

2023-2024

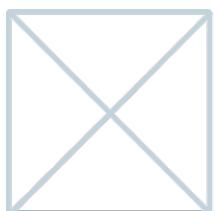
Master 2 psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé -
Psychologique du vieillissement normal et pathologique

Empathie et Résolution de problèmes sociaux :

Chez les soignants exerçant auprès des
personnes âgées.

Montoux Marion

Sous la direction de M.
Besnard Jérémy



Soutenu publiquement le :
Vendredi 28 Juin 2024





L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de mémoire, Mr Jérémy Besnard, pour son accompagnement attentif et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de cette recherche. Sa patience, sa disponibilité et son expertise ont été d'une aide inestimable pour la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à tous les professionnels de santé qui ont généreusement consacré leur temps pour participer à cette recherche. Leur collaboration précieuse a été essentielle pour la réalisation de cette étude.

Je remercie sincèrement mes tutrices de stage, Virginie, Magdalena, Cécile, Noémie et Corinne, pour leur soutien précieux et leur dévouement sans faille. Leur expertise professionnelle et leur engagement personnel ont été des moteurs essentiels dans la réalisation de cette recherche. Leurs encouragements et leur guidance ont été une source de confiance et d'inspiration.

Je tiens à remercier mon grand-oncle, René, pour son aide précieuse tout au long de la rédaction de ce mémoire. Ses heures consacrées à relire et à commenter mon travail ont été d'une valeur inestimable, m'a aidant à perfectionner chaque aspect de ma recherche.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers mes chers parents, mon frère et ma famille. Leur soutien inconditionnel, leurs encouragements constants et leur amour indéfectible ont été les piliers de ma réussite tout au long de ce projet.

Merci également à ma meilleure amie Léa, d'avoir toujours été présente, de m'avoir écouté attentivement, rassurée et soutenue à chaque étape de ce parcours.

Et enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette étude. Leur soutien et leurs conseils ont été précieux et ont joué un rôle déterminant dans la réalisation de ce travail de recherche.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CADRE THEORIQUE	2
1. EMPATHIE	2
<i>1.1. Définitions et concepts fondamentaux de l'empathie</i>	<i>2</i>
<i>1.2. L'empathie clinique</i>	<i>3</i>
2. RESOLUTION DE PROBLEMES SOCIAUX	5
<i>2.1. Concepts clés</i>	<i>5</i>
<i>2.2. Modèle théorique de la résolution de problèmes sociaux</i>	<i>6</i>
3. EMPATHIE ET RESOLUTION DE PROBLEMES SOCIAUX	10
PROBLEMATIQUE	12
HYPOTHESES GENERALE ET OPERATIONNELLES	12
METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS.....	13
1. POPULATION	13
2. MATERIEL	13
<i>2.1. Jefferson Scale of Empathy - Health Profession, JSE-HP (Hojat et al., 2001).....</i>	<i>13</i>
<i>2.2. Social Problem Solving Inventory - Revised - Short Form, SPSI-R-SF (D'Zurilla et Nezu, 1990).</i>	<i>14</i>
3. PROCEDURE	14
RESULTATS	15
1 ANALYSE STATISTIQUE	15
2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES	16
<i>2.1. Résultats attendus.....</i>	<i>17</i>
3. PRESENTATION DES RESULTATS	17
<i>3.1. Comparaison inter-groupe</i>	<i>17</i>
<i>3.2. Corrélation de Spearman</i>	<i>19</i>
DISCUSSION	19
1. INTERPRETATION DES RESULTATS	19
<i>Lien entre les niveaux d'empathie et le modèle constructif de RPS :</i>	<i>20</i>
<i>Lien entre les niveaux d'empathie et le modèle dysfonctionnel de RPS :</i>	<i>20</i>
<i>Lien entre l'empathie des soignants et le modèle constructif de RPS :</i>	<i>21</i>
2. LIMITES METHODOLOGIQUES ET PERSPECTIVES.....	22
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES.....	32
TABLE DES ILLUSTRATIONS	40
TABLE DES TABLEAUX.....	41

Introduction

Le vieillissement de la population est l'objet de toutes les attentions et de toutes les préventions. Il est un enjeu majeur de notre époque, mettant en lumière la nécessité de mieux comprendre les besoins et les défis auxquels sont confrontées les personnes âgées dans notre société. En France, le nombre de professionnels travaillant auprès des personnes âgées est difficile à estimer avec précision, car il englobe différents secteurs d'activité tels que la santé, le social, le médico-social, l'aide à domicile, etc. Cependant, selon les chiffres du ministère des Solidarités et de la Santé, on peut estimer qu'environ 1,6 million de personnes travaillent dans le secteur de l'aide à domicile, de l'accompagnement et du soin aux personnes âgées en France. Les professionnels de la santé et du social jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées, en leur offrant des soins adaptés, une écoute bienveillante et un soutien indispensable pour maintenir leur qualité de vie et leur autonomie le plus longtemps possible. Ce mémoire porte donc son attention sur les professionnels de santé exerçant auprès des personnes âgées.

