

## Former aux multiples dimensions de l'empathie dans le milieu de l'éducation médicale : un enjeu de santé publique

*Training in the multi-faceted dimensions of empathy in medical education: a public health issue*

Les questionnements autour de l'enseignement de la relation thérapeutique dans les formations en santé constituent un enjeu de santé publique au regard de l'impact positif désormais bien identifié des capacités d'empathie pour les patients comme pour les professionnels de santé eux-mêmes. Sur ce point, l'article de Retornaz et ses collègues, publié dans ce numéro, propose une formation intégrative, multimodale et séquentielle pour cibler les capacités d'étudiants en médecine [1].

### L'empathie : un construit multidimensionnel dépourvu de consensus

Le format décrit comme multimodal de l'enseignement proposé par les auteurs cette étude apparaît essentiel au regard du fait que l'empathie est un construit multidimensionnel. Aujourd'hui encore, comme l'évoquent à juste titre Retornaz et ses collègues, la définition de l'empathie et de ses composantes ne fait pas l'objet d'un consensus [2]. En effet, si les auteurs mentionnent qu'une définition intégrative de l'empathie appelle trois composantes (cognitive, affective et opérative), il est également possible de trouver dans la littérature une description de l'empathie en santé selon quatre dimensions, se voulant la plus holistique [3] : 1) une dimension morale (motivation interne à accepter autrui sans condition) ; 2) une dimension cognitive (faire appel à l'imagination pour comprendre les pensées, croyances, perspectives et actions d'autrui) ; 3) une dimension affective (réactions émotionnelles face à celles des autres) et 4) une dimension comportementale (actions témoignant d'une compréhension de la perspective d'autrui).

### Une expérience interne et externe

Quel que soit le nombre de composantes, l'empathie renvoie à une expérience interne (morale, cognitive, affective) et à une expérience externe (opérative ou comportementale). Exprimer sa compréhension d'autrui apparaît essentiel, car si l'empathie reste à l'état d'expérience interne et ne se manifeste pas vers l'extérieur, elle ne peut être perçue par le patient et n'induit pas les bénéfices énoncés dans la littérature. La

nécessité d'exprimer cette expérience interne a conduit à l'émergence du terme de communication empathique, qui désigne la capacité à « comprendre les émotions du patient et à communiquer cette compréhension au patient » [4].

### Des confusions lexicales et sémantiques

Dans le milieu de l'éducation médicale, il existe souvent une forme d'imprécision concernant l'usage des concepts d'empathie, de communication empathique, de sympathie (partager l'émotion de l'autre) ou encore de bienveillance. Au-delà de la bienveillance, l'empathie implique également des habiletés de méta-cognition (connaissance de soi et de ses fonctionnements internes), de cognition sociale (capacité à percevoir l'état émotionnel de l'autre, à prendre une perspective émotionnelle ou cognitive différente de la sienne). L'empathie est effectivement identifiée par l'Organisation mondiale de la santé comme une compétence psychosociale (CPS).

### L'empathie : un objet légitime d'enseignement

L'empathie a longtemps été associée à sa seule composante automatique, inconsciente, et donc non modifiable par la formation. Retornaz et ses collègues soulignent à juste titre les arguments en faveur du fait que l'empathie est un objet légitime d'enseignement car également composée d'un processus acquis et conscient, et donc modifiable par la formation.

### Format de l'enseignement

Ces auteurs se sont ainsi penchés sur l'impact d'un nouveau dispositif de formation à l'empathie qui se veut intégratif et multimodal. Leur objectif était de prévenir le déclin de l'empathie des étudiants en médecine, mentionné dans la littérature comme débutant avec les stages cliniques (soit la quatrième année des études médicales en France). La démarche de formation développée par les auteurs est constituée de quatre étapes : 1) des cours magistraux ; 2) des groupes de supervision de type Balint ;

3) des jeux de rôle et 4) des examens cliniques objectifs structurés. L'idée d'une formation intégrative à l'empathie va dans le sens des préconisations de la littérature. En effet, un enseignement considéré comme idéal pour enseigner l'empathie intègre une partie cognitive (théorie), illustrative (situations exemples) et comportementale (mise en situation) [5]. Le transfert de ces apprentissages implique une démarche de formation nécessairement contextualisée, comme le propose le dispositif rapporté par les auteurs de cette étude.

