Paris : PUF.
- [52] De Waal F. (2010). L'âge de l'empathie. Leçons de la nature pour une société solidaire, Paris, Les liens qui libèrent, p. 105.
- [53] Honneth A. La réification, (2005). Petit traité de théorie critique, Paris : Gallimard, 2007.
- [54] Tisseron S., (2001). L'intimité surexposée. Paris : Hachette, 2002.
- [55] Tisseron S., (2008). *Virtuel, mon amour : penser, aimer et souffrir à l'ère des nouvelles technologies*, Paris : Albin Michel
- [56] ARRETO C.D., BRUNET-CANONNE A., FIORETTI F. Consulter en odontologie, relation praticien-patient. Paris, Ed CdP, 2006. p55-127
- [57] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA J Am Med Assoc. 1992;267:2221-2226.
- [58] Llorca, G. (2006). L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Medecine, Volume 2, Numero 7, Septembre 2006
- [59] Parizeau M.-H., 1993, *Consentement*, dans Hottois G., Parizeau M.-H., Les mots de la bioéthique un vocabulaire encyclopédique, Bruxelles : De Boeck
- [60] Relation médecin-patient Wikipédia [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation\_m%C3%A9decin-patient
- [61] CHOUKROUN Marc Gerald. Abrégé de psychologie. Editions S.I.D 1997
- [62] BALINT, Le médecin, son malade, la maladie. Editions Payot, Paris, 1998
- [63] J.N. Vergnes, M. Sixou, N. Apelian, C. Bedo. Les entretiens de Bichats. Odonto-stomatologie. L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. (2014).
- [64] AMZALAG A. Codes de la relation dentiste-patient. Paris : Elsevier-Masson, 2007. Pp 31-44;60;71-75;111.
- [65] [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.carinna.fr/Revue-de-presse/Archives/Levolution-des-soins-en-cabinet-dentaire-en-20-ans
- [66] Rev Mens Suisse Odontostomatol Vol. 122 3/2012. P229
- [67] Hojat, M., Gonnella, J. J., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician empathy. Integrative Medicine, 1(1), 25-41.
- [68] Coulehan, J., & Williams, P. C. Vanquishing virtue: the impact of medical education. Acad. Med., 76, 598-605.
- [69] Kalisch, B. J. (1971). Strategies for developing Nurse Empathy. Nursing Outlook, 19(11), 714-718.

- [70] Desmond Poole, A., & Sanson-Ficher, R. W. (1980). Long term effects of empathy training on the interview skills of medical students. Patients Counselling and Health Education, 2(3), 125-127.
- [71] Kirk, W. G., & Thomas, A. H. (1982). A brief Inservice training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 4, 177-179.
- [72] Olson, J. K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient perceived empathy and patient distress. Journal of Nursing Scholarship, 27(4), 317-322.
- [73] Razavi, M., & Delvaux, N. (2002). Interventions psycho-oncologiques: La prise en charge du patient cancéreux (2nd ed). Paris: Masson.
- [74] Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. M. (1996). Psychologie médicale(2<sup>nd</sup> ed.). Paris: Masson.
- [75] Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research». Journal of Counseling Psychology, 43(3), 261-274
- [76] Cinar, N., Cevahir, R., Sahin, S, Sözeri, C., & K ugroglu, S. (2007). Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. Revista Electronica de Enfermagem, 9(3), 588-595.
- [77] Bennett, J. A. (1995). Methodological notes on empathy: further considerations. Advances in Nursing Science, 18(1), 36-50.
- [78] Decety, J. (2004). L'empathie est elle une simulation mentale de la subvjectivité d'autrui ? In A. Berthoz et G. Jorland (Eds), L'empathie (pp. 53-88). Paris : Odile Jacob
- [79] Lumsden, M. A., Bore, M., Millar, K., Jack, R., & Powis, D. (2005). Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. Medical Education, 39, 258-265.
- [80] Fabre de Morlhon O., L'empathie en DCEM2, Thèse d'exercice, Paris 6, 2010.
- [81] Rosenzweig J,. Principes de communication patient praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie, Thèse d'exercice, Université Paul Sabatié, Toulouse, 2014.
- [82] Jarski, R. W., Gjerde, C. L., Bratton, B. D., Brown, D. D., & Matthes, S. S. (1985). A comparison of four empathy instruments in simulated patient medical interactions. Journal of Medical Education, 60, 545-551.
- [83] Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ? [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne\_Rameix.html
- [84] Nossintchouk, R. (2003). Communiquer en odonto-stomatologie : Obligations et stratégies. Éditions CdP. P97-98
- [85] ABRIC (J-C) Psychologie de la communication. Théories et méthodes Ed Armand Colin Paris 1999 (6-1 p 13, 6-2 p16, 6-3 p 37) + Recherches en soins infirmier N° 89 JUIN 2007 La relation de soin, concepts et finalités Formarier, M Formateur ARSI p37