Le cadre de ce mémoire a pour objectif de présenter les théories et les concepts qui sont pertinents pour notre recherche, en les situant dans un contexte scientifique. Ce cadre est structuré en trois grandes parties qui reflètent la structure générale de l'étude. Dans un premier temps, ce mémoire explore les principaux concepts liés à l'empathie, en examinant les définitions, les implications et l'importance de ces concepts d'un point de vue général puis dans le contexte de soins. Sur la base du modèle théorique de D'Zurilla et Nezu (1982, 1990) choisi, la deuxième partie est centrée sur la résolution de problèmes sociaux d'une façon générale puis dans un contexte de soin. Enfin, une dernière partie abordera les points similaires entre l'empathie et la résolution de problèmes sociaux afin de clarifier les concepts clés de notre recherche, d'identifier les limites des travaux existants, et d'expliquer la pertinence et la nouveauté de notre étude. Pour ce mémoire, nous avons donc choisi de mettre en avant les concepts et les théories les plus pertinents pour notre problématique, à savoir l'étude des effets de l'empathie sur les capacités de résolution de problèmes sociaux des soignants exerçant auprès de personnes âgées.

Cadre théorique

1. Empathie

1.1. Définitions et concepts fondamentaux de l'empathie

La cognition sociale englobe toutes les compétences et expériences cognitives et émotionnelles nécessaires pour agir dans ou avec son environnement social. Nous possédons des compétences qui nous permettent de nous comporter de manière appropriée envers les autres. Il est question d'un ensemble d'aptitudes qui vont être particulièrement sollicitées lorsqu'on interagit avec les autres. Allain et al. (2012) définissent la cognition sociale comme « l'ensemble des aptitudes et expériences émotionnelles et sociales régulant les relations entre les individus et permettant d'expliquer les comportements humains individuels ou en groupe ». Différentes habiletés sont distinguées en cognition sociale dont la prise de décision, la compréhension des émotions, la théorie de l'esprit, l'empathie, le raisonnement social et aptitudes pragmatiques (Godefroy et al., 2008). Actuellement, l'empathie est donc considérée comme une habileté de la cognition sociale qui nous permet d'interagir de manière adaptée et convenable avec notre environnement.

Dans la littérature actuelle, l'empathie est considérée comme :

« L'intuition de ce qu'il se passe en l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification. Pour C. Rogers, l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne. » (Doron, 2011, p.251).

Decety et al. (2016, p. 2) donnent la définition suivante : « capacité innée à percevoir, comprendre et à être sensible aux états émotionnels des autres, associée à une motivation pour augmenter leur bien-être ». En effet, cette habileté permet à l'individu de partager le ressenti et les émotions des autres, qu'elles soient simples ou complexes, afin d'adapter son comportement face aux individus avec lesquels nous avons une interaction. Comprisant que l'empathie joue un rôle primordial dans nos relations sociales, elle permet l'adoption de comportements adaptés et altruistes et facilite donc les interactions avec autrui. En cognition sociale, la littérature distingue plusieurs formes d'empathie. En effet, les plus étudiées sont l'empathie affective et l'empathie cognitive.

Dans un premier temps, l'empathie affective est la définition la plus courante que l'on entend du terme empathie. C'est le fait de ressentir, de partager des émotions d'autrui et, notion importante, sans les confondre avec les nôtres. Dans la définition d'empathie affective, il est crucial de ne pas se laisser envahir par les émotions de l'autre mais de bien faire la distinction.

Concernant l'empathie cognitive, celle-ci correspond au fait de comprendre les états mentaux de l'autre, de comprendre ses émotions et ses pensées. Ces deux formes d'empathie sont dites complémentaires, cependant il n'est pas obligatoire de posséder ces deux formes d'empathie pour être empathique. Dans ce mémoire, il est principalement question d'empathie clinique puisque la population ciblée est le personnel soignant.

