

EMPATHIE

[Edith Simon](#)

in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières*

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « Hors collection »

2012 | pages 168 à 171

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition---page-168.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

© Association de Recherche en Soins Infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

EMPATHIE

Edith SIMON

Infirmière, Cadre de santé formateur, Master de recherche en formation des adultes CNAM Paris, IRFSS Croix-Rouge Bourgogne Franche-Comté

Présentation

Le concept d'empathie est le plus souvent associé à la socio-psychologie rogérianne, en tant qu'élément clé d'une relation d'aide centrée sur le client. Le courant du counselling qui s'inscrit dans la lignée de C. Rogers le développe également. Pour autant, concept « nomade », il n'a cessé de migrer d'une discipline à l'autre. Les significations qui lui sont accordées continuent d'évoluer.

En psychologie, le développement de recherches alliant, grâce à la vidéo, l'observation des mouvements corporels, comme ceux relevant du processus « d'échoisation » à celle du matériau verbal (enregistré autrefois par le seul magnétophone), a permis de décrire de façon plus élargie le phénomène empathique (1).

Actuellement, les neurosciences permettent de mieux comprendre les mécanismes qui régissent les fondements de l'empathie, reposant sur des systèmes neurologiques (2-1). L'empathie participerait à l'inscription d'un individu dans la société, dans le sens où celle-ci favoriserait la solidarité et les comportements altruistes entre humains, et l'intériorisation par ceux-ci des normes sociales (la « dés empathie » expliquerait les exactions des tortionnaires ou des fanatiques sectaires) (3).

Dans le champ des soins infirmiers, il y a controverse quant à la nature, et à la pertinence de l'empathie dans la pratique infirmière (4-1). Les définitions conceptuelles et opérationnelles qui lui ont été attribuées, divergentes et contradictoires, ont contribué à en faire un mot-valise et un concept difficile à saisir, générant méfiance ou polémique.

Origine du concept (5-1)

Apparaît au XX^{ème} siècle, de sympathie et du préfixe grec *em-* « dans ».

Le mot empathie est une traduction de l'anglais *empathy*, du grec *empathia*, qui étymologiquement a le sens de : « s'identifier à quelqu'un », « souffrir avec », définitions qui aujourd'hui se rapprocheraient davantage du concept de sympathie. Ce terme, d'apparition récente, entre au début du XX^{ème} siècle dans le domaine de la psychologie en tant que traduction du néologisme allemand *Einfühlung* : « Se sentir dans la chose ». Ce dernier tout d'abord apparu en théorie de l'art, fut transposé ensuite aux domaines de la philosophie, de l'éthique, de la psychologie, de la psychanalyse.

Définitions

Dictionnaire culturel de la langue française, Le Robert : « Capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent ».

Selon Rogers (6) : « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».

Selon Mucchielli (7-1) : « On appelle empathie l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre. C'est donc une sorte de sympathie froide, capacité de pénétrer dans l'univers subjectif de l'autre tout en gardant son sang-froid et la possibilité d'être objectif ».

Selon Cosnier (8) : « Actuellement l'empathie est généralement conçue comme une « prise de rôle » : aptitude à se mettre à la place d'autrui, à inférer ainsi en imagination ses pensées, ses sentiments et ses actions. L'empathie

est aussi un « partage de perspective » qui consiste à imaginer ce que l'on percevrait à la place d'autrui. [...] Bien que pénétrant dans l'univers d'autrui en pensée, il n'y a pas de confusion entre soi-même et l'autre ».

Selon Decety (2-2) : « L'empathie est un état mental complexe dans lequel différents processus perceptifs, cognitifs, motivationnels et mnésiques interagissent. [...] (Elle) repose sur deux composants majeurs : une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont « comme nous » et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui. [...] Enfin, un dernier élément important est que cette compréhension de l'état subjectif d'autrui se réalise sans confusion avec le nôtre. [...] Nos capacités d'empathie sont par ailleurs modulées par notre attention et notre motivation ».

Controverses

Les controverses autour de l'empathie se focalisent principalement sur deux objets, d'une part, la place des affects dans la relation empathique, d'autre part, la place de l'empathie dans la relation thérapeutique, et plus spécifiquement dans la relation entre infirmière (er) et patient.

La place des émotions dans le processus d'empathie

Selon Morse *et al.* (4-2) : « Une analyse des documentations d'ordre psychologique et du domaine des soins infirmiers a révélé la présence de quatre caractéristiques de l'empathie : morales, affectives, cognitives et comportementales. L'empathie est décrite par différents auteurs comme étant un phénomène qui comporte une ou plusieurs de ces caractéristiques [...]. Le résultat donne un ensemble de documentations déroutantes, compliqué par les opinions contradictoires de nombreux chercheurs, certains pensent que l'empathie a plusieurs attributs alors que d'autres l'envisagent de manière restrictive et particularisante ».