- [86] L'ÉCOUTE PATIENT AU CABINET DENTAIRE | Conseil plus [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/lecoute-patient-au-cabinet-dentaire.html
- [87] Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A.L., Bensing, J. M., & Van de Wiehl, H. B. M. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: A Review of the literature. Patient Education and Counselling, 39, 129-145.
- [88] Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What is empathy and how can it be promoted during clinical Clerkships? Academic Medicine, 79(9), 832-839.
- [89] Dedianne, M. C., Hauzanneau, P., Labarere, J., & Moreau, A. (2003). Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? La revue du praticien -médecine générale-, 17(611), 1-4.
- [90] Microsoft Word techniques de communication.doc nat\_fmc\_annonce\_techniques\_communication.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.medical78.com/nat\_fmc\_annonce\_techniques\_communication.pdf
- [91] Mok, E., & Chiu, P. C. (2004). Nurse-patient relationship in palliative care. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 475-483.
- [92] François ALCOUFFE, L'approche psychologique du patient lors du traitement parodontal ou implantaire. Les thérapeutiques parodontales et implantaires. 2003
- [93] Laurent ALLOUCHE, Comment écouter un patient pour mieux le satisfaire? L'INFORMATION DENTAIRE n°13 29 Mars 2006.
- [94] Le Petit Robert de la langue française 2006, dictionnaire étymologique, Larousse.
- [95] Curieux. Relations et Connaissance de soi par Paul Pujol [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.paul-pujol.net/article-etymologie-curieux-44269949.html
- [96] Very, Etienne. 2008. L'empathie : modèles de neurosciences, outils de mesure et exemples de la pathologie. Thèse d'exercice, [S.I.]: Université du droit et de la santé (Lille).
- [97] Damasio, Antonio R. 1997. L'erreur de Descartes. Odile Jacob.
- [98] L'EXPLORATEUR vol. 23 no2 Juillet 2013. P24
- [99] Cosnier J. Psychologie des émotions et des sentiments. Paris: Retz, 1,9941,87-9
- [100] Rev Med Suisse 2005; « l'empathie » | : 354-8 Mme Véronique Haynal-Reymond Comportement et communication Unité de psychiatrie de liaison Département de psychiatrie HUG, I2I I Genève I4
- [101] Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G. Interaction regulations used by schizophrenic nd psychosomatic patients: Studies on facial behavior in dyadic interactions. Psychiatry | 990;53:209-2
- [102] Hess U. Synchronization in Emotional Interaction. ISRE symposium, 1998
- [103] Dufour Gompers, R. (1992). La relation avec le patient. Paris : Privat.