Au sujet des fonctions de l'empathie, d'après Pacherie (2004) il existerait trois niveaux d'empathie. En contexte de soins, le premier niveau correspondrait à la reconnaissance par le soignant de l'émotion ressentie par le patient. Au deuxième niveau, le soignant serait capable non seulement d'identifier l'émotion du patient, mais également de comprendre la cause de cette émotion. Enfin, au troisième niveau, le soignant serait en mesure de comprendre ce que le patient ressent même lorsque la situation n'est pas évidente. L'auteure a principalement mis en évidence le rôle de l'empathie en tant qu'outil pour comprendre les émotions des autres. Toutefois, bien que l'empathie puisse remplir cette fonction, elle n'est pas limitée à cette utilité unique. En effet, l'auteure attribue nombreuses autres fonctions à l'habileté qu'est l'empathie. Elle y attribue la fonction de « *vecteur de transmission de connaissances sur le monde* » (p. 22). Comme l'explique Pacherie (2004) l'empathie nous permet de déterminer si quelque chose représente un danger sans avoir besoin de l'expérimenter nous-mêmes. De manière plus globale, elle nous sert de repère dans les situations incertaines. De plus, elle met en évidence l'important rôle que joue l'empathie dans l'intériorisation des normes sociales (notamment dans l'intervention d'émotions dites « *sociales* » telles que la fierté, la honte, la culpabilité...). Si nous ressentons de la honte pour une action commise en secret, cela montre que nous sommes capables d'imaginer comment cette action serait perçue par les autres et quel jugement ils porteraient à son égard. Ainsi, l'empathie ne se limite pas à être un moyen de comprendre les émotions d'autrui ; elle est également un moyen de construire notre propre identité en tant qu'être social évoluant dans un environnement normatif.

1.2. L'empathie clinique

De nombreuses études ont porté leur attention sur l'impact et le lien qu'entretient l'empathie clinique dans les relations soignant-soigné. Thomas et Hazif-Thomas (2022) se sont particulièrement

intéressés à la question de l'empathie et le sens qu'elle prend dans les relations de soins. Dans leur article, les auteurs mettent dans un premier temps en évidence que l'empathie des soignants est considérée, par ceux-ci, comme la base des attitudes dans les soins aux patient ainsi que sa place importante dans la relation médecin-patient accompagnée de la logique déductive (e.g. raisonnement et résolution de problèmes, raisonnement déductif), des examens cliniques et du traitement. Pour le patient, l'empathie du soignant est un élément essentiel qui fait référence à la capacité pour un professionnel de la santé à prendre soin de son bien-être, à comprendre ce qu'il ressent et ce qu'il pense. Ces aspects contribuent significativement à la satisfaction des patients au sujet de leur prise en charge.

Dans leur étude, Gauchet et al. (2022) se sont intéressés à la qualité de vie globale de patients atteints d'un cancer œsogastrique à chaque étape du parcours de soins. Les patients évaluaient différentes dimensions de leur parcours dont la perception du patient sur l'empathie de son médecin. Cette étude a révélé que les patients ayant un faible score « *processus émotionnel* » du CARE évaluant le ressenti du patient sur l'empathie émotionnelle du médecin sont plus à risque de présenter une détérioration de leur qualité de vie globale. Cette étude met en évidence le rôle important que joue l'empathie des soignants dans la relation soignant-soigné, et notamment sur les dimensions intrapersonnelles des patients. Dans sa thèse, Vadot (2019), cite de nombreuses études sur le sujet. Une analyse de la littérature a été réalisée pour déterminer si la qualité de la communication entre les médecins et les patients avait un impact positif sur la santé des patients. Les résultats ont montré que la qualité de la communication, entre les médecins et les patients, influence la santé des patients (Stewart, 1995, cité par Vadot, 2019).

De plus, une étude ultérieure a révélé que la perception de l'empathie chez le médecin améliore la satisfaction et la coopération des patients. L'empathie cognitive renforce la perception de l'expertise du médecin, tandis que l'empathie affective établit un partenariat et renforce la confiance interpersonnelle. Les patients qui perçoivent de l'empathie chez leur médecin ont tendance à mieux respecter les prescriptions et les recommandations, à avoir plus confiance envers lui et à l'apprécier davantage (Kim et al., 2004, cités par Vadot, 2019).