### Outils d'évaluation

Les auteurs ont fait le choix d'évaluer l'impact de cette formation par le biais d'un questionnaire d'auto-évaluation, en l'occurrence la version française de la *Jefferson Scale of Physician Empathy – Medical Student* (JSPE-MS) [6]. Cet outil porte notamment sur l'évaluation des attitudes envers l'empathie clinique, à la différence d'une auto-évaluation de ses propres capacités d'empathie. L'évaluation des attitudes est d'importance puisque des attitudes positives contribuent à favoriser : 1) la réception des messages issus des enseignements, tel que l'entend Benbassat, cité par Givron *et al.* [7] ; 2) le temps consacré à s'y entraîner [8] ; 3) le développement des compétences et 4) le transfert de ces apprentissages aux situations réelles de soins [9].

Les réflexions portées par les auteurs amènent en effet à se questionner sur le choix des outils d'évaluation de l'empathie au regard du fait que l'échelle JSPE-MS correspond à l'un des outils les plus utilisés dans la littérature pour évaluer l'empathie ressentie dans le domaine de la santé. Cet outil correspond aussi à l'outil majoritairement utilisé dans les études qui rapportent un déclin de l'empathie dans la littérature. Il est néanmoins à noter que cet outil est une échelle d'auto-évaluation, ne permettant dès lors d'appréhender que la composante interne de l'empathie (empathie ressentie). De plus, ainsi que le mentionnent à juste titre les auteurs, cet outil permet l'évaluation de la seule dimension cognitive. Ces éléments amènent ainsi à se questionner sur ce qui est mesuré au travers des études indiquant un déclin et ces limites soulignent l'imprécision de l'usage des concepts d'empathie et de communication empathique dans le domaine de l'éducation médicale.

Plus encore, ces éléments conduisent également à se questionner sur la manière d'évaluer l'empathie au regard de ce qui est enseigné et de la composante que les enseignants souhaitent développer. Dans le milieu de l'éducation médicale, aucune dimension de l'empathie ne peut faire l'objet d'une impasse et les formations devraient désormais intégrer et développer l'ensemble des dimensions de l'empathie : ressentie (morale, cognitive, affective) et exprimée (communication empathique verbale, non-verbale, para-verbale). L'évaluation de cette capacité globale d'empathie devrait alors, elle aussi, être pluridimensionnelle et impliquer en conséquence non seulement

des outils d'auto-évaluation (empathie ressentie) mais aussi des outils d'hétéro-évaluation (grille d'observation de la communication empathique ; empathie exprimée).

Il existe néanmoins peu d'outils permettant d'appréhender l'ensemble des dimensions de l'empathie ressentie en contexte clinique et peu d'outils permettant d'appréhender avec détail les différentes dimensions d'expression de l'empathie (verbale, non-verbale, para-verbale). Au-delà de l'échelle JSPE-MS qui évalue l'empathie clinique mais via la seule composante cognitive, l'échelle *Basic Empathy Scale in Adults* (BES-A) [10] permet d'évaluer trois dimensions de l'empathie mais n'est pas spécifique aux contextes cliniques. A notre connaissance, aucune échelle d'auto-évaluation ne permet encore d'appréhender la dimension morale de l'empathie (modèle holistique à quatre dimensions). De plus, bien qu'il existe de multiples grilles d'observation de la communication empathique, la plupart se concentrent sur la dimension verbale et n'intègrent au maximum qu'un ou deux items pour évaluer les dimensions non et para-verbales. Au regard de la place prépondérante de l'empathie en santé, de la connaissance de ses dimensions plurielles, son évaluation devrait faire l'objet de la même exigence que les formations qui y sont dédiées. Si combiner les modes d'évaluation (auto, hétéro-évaluation) apparaît indispensable pour une évaluation pluri-dimensionnelle et contextualisée, développer de nouveaux outils valides et spécifiques semble tout aussi nécessaire.

### Ouverture

La formation par le jeu de rôle et la simulation de situation clinique (examens cliniques objectifs et structurés) développée par les auteurs offre une contextualisation particulièrement intéressante. Compléter cette approche par de l'improvisation appliquée à la formation des professionnels de santé pourrait aussi être une perspective intéressante [11,12,13]. L'improvisation appliquée en santé est une pratique inhérente au théâtre, dont la particularité tient au fait qu'elle est mise en œuvre sans script et sans préparation préalable. Cette pratique, contextualisée, comme le jeu de rôle et les simulations de situations cliniques, permet de solliciter non seulement l'ensemble des différentes dimensions de l'empathie (ressentie comme exprimée), mais aussi de manière plus large les compétences psychosociales, permettant d'appréhender avec flexibilité la spécificité et l'imprévisibilité de chaque relation de soin. Intégrer l'improvisation dans le processus d'enseignement de l'empathie plutôt que chercher à le standardiser pourrait en améliorer le développement [11,12]. Il pourrait s'agir d'une étape supplémentaire à intégrer à la formation multimodale de l'empathie.