- [104] Vanotti, M. (2006). Le métier de médecin-entre utopie et désenchentement-. Genève : Médecine et Hygiène.
- [105] Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils? Vie sociale et traitements, 101, 78-83.
- [106] Remy C., La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée, Thèse d'exercice, Université de Lorraine, 2012, p55
- [107] DURAND J. Les formes de communication. Ed Dunod, Paris 1988.
- [108] Ruga A., L'abord du patient au cabinet dentaire Approche psychologique et outils de communication, Thèse d'exercice, Université de Lorraine, 2013
- [109] MEHRABIAN A. Dedodins of inconsistance communication. Journal of personality and social psychology. 1967.
- [110] Sylviane Mollier Dechance, Cecile Leroy Maillard. Elaboration et évaluation d'un outil d'aide à la communication patients aphasiques-soignants. Cognitive Sciences. 2013. <dumas-00873948>. P5-6
- [111] VANNOTTI M. et REY H., psychiater, behandelnder Arzt und Familie. Familien dynamik 2: 160-174 (1994a)
- [112] Neumann, Melanie, Friedrich Edelhäuser, Diethard Tauschel, Martin R. Fischer, Markus Wirtz, Christiane Woopen, Aviad Haramati, et Christian Scheffer. 2011. « Empathy Decline and Its Reasons:
- [113] Marin E., ENSEIGNER L'EMPATHIE EN MEDECINE ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques, Thèse d'exercice, Université de Claude Bernard Lyon 1, 2011, p214
- [114] PRAYEZ P. (2003) Distance professionnelle et qualité du soin, Paris: Lamarre.]
- [115] MINNE C. (2007) La dimension relationnelle du soin, Comment être distinct sans être distant? Mémoire de cadre de santé, IFCS G. Daumezon, Saint André lez Lille.
- [116] Beckman, Ann Int Med 1984 Etude sur 51 patients
- [117] VANNOTTI M. (2002) « L'empathie dans la relation médecin patient », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2/2002 (no 29), p. 213-237.
- [118] J. Lecomte., Empathie et ses effets, 2010, [60-495-B-10]
- [119] Eisenberg N, Morris AS. The origins and social significance of empathy-related responding. A review of empathy and moral development: implications for caring and justice by ML Hoffman. Social Justice Research 2001; 14: 95-120.
- [120] Hoffman ML. Empathy and moral development: Implications for caring and justice: Cambridge University Press, 2000.
- [121] de Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? Trends Cogn Sci 2006; 10: 435-41.

- [122] Lakin JL, Chartrand TL. Using nonconscious behavioral mimicry to create affiliation and rapport. Psychol Sci 2003; 14: 334-9.
- [123] Lepron E., Bases cérébrales de la communication interpersonnelle, empathie et émotion : applications à la maladie de Huntington, Thèse d'exercice, Université de Toulouse, 2009, p37
- [124] Keysers C, Gazzola V. Towards a unifying neural theory of social cognition. Prog Brain Res 2006; 156: 379-401.
- [125] Yamada M, Decety J. 2009. Unconscious affective processing and empathy: an investigation of subliminal priming on the detection of painful facial expressions. Pain 143(1–2): 71–5.
- [126] Preston SD, de Waal FB. Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behav Brain Sci 2002; 25: 1-20; discussion 20-71.
- [127] Moreau Taverne C., L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Université Lille 2, juin 2012, P30-36
- [128] FICHE: OUTILS DE COMMUNCATION POUR LA RELATION MEDECIN-MALADE approches\_bon\_deroulement\_consultation.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.hug-
- $ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\_de\_premier\_recours/documents/infos\_soignants/approches\_bon\_deroulement\_consultation.pdf$
- [129] Famery S., Le pouvoir de l'empathie: Comment obtenir le meilleur et éviter le pire ?, Editions Eyrolles, 2014, p48
- [130] Définition et intérêt de l'empathie [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.counselingvih.org/fr/definition/empathie.php
- [131] Auteur Collectif, Le grand livre des idées reçues INSOLITE et GRANDES ENIGMES, Editeur Partenaire WidgetAvenue, 2010, p48
- [132] Thomas M. R., Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship, Patient Education and Counceling 2010;79:199-206
- [133] Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P. Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between Increased Personal Well- Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. Journal of General Internal Medecine, 20, 559-564.
- [134] Hojat M., Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender, Medical Education 2002; 36:522-527
- [135] Mercer S. W., Reynolds W. J., Empathy and quality of care, British Journal of General Practice 2002; 52:S9-S13.
- [136] Halpern J., Empathy and Patient-Physician Conflicts, J Gen Intern Med 2007; 22: 696-700.