Selon Jorland : « L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions. » (5-2). « L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue » (5-3).

Selon Mucchielli (7-2) : « Nulle part plus que dans la compréhension d'une personne, l'effort d'objectivité n'exige en même temps de la part de l'Aidant l'intelligence « froide » de ce qui se passe pour l'Aidé, et l'immersion dans la subjectivité du client : c'est cet effort que l'on appelle « empathie », effort de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'Univers de l'Autre et le comprendre humainement ».

Selon Caillé (9) : « Proposons de voir dans l'empathie le vecteur de la communicabilité et de la réversibilité entre moi et autrui, qu'elle soit affective (je sens comme l'autre qui sent comme moi) et/ou intellectuelle (je pense comme l'autre qui pense comme moi). On peut alors entendre par sympathie ou antipathie les modalités, respectivement bienveillante ou malveillante, de l'empathie. L'imitation est le vecteur affectif de l'empathie, la réciprocité sa modalité cognitive ou, si l'on préfère, réfléchie ».

Selon Morse *et al.* (4-3) : « Les auteurs d'études sur les soins infirmiers ont continué à perpétuer les caractéristiques cognitives et comportementales de l'empathie. Le point de vue traditionnel, qui consistait à dissuader les infirmières de s'impliquer émotionnellement dans la situation des patients, existe toujours dans les modèles contemporains, à l'exception de celui de Williams (1990) ».

La place de l'empathie dans la relation thérapeutique

Selon Decety (2-3) : « La relation d'aide thérapeutique pourrait se concevoir comme une forme particulière et contrôlée de la théorie de l'esprit guidée par des grilles de lecture propres aux spécialistes. Cette capacité d'aide supposerait un fonctionnement harmonieux des deux niveaux de la théorie de l'esprit. La simulation permet d'appréhender ou mieux de ressentir l'état subjectif du patient. C'est le niveau primaire d'empathie. Mais celui-ci n'est pas suffisant [...]. Aussi ce premier niveau doit-il être associé et complété par un effort de conceptualisation qui œuvre par la remontée des effets aux causes et des causes aux effets, nécessitant davantage les ressources de la pensée propositionnelle qu'un simple recours à la pensée analogique ».

La place de l'empathie dans les soins infirmiers

Selon Forsyth (10-1) : « Est-ce que la structure administrative des soins infirmiers permet ce contact (participation active de sa personne dans toute interaction) avec le patient ou, est-ce que l'infirmière est préoccupée, par d'autres soucis que ceux de ses patients ? Affirmer que les infirmières n'ont pas le temps d'entretenir une relation de réaction de type « je-vous » avec les patients signifie, en effet, reconnaître que les infirmières n'accordent pas de soins thérapeutiques et empathiques ».

Selon Morse *et al.* (4-4) : « Des discussions ont continué à porter sur l'équilibre entre d'une part, l'implication subjective ou affective vis-à-vis des patients et d'autre part, une position plus objective ou professionnelle considérée comme nécessaire pour optimiser la nature thérapeutique de la relation entre l'infirmière et le patient ».

Attributs

- Procède de l'intention consciente et délibérée de comprendre, de l'intérieur (par un processus de « rotation ») l'univers phénoménal d'autrui ;
- Le processus cognitif prédomine sur le processus émotionnel ;
- Une relation intersubjective doit nécessairement s'établir ;
- Un double cadre de référence ego et allocentré coexiste chez le sujet empathique, conscient que la représentation qu'il se construit de la représentation d'autrui, n'est pas sa propre représentation ;
- C'est une réponse comportementale qui vient communiquer la compréhension en retour.

Plusieurs niveaux de compréhension peuvent être distingués :

Selon Pacherie (11) : « En parlant des degrés de l'empathie, je veux marquer le fait que notre compréhension empathique des émotions d'autrui peut être plus ou moins parfaite ou imparfaite, profonde ou superficielle. Comprendre que telle personne est triste n'est pas encore comprendre ce qui la rend triste et moins encore pourquoi cela précisément la rend triste. Une pleine connaissance et compréhension de l'émotion éprouvée par autrui demande que l'on ressaisisse à la fois sa nature, son objet et ses raisons » ;

Selon Forsyth (10-2) : « La liste complète des critères (pour désigner l'occurrence de l'empathie) est présentée ci-dessous :