Cependant, bien que l'empathie soit primordiale dans les professions de soins, Thomas et Hazif-Thomas (2022) mettent bien l'accent sur le fait que trop d'empathie peut devenir coûteux pour la santé du professionnel pouvant avoir un retentissement sur la qualité des soins prodigués avec même une augmentation d'un risque d'erreur médicale. Ce « *trop* » d'empathie se définit par le déséquilibre

empathique, qui correspond à une forme d'empathie excessive qu'il est impératif de distinguer du trouble de l'empathie qui lui est une forme d'empathie insuffisante.

Pour Thomas et Hazif-Thomas (2002, p. 74) la topologie des empathies « *convoque et mobilise ainsi chez le soignant, de façon indissociable, les dimensions cognitives, affectives et motivationnelles autour d'une éthique centrée sur la personne* ». L'idée des auteurs, que l'empathie des soignants nécessite une approche éthique complexe, s'accompagne également de processus cognitifs qui vont intervenir dans toutes les pratiques. Ils parlent notamment d'analyse des informations, de la régulation des actions et de leur mise en œuvre. De plus, ils mentionnent la mobilisation de qualités décisionnelles de la part des soignants par leur empathie. De même que l'empathie des soignants, pour les auteurs, se combine avec leur capacités de raisonnement, d'intuition et d'imaginaire dans le but de percevoir au mieux le vécu et le ressenti du patient. À partir de cet article, nous en arrivons à nous questionner sur le lien du raisonnement et notamment de la résolution de problèmes des soignants avec leur empathie, ainsi que les différents effets de ces deux habiletés dans leur pratique.

2. Résolution de problèmes sociaux

2.1. Concepts clés

Dans un premier temps, il convient de définir et distinguer les concepts majeurs que l'on retrouve dans la résolution de problèmes sociaux.

1- Résolution de problèmes sociaux (RPS)

D'une façon générale, la RPS est considérée comme une capacité de chaque individu qui, lorsqu'il fait face à des situations sociales problématiques inter ou intrapersonnelles, va suggérer et produire des solutions (D'Zurilla et Goldfried, 1971, cités dans Souissi, 2022). Selon D'Zurilla et Nezu (1982, cités dans D'Zurilla et al., 2004), la RPS se réfère à la résolution telle qu'elle se produit dans l'environnement social naturel. Les auteurs la définissent comme « *le processus cognitif et comportemental autodirigé par lequel un individu, un couple ou un groupe tente d'identifier ou de découvrir des solutions efficaces à des problèmes spécifiques rencontrés dans la vie de tous les jours* » (D'Zurilla et Nezu, 1982, cités dans D'Zurilla et al., 2004, p. 12). Elle est donc perçue, par les auteurs, comme une « *activité consciente, rationnelle et volontaire visant à améliorer une situation problématique* » (D'Zurilla et al., 2004, p. 12). La résolution de problèmes est donc le processus de recherche et d'application de solutions pour résoudre un problème ou une situation problématique.

2- Problème

Un problème est une situation difficile ou une question qui nécessite une réponse ou une solution. Il peut s'agir d'une situation qui ne fonctionne pas comme prévu, d'un obstacle à surmonter ou d'un objectif à atteindre. Les problèmes peuvent être d'ordre personnel, professionnel ou encore social, et peuvent varier en termes de complexité et de gravité. D'Zurilla et al. (2004) définissent le problème comme « toute situation de vie ou tâche qui exige une réponse pour tout fonctionnement adaptatif mais aucune réponse efficace n'est immédiatement apparente ou disponible pour la personne ».

3- Solution

Une solution est une réponse ou une proposition pour résoudre un problème pouvant prendre différentes formes selon le contexte. Selon D'Zurilla et al. (2004) une solution représente « *une réponse d'adaptation spécifique à une situation ou un modèle de réponse (cognitif ou comportemental) qui est le produit ou le résultat du processus de résolution de problèmes lorsqu'il est appliqué à une situation problématique spécifique* ».

2.2. Modèle théorique de la résolution de problèmes sociaux

À partir des concepts majeurs décrit par D'Zurilla et al. (2004), les auteurs ont élaboré un modèle théorique. Dans le modèle théorique original décrit par D'Zurilla et Goldfried (1971), puis prolongé et affiné par D'Zurilla et Nezu (1982, 1990), la capacité de RPS comprend deux processus, partiellement indépendants majeurs que sont : l'orientation vers le problème et les compétences de RPS.