- [137] Bioy A. (dir.), L'aide mémoire de la psychologie médicale et de la psychologie du soin, Dunod, 2012.
- [138] Sung Soo, K., Klapowitz, S., et Johnsyon, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the health professions*, *27*(3), 237-251.
- [139] Neumann M., Analysing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theorical overview and contribution towards a theory-based research agenda, Patient Education and Counceling 2009; 74: 339-346.
- [140] Epstein RM, 2007, Could this be serious? Reassurance, Uncertainity, and Empathy in Response to Patients' Expressions of Worry, J Gen Intern Med.
- [141] Le monde change, la performance individuelle s'appuie, certes, sur les compétences médicales du médecin, mais, aussi, de plus en plus, sur les compétences relationnelles développées avec les patients et les confrères comm-e.pdf [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.gera.fr/Downloads/Formation\_Medicale/la-communication-du-medecin-acupuncteur-avec-son-patient/comm-e.pdf
- [142] EDP Dentaire La référence du monde dentaire [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.edp-dentaire.fr/cabinet/management/941-comment-gerer-les-personnalites-difficiles-au-cabinet
- [143] Avril 2006 n°37 Indépendentaire, p43
- [144] Faure, Jean-Philippe, et Céline Girardet. 2003. L'empathie, le pouvoir de l'accueil : Au coeur de la Communication Non Violente. Jouvence.
- [145] Marco VANNOTTI, Médecin-patient : une relation à risque ? Rev Mens Suisse odontostomatol, vol 107 : 3/1997
- [146] Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS, Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication, Arch Intern Med., 2008 Sep, 22;168(17):1853-8, doi: 10.1001/archinte.168.17.1853.
- [147] Perraut Soliveres A. Infirmières, le savoir de la nuit. Paris: PUF; 2001.
- [148] Keller, V. F., & Caroll, J. G. (1994). A new model for physician-patient communication. Patient Education and Counselling, 23, 131-140.
- [149] Libert, Y., Conradt, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeirs, D., Delvaux, N., Fontaine, O., & Razavi, D. (2001). Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. Bulletin du cancer, 88(12), 167-176.
- [150] Wilkes, M., Milgrom, E., & Hoffman, J. R. (2002). Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. Medical Education, 36, 528-533.
- [151] Stern, M. (2006). Encadrement des médecins internes par une psychologue dans une unité de soins palliatifs. Médecine et Hygiène, 2(62), 69-74.

- [152] Moraes, P. (1999). L'empathie, la créativité et l'art en soins palliatifs. European Journal of Palliative care,6(3), 99-102.
- [153] Cremniter, D., Jamain, S., Le Moud, B., & Brevier, J. M. (1988). Modes de déclenchement de l'angoisse en hôpital général. Soins psychiatrie, 92/93, 19-22.
- [154] Thomson, D., Hassenkamp, A. M., & Mansbridge, C. (1997). The measurement of empathy in a clinical and a non clinical setting. Does empathy increase with clinical experience? Physiotherapy, 83(4), 173-180.
- [155] Renault, M. (2000). Le désarroi hospitalier. Paris : L'Harmattan
- [156] Dale, G., & Larson, D. (1993). Self concealment: Implications for stress and empathy in oncology care. Journal of Psychosocial Oncology, 11(41), 1-16.
- [157] Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. Journal of Social & Clinical Psychology, 9(4), 439-455.
- [158] Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.), Soins et communication(pp. 17-32). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- [159] Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. Paris : Erès.
- [160] Delhaye, M., & Lotstra, F. (2007). Soignants soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant, Cahiers de psychologie clinique, 28, 51-59.
- [161] Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2006). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris : Dunod.
- [162] Kuremyr, D., K ihlgren, M., Norberg, A., Astrom, S., & Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and burn out among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. Journal of Advanced Nursing, 19, 670-679.
- [163] Palsson, M. B., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Bjorvell H. (1996). Burn out, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. Scandinavian Journal Caring Science, 10, 19-26.
- [164] Mokslas, S. (2007). The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. Medicina (Kaunas), 43 (5), 425-431.
- [165] Claix-Simons, C. (2003). L'épuisement professionnel des infirmières. In M.
- [166] Robert MS., Norman LC, William AA. Sources of dentists'stress. JADA 1984; 109:48-51.
- [167] Bonnet V-A. Le suicide chez les chirurgiens-dentistes. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Lyon 1 : 2006 : 038.
- [168] Cooper CL., Watts J., Kelly M. Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK. Br Dent J. 1987 Jan 24;162(2):77-81.