- l'empathie a lieu en état de conscience ;
- l'empathie sous-entend la relation ;
- l'empathie signifie la validation de l'expérience ;
- la compréhension empathique se produit à différents degrés d'exactitude ;
- l'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'instant présent ;
- l'empathie nécessite de l'énergie qui varie en intensité ;
- l'empathie implique l'objectivité ;
- l'empathie exige d'être exempt d'un jugement de valeur ou d'une évaluation.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : un infirmier rencontre au cours d'un entretien, une dame récemment veuve. Elle parle de sa profonde tristesse. L'infirmier perçoit une discordance, entre les propos qu'elle tient, et ce que lui renvoient ses mouvements faciaux et posturaux. Plus attentif encore à ce qui fait écho en lui, mobilisant simultanément ses savoirs sur le processus de deuil, il croit ressentir de la colère et fait le choix de vérifier auprès de la patiente son hypothèse. Elle la valide, exprimant son sentiment d'abandon, et son ressentiment. Le soulagement qui s'en suit est palpable. Par empathie, l'infirmier a non seulement changé de point de vue mais aussi de « point de sentir » (12), intégrant dans le flux de son vécu, l'expérience de l'autre, tout en gardant le sentiment de soi.

Exemple : une infirmière libérale intervient au domicile d'un patient en fin de vie. Observant son état de grande fatigue, elle pense le maintenir au lit. Mais le monsieur, véhément, insiste pour se lever. Rendue plus attentive encore à ce qu'il lui transmet, elle comprend qu'il est très important pour cet homme de déjeuner à table avec son épouse : rester debout, semble-t-il, c'est se sentir encore vivant. C'est pourquoi, après avoir pesé sa décision, l'aide-t-elle à se lever. C'est par capacité d'empathie que l'infirmière a perçu le monde phénoménal

du patient, du point de vue de celui-ci, en le distinguant de son propre univers de référence, mais sans perdre contact avec lui.

Concepts voisins

- Sympathie : la confusion est fréquente entre empathie et sympathie, ces deux termes étant parfois utilisés de façon interchangeable. Selon Jorland : (5-4) « L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver des émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions, dont le fou-rire peut être considéré comme typique. », (4-3) « Alors que la sympathie est une relation affective, l'empathie est une relation cognitive ».
- Compassion : selon Jorland (5-5) « La compassion est une relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui [...] pour lui venir en aide ou se faire l'instrument de son plaisir, induit aussi bien par l'empathie que par la sympathie. »

Références bibliographiques

1. Brunel (M-L) Martiny (C), Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers, in « Carrièreologie », vol. 9 N°3, Québec, 2004, pp 473-500.
2. Decety (J), Naturaliser l'empathie in « L'Encéphale », 28-1, 2002, 2-1 pp 9-20, 2-3 p 9. Decety (J), Neurosciences : les mécanismes de l'empathie, in « Sciences humaines », n° 150, 2004, 2-2 p30.
3. Sironi (F), Comment devient-on bourreau ? In L'empathie, sous la direction de Berthoz (A) Jorland (G), Ed Odile Jacob, Paris, 2004, pp. 225-246.
4. Morse (JM.), Anderson (G) Bortorff (J) Yonge (O) O'Brien (B) Solberg (S) Mcliven (K), Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers, in « Recherche en soins infirmiers », n° 58, 1999, 4-1 pp 54-63, 4-2 p 55, 4-3 p 58, 4-4 p 58.
5. Jorland (G), L'empathie 2004, op. cit., 5-1 pp19-49, 5-2 p 20. Jorland (G), Empathie et thérapeutique, in « Recherche en soins infirmiers », n° 84, 2006, 5-3 p 61, 5-4 p 59, 5-5 p 60.
6. Rogers (C), A way of being, Boston, 1980, Houghton Mifflin, cité par Decety (J), L'empathie, op cit., 2004, p 59.
7. Mucchielli (R), L'entretien de face à face dans la relation d'aide, Ed. ESF, 1995 14^e tirage, (7-1) p 40, (7-2) p 10.
8. Cosnier (J), La communication. État des savoirs, ouvrage coordonné par Cabin (P) Dortier (J-F), Ed Sciences humaines, 2^e éd 2005, p 149.
9. Caillé (A), Les ressorts de l'action. In L'homme est-il un animal sympathique ? Le contr'Hobbes, « Revue du MAUSS », 1^{er} semestre 2008, n° 31, p 208.
10. Forsyth (G), Analyse du concept d'empathie : illustration d'une approche, in « Recherche en soins infirmiers », n° 58, 1999, 10-1 p 52, 10-2 p 52.
11. Pacherie (E), L'empathie et ses degrés. In L'empathie 2004, op. cit., p 151.
12. Berthoz (A), Physiologie du changement de point de vue. In L'empathie, 2004, op. cit., p 266.