Basé sur une approche psycho-sociale ce modèle identifie par la suite quatre compétences principales de RPS (D'Zurilla et al., 2004) avec dans un premier temps la définition et la formulation du problème, puis la recherche de solutions alternatives, suivi de l'élaboration d'un plan d'action et la prise de décision, et enfin la mise en œuvre et la vérification de la solution. À partir de ce modèle théorique, D'Zurilla et Nezu, en 1990, ont développé un « inventaire de RPS » (Social Problem Solving Inventory [SPSI]) qui est composé de deux échelles évaluant les processus majeurs (l'orientation vers le problème et les compétences de RPS). Concernant l'orientation vers le problème, les auteurs ont identifié deux dimensions possibles : l'orientation positive (constructive ou facilitatrice) et l'orientation négative (dysfonctionnelle). Et ils ont identifié trois styles de RPS : la résolution rationnelle, l'impulsivité et la négligence, et l'évitement. D'Zurilla et al. (1998) les définissent :

L'Orientation Positive vers le problème (OP) : Cela englobe un ensemble de processus cognitif constructif qui inclut la manière dont une personne perçoit et aborde les problèmes auquel il fait face. Les caractéristiques clés de l'orientation positive vers le problème sont l'évaluation du problème comme un défi à relever, la confiance en ses capacités à résoudre le problème, l'attente de résultats positifs et l'investissement de temps et d'efforts pour résoudre les problèmes.

L'Orientation Négative vers le problème (ON) : Contrairement à l'OP, cette dimension implique un ensemble de processus cognitif-émotionnel dysfonctionnel. Elle se caractérise par l'évaluation du problème comme une menace, le doute concernant ses propres capacités à résoudre le problème, l'attente de résultats négatifs et la propension à être facilement bouleversé, frustré et découragé lors de la résolution des problèmes.

La résolution Rationnelle de problèmes (R) : Cela évalue un modèle cognitivo-comportemental constructif où l'individu applique de manière délibérée et systématique des compétences spécifiques en résolution de problèmes. Cela peut inclure des étapes comme définir le problème, formuler des solutions alternatives de manière réfléchie et systématique.

Style d'Impulsivité/négligence (I) : Cette dimension évalue un modèle cognitivo-comportemental déficient caractérisé par un comportement impulsif, négligent, précipité et incomplet lors de l'application de stratégies et techniques de résolution de problèmes.

Style d'Évitement (E) : Il mesure un modèle de comportement défectueux impliquant des tendances à retarder la résolution de problèmes, attendre que les problèmes se résolvent d'eux-mêmes ou transférer la responsabilité de résoudre les problèmes à d'autres.

Prenons pour exemple le cas d'une aide-soignante (AS) faisant face à un patient difficile.	
OP	L'AS orientée positivement fait face à cette situation en considérant celle-ci comme une opportunité de comprendre les besoins spécifiques du patient. Elle croit en ses compétences pour établir une communication efficace, s'attend à des améliorations dans la relation avec le patient et investit du temps pour apprendre de nouvelles approches pour mieux répondre à ses besoins, améliorer la communication et la prise en charge.
ON	L'AS ayant une orientation négative pourrait percevoir ce patient difficile comme une source de stress. Elle pourrait douter de sa capacité à gérer la situation,

	s'attendre à des interactions difficiles à chaque fois et se sentir facilement débordée ou irritée lorsqu'elle doit s'occuper de ce patient.
R	Une résolution rationnelle consisterait à analyser les comportements du patient, à identifier les déclencheurs des difficultés et à élaborer un plan pour mieux gérer les interactions. Cela pourrait impliquer d'apprendre des techniques de communication spécifiques, de consulter d'autres membres du personnel ou des ressources externes pour développer des stratégies adaptées.
I	Une AS agissant de manière impulsive pourrait réagir aux comportements difficiles du patient sans réfléchir, en prenant des mesures sans évaluer pleinement la situation ou en utilisant des stratégies non adaptées simplement pour tenter de résoudre rapidement le problème.
E	Une AS évitant le problème pourrait essayer d'éviter les interactions avec ce patient difficile, déléguer la responsabilité de s'en occuper à d'autres membres du personnel ou attendre que la situation s'améliore d'elle-même sans prendre d'initiative pour résoudre les problèmes rencontrés.

Dans leur modèle, D'Zurilla et Nezu (1990) lient l'orientation positive vers le problème avec la résolution rationnelle d'une part, et d'autre part l'orientation négative vers le problème avec l'impulsivité et la négligence ou l'évitement. Donc, une capacité accrue à résoudre des problèmes est associée à des scores plus élevés en orientation positive et résolution rationnelle de problèmes, et à des scores plus bas en orientation négative des problèmes, style d'impulsivité/insouciance et style d'évitement. Ces liens s'illustrent avec la figure 1.1. ci-dessous, représentant un schéma du processus de RPS selon le modèle de D'Zurilla et al. (2002) (D'Zurilla et al., 2004). Par conséquent, ces dimensions aident à comprendre les différentes approches et attitudes des individus face aux problèmes et à la résolution de ceux-ci.