- [169] Courtial, J. P., & Huteau, S. (2005). Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital. Santé Publique, 3(17), 385-402.
- [170] Légeron P. Le stress au travail. Paris : O. Jacob, 2001.
- [171] Gorter RC., Albrecht G., Hoogstraten J., Eijkman MAJ. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. Eur J Oral Sci. 1998; 106:999-1005.
- [172] Truchot D. Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod, 2008.
- [173] GORTER, R. C., TE BRAKE, H. J., HOOGSTRATEN, J. & EIJKMAN, M. A. 2008. Positive engagement and job resources in dental practice. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36, 47-54.
- [174] KAY, E. J. & LOWE, J. C. 2008. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *British dental journal*, 204, E19; discussion 622-3.
- [175] MURTOMAA, H., HAAVIO-MANNILA, E. & KANDOLIN, I. 1990. Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*, 18,208-12.
- [176] HAKANEN, J. J., BAKKER, A. B. & DEMEROUTI, E. 2005. How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European journal of oral sciences*, 113, 479-487.
- [177] GORTER, R. C. 1999. Le stress du travail et le "burnout" dans la pratique dentaire. *L'information dentaire*, 1999, 2559-2563.
- [178] TIGRID, D. & SINTES, J.-R. 2009. Bien gérer son stress : notre qualité de vie en dépend! *Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl*, 214, 19.
- [179] WOLFE, G. A. 1981. Burnout of therapists: inevitable or preventable? *Physical therapy,* 61, 1046-50.
- [180] Gaudart, C. (2009). Epuisement, stress, risque d'erreurs... Malaise à l'hôpital. Santé et travail, 66, 28-30.
- [181] Searles, H. (1977). L'effort pour rendre l'autre fou. Paris : Galimard.
- [182] Delbrouck, M. (2003). Le burnout du soignant. Bruxelles : De Boeck.
- [183] Manoukian, A. (2009). La souffrance au travail, les soignants face au burnout. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- [184] Microsoft PowerPoint BJ8633- AMERICAN EXPRESS-Etude dentistes\_Sit bj8633-\_american\_express-etude\_dentistes\_siteow.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://www.opinion-way.com/pdf/bj8633-\_american\_express-etude\_dentistes\_siteow.pdf
- [185] Gorter R., Storm M, Te Brake H., Kersten H., Eijkman M. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. Int Dent J. 2007 Aug;57(4):279-85.

- [186] MALENFANT, N. 2011. L'épuisement professionnel : comprendre pour mieux agir. *Métiers de la petite enfance*, 169.
- [187] THÉRY-HUGLY, M.-C. 2008. Le burn out n'est pas une fatalité. L'information dentaire, 38.
- [188] 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.
- [189] Rachels, J. (1979), «Tuer et laisser mourir de faim», in Marc Neuberg, La responsabilité, PUF, p. 1994-214.
- [190] Gibert, Martin, et Morgane Paris. 2010. « L'imagination et les biais de l'empathie ». Les ateliers de l'éthique- Revue du CREUM5 (1) (mai 1).
- [191] RESTOUX P. (2004) Vivre avec un enfant différent, Marabout.
- [192] Empathie et Intuition en formation à distance, réflexions sur les intelligences multiples de Gardner de Ginette Provost Flatow. P 80
- [193] Gori, R., & Del Vogo, M. J. (2005). La santé totalitaire -Éssai sur la médicalisation de l'existence-. Paris : Denoël.
- [194] La Monica, E. L., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. T. (1987). Empathy and nursing care outcomes. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1(3), 197-213.
- [195] Nardi, D. A. (1990). A course in Empathy. Advancing Clinical Care, jul-aug, 18-20.
- [196] Falissard B. Pour une approche scientifique du subjectif. Le Courrier des addictions. 2007 nov;(4)., Buffel du Vaure, C,. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique, Thèse d'exercice, Université Paris Descartes, 2012, p37
- [197] Chlopan BE, McCain ML, Carbonell JL, Hagen RL. Empathy: Review of available measures. Journal of Personality and Social Psychology. 1985;48(3):635-53.
- [198] Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy1. Journal of Personality. 1972 déc;40(4):525-43.
- [199] Decision Making Individual Differences Inventory Questionnaire Measure of Emotional Empathy [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.sjdm.org/dmidi/Questionnaire\_Measure\_of\_Emotional\_Empathy.html
- [200] Dillard JP, Hunter JE. On the Use and Interpretation of the Emotional Empathy Scale, the Self-Consciousness Scales, and the Self-Monitoring Scale. Communication Research. 1989 janv 2;16(1):104-29.
- [201] Mehrabian A, Young AL, Sato S. Emotional empathy and associated individual differences. Current Psychology: Research & Reviews.
- [202] Mehrabian A. Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) Available from Albert Mehrabian; 1130 Alta Mesa Road, Monterey, CA 93940: 2000. Unpublished.