Aller, au-delà de l'empathie, vers le développement des CPS permettrait de favoriser le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique) des étudiants, d'améliorer les interactions, d'augmenter le bien-être, de

diminuer les comportements défavorables et d'augmenter les comportements favorables à la santé. Les CPS jouent également un rôle dans l'adaptation sociale et la réussite académique. Dans un contexte où la qualité de vie au travail des étudiants et des professionnels semble enfin prise en considération, c'est une perspective qui mérite d'être explorée.

Julie DE WEVER<sup>1,2,\*</sup> 

Mathieu HAINSELIN<sup>1</sup> 

Maxime GIGNON<sup>1,2,3,4</sup> 

<sup>1</sup>Centre de recherche en psychologie-cognition, psychisme et organisations (CRP-CPO), Unité de recherche UR UPJV 7273, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

<sup>2</sup>Centre de simulation SimUSanté<sup>®</sup> – Epione, Centre hospitalier universitaire (CHU) Amiens-Picardie, Amiens, France

<sup>3</sup>Pôle Préventions, risques, information médicale et épidémiologie, CHU Amiens-Picardie, Amiens, France

<sup>4</sup>Laboratoire Éducatifs et promotion de la santé (LEPS), Unité de recherche UR 3412, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France

Mailto: [julie.de.wever@u-picardie.fr](mailto:julie.de.wever@u-picardie.fr)

## Références

1. Returnaz C, Buffel du Vaure C, Piot MA, Jaunay LB, Jaury P. Évaluation à six mois de l'impact d'une formation multimodale et séquentielle à l'empathie des étudiants de second cycle d'études médicales. *Pédagogie Médicale* 2023;24:xx-yy.
2. Betari B. Évaluation d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir d'un cas clinique fictif. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Paris: Université Paris Descartes, 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927362/document>.
3. Pieris D, Jafine H, Neilson S, Amster E, Zazulak J, Lam C, Grierson L. Understanding moral empathy: A verbatim-theatre supported phenomenological exploration of the empathy imperative. *Med Educ* 2021;56:186-94.
4. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: A teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1990;116:222-6.
5. Carvalho IP, Pais VG, Silva FR, Martins R, Figueiredo-Braga M, Pedrosa R, *et al*. Teaching communication skills in clinical settings: Comparing two applications of a comprehensive program with standardized and real patients. *BMC Med Educ* 2014;14:92.
6. Bitoun A, Buffel du Vaure C, Lucet C, Jaury P, Malmartel A. Assessment of medical student empathy: The French validation of the JSPE-MS©. *Exercer* 2020;160:88-94.
7. Givron H, Fischer L, Deseilles M. Validation de la version francophone du questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez des étudiants en médecine belges. *Pédagogie Médicale* 2021;22:125-38.
8. Dornan T, David T. Adult learning and continuing education. *Diabet Med* 2000;17:78-80.
9. Newble DI. Assessment of clinical competence. *Br J Anaesth* 2000;84:432-3.
10. Carré A, Stefaniak N, D'Ambrosio F, Bensalah L, Besche-Richard C. The basic empathy scale in adults (BES-A): Factor structure of a revised form. *Psychol Assess* 2013;25:679-91.
11. De Wever J. Apports de l'improvisation appliquée à la formation des professionnels de santé : intérêt de l'improvisation médicale pour la prise de décision sous pression temporelle et une communication empathique. Thèse pour le doctorat d'université en psychologie ; spécialité neuro-psychologie. Amiens: Université de Picardie Jules Verne, 2023.
12. De Wever J, Hainselin M, Gignon M. Applied improvisation and transdisciplinary simulation: A necessity for any health curriculum? *Front Med (Lausanne)* 2023;10:1237126.
13. Watson K, Fu B. Medical improv: A novel approach to teaching communication and professionalism skills. *Ann Intern Med* 2016;165:591-2.

**Citation de l'article :** De Wever J, Hainselin M, Gignon M. Former aux multiples dimensions de l'empathie dans le milieu de l'éducation médicale : un enjeu de santé publique. *Pédagogie Médicale* 2023;24:215-217