- [203] Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. Psychological Medicine. 2004;34:911–9.
- [204] Hogan R. Development of an empathy scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969;33(3):307-16.
- [205] Cross DG, Sharpley CF. Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale. Psychological Reports. 1982;50(1):62.
- [206] Eslinger PJ. Neurological and neuropsychological bases of empathy. European Neurology. 1998;39:193–199.
- [207] Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology. 1983;44:113–126.
- [208] Buffel du Vaur C., Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique, Thèse d'exercice, Paris 5, 2012, p37
- [209] Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1eréd. Springer-Verlag New York Inc.; 2006.
- [210] Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2004;34:163–175.
- [211] VL Ruggieri. [Empathy, Social Cognition And Autism Spectrum Disorders]. 56 Suppl 1: Rev Neurol *S13-21*. 2013.
- [212] E Sucksmith, C Allison, S Baron-Cohen, B Chakrabarti, RA Hoekstra. Empathy And Emotion Recognition In People With Autism, First-degree Relatives, And Controls. 51(1): Neuropsychologia *98-105*. 2013.
- [213] Le Quotient Empathique (EQ) [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://pages.infinit.net/frelyne/aspi/EmpathyQuotient.html
- [214] Spreng RN, McKinnon M, Mar R, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. J. of Personality Assessment. 2009 janv;91(1):62-71.
- [215] Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy. Academic Medicine. 2002 oct;77(Supplement):S58-S60.
- [216] Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. BMC Medical Education. 2007;7(1):24.
- [217] Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Med Teach. 2005 nov;27(7):625-8.

- [218] 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.
- [219] 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.
- [220] 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.
- [221] 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.
- [222] 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.
- [223] 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.
- [224] 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.
- [225] 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.
- [226] Gori, Roland, Marie-Jean Sauret, et Alain Abelhauser. 2011. *La Folie Evaluation:Le malaise social contemporain mis à nu*. Fayard/Mille et une nuits.
- [227] Fields, S. K. Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of N urses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. Evaluation of Health Professional, 27, 80-94
- [228] Henry-Tillman, R., Deloney, L. A., Savidge, M., Grahan, C. J., & K limberg, S. (2002). The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. The American Journal of Surgery, 183, 659-662.
- [229] Oz, F. (2001). Impact of training on empathic communication skills and tendency of nurses. Clinical Excellence for Nurse Practioners, 5(1), 44-51.
- [230] Strug, D., Ottman, R., Kaye, J., Saltzberg, S., Walker, J., & Mendez, H. (2003). Client satisfaction and staff empathy at pediatric HIV/AIDS Programs. Journal of Social Service Research, 29(4), p 1-22.

- [231] Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care. Nursing Research, 49(4), 191-200.
- [232] Hojat, M., Mangione, S, Nasca, T. J, Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., & Erdman, J. B. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. Educationnal and Psychological Measurement, 61(2),349-365.
- [233] Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10, 85.
- [234] RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS N° 84 MARS 2006 p65
- [235] Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue Cairn.info [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.cairn.info/zen.php?ID\_ARTICLE=CIPS\_082\_0025
- [236] Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., et Watt, G. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, *21*(6), 699-705.
- [237] Freire Dos Santos C,. Stress de l'étudiant en odontologie, Thèse d'exercice, Nancy, 2014
- [238] Berggren, U.; Meynert, G. 1984. « Dental fear and avoidance : causes, symptoms and consequences », *Journal of the American Dental Association*, 109, 247-251.
- [239] Moore, R.; Brodsgaard, I.; Birn, H. 1991. « Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population », *Behaviour Research and Therapy*, 29, p. 51-60.
- [240] Kleinhauz, Eli, Baht et Shamay. 1992. Kleinhauz, Eli, I., Uziel, N., Baht, R., et M. 1997. « Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, p. 233-237.
- [241] Weinstein, P. 1992. « Breaking the worldwide cycle of pain, fear and avoidance. Uncovering risk factors and promoting prevention for children », *Annals of Behavioural Medicine*, 12, p. 141-147.
- [242] Humphris, G. *et al.* 2002. « Psychological stress in undergraduate dental students : baseline results from seven European dental schools », *Eur. J. Dent. Educ.* 2002, 6, 22-29.
- [243] La « scène dentaire » dans des groupes de formation de dentistes Cairn.info [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.cairn.info/zen.php?ID ARTICLE=RPPG 039 0051
- [244] McGoldrick, P.M.; Pine, C.M. 2000. « Teaching and assessing behavioural techniques of applied relaxation for reduction of dental fear using a controlled chairside simulation model », *Eur. J. Dent. Educ.* 2000, 4, p. 176-182.
- [245] Shanley, D.B. 2001. « The behavioural sciences », dans *Dental Education in Europe*, Dental Press Kft.

[246] Dr Maurice Bourassa, Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire formation odontologie, 2008

[247] The CARE Measure Website [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.caremeasure.org/

[248] Hojat M1, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med. 2009 Sep;84(9):1182-91.

[249] Park SE1, Timothé P, Nalliah R, Karimbux NY, Howell TH.A case completion curriculum for clinical dental education: replacing numerical requirements with patient-based comprehensive care. J Dent Educ. 2011 Nov;75(11):1411-6.

### **ANNEXES**

Figure 1: Tableau récapitulatif: Différence entre l'empathie et la sympathie et la compassion Compassion-Sympathie? - Coaching par l'approche globale, Liempathie Harmony [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://coaching-liempathie-harmony.jimdo.com/compassion-sympathie/

Figure 2. Les éléments qui participent à l'empathie émotionnelle et cognitive. Chaque élément est associé à des fonctions distinctes qui composent la réponse empathique.

Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2015]. Disponible sur: http://sites.duke.edu/flaubertsbrain/files/2012/08/Shamay-Tsoory-The-Neural-Bases-for-Empathy.pdf

#### Figure 3 : La pyramide de Tisseron. S, les 3 étages de l'empathie

Roy M. Empathie : le danger des mystifications - [Internet]. La revue du Cube. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.cuberevue.com/empathie-le-danger-des-mystifications/23

#### Figure 4 : Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif

Psychologie médicale - cours.pdf [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/relation/site/html/cours.pdf

#### Figure 5 : tableau récapitulatif des signes non verbaux

Remy C., La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée, Thèse d'exercice, Université de Lorraine, 2012, p55

#### Figure 6 : différencier la « vraie » et la « fausse » empathie

Famery, S. (2011). Developper son empathie : se mettre à la place de l'autre pour comprendre et anticiper ses émotions et ses réactions. Eyrolles (21 juin 2007). p12-179

#### Figure 7 : les différentes échelles mesurant l'empathie recensées dans la littérature

Lancelot, A,. L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique, Thèse d'exercice, Université Paul Verlaine, Metz, 2011. P40-116

Figure 8 : échelle CARE version anglaise

Figure 9 : échelle CARE version française

Figure 10 : Tableaux exploitant les résultats au questionnaire CARE

MONS MAXIME

Thèse n°2015-TOU3-3053

#### **EMPATHIE ET ODONTOLOGIE**

**RÉSUMÉ EN FRANÇAIS:** La relation de soin qui unit un dentiste à son patient est un processus à l'intérieur duquel le praticien et le patient sont engagés ensemble dans une co-évolution. Celle-ci se réalise et se développe grâce à la construction d'une alliance de travail qui se base, d'une part, sur l'échange d'informations et, d'autre part, sur l'empathie.

Le but de ce travail est de comprendre comment l'empathie, appliquée à la relation de soin confère un avantage dans notre pratique au quotidien ? Quels sont les risques mais aussi les avantages et les enjeux à mener une relation empathique avec les patients ?

Pour tenter d'illustrer ses propos, nous avons mené une étude pilote d'observation au cours de laquelle nous avons tenté d'évaluer les qualités empathiques d'étudiants en odontologie de 4<sup>ème</sup> année perçues et ressenties par leurs patients.

**TITRE EN ANGLAIS:** EMPATHY AND DENTISTRY

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE:** Chirurgie Dentaire

**MOTS-CLÉS**: empathie, odontologie, chirurgie dentaire, relation patient-praticien, respect, écoute, humanisme.

#### INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

**DIRECTEUR DE THESE : Dr Jean Noel VERGNES**