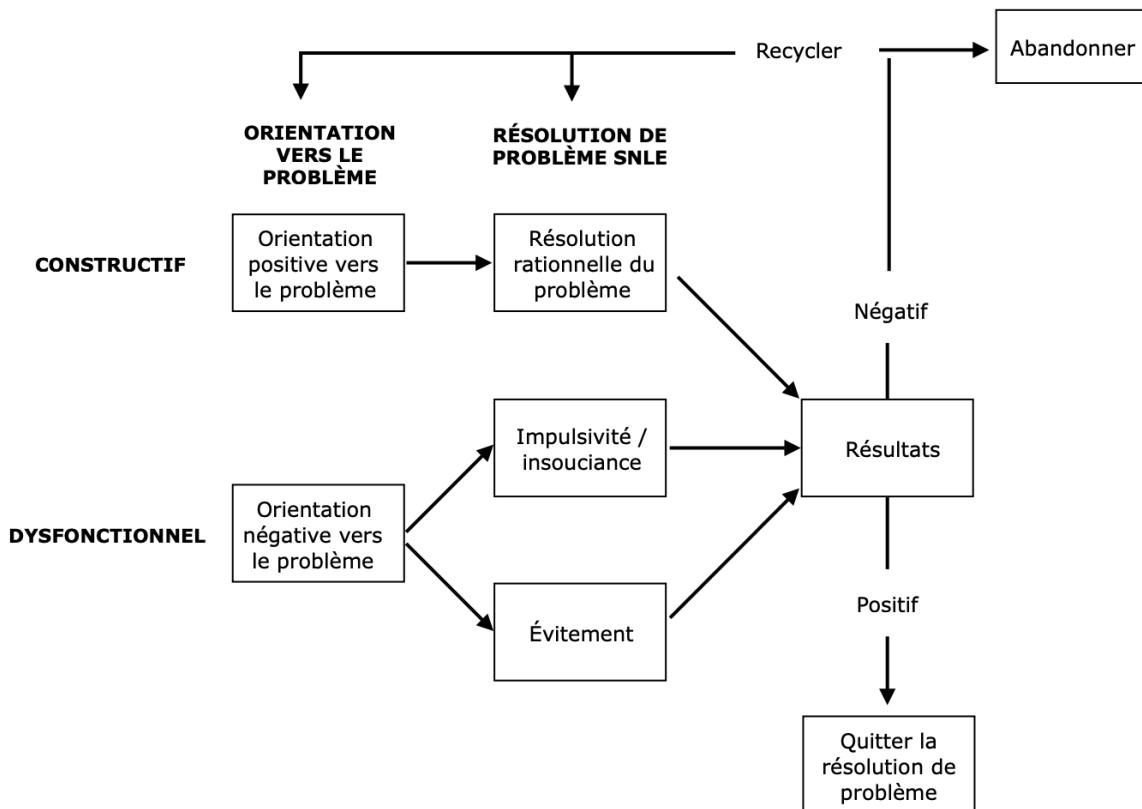


Figure 1. Représentation schématique du processus de résolution de problèmes sociaux basée sur le modèle des 5 dimensions de D'Zurilla et al. (2002).

Afin de comprendre ce schéma nous allons prendre un exemple utilisé par D'Zurilla et al. (2004, p. 17) dans leur article. Prenons donc le cas d'une découverte d'une problématique médicale. Après plusieurs investigations, le problème médical est incurable, donc représente un résultat négatif. Dans le cas où le soignant, en charge de la RPS, a une orientation positive vers le problème, on peut dire que face au résultat négatif, il va recycler son travail effectué. Il va modifier l'objectif de sa résolution de problème pour se concentrer, par exemple, sur la réduction de la douleur dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient. Dans le cas d'une orientation négative vers le problème, le soignant va avoir tendance à ne rien faire de plus ou transférer la RPS à autrui, voire abandonner. Selon ce modèle, les personnes ayant de bons résultats en matière de RPS sont celles qui obtiennent des scores élevés en termes d'orientation positive et de résolution rationnelle des problèmes (modèle constructif), tandis que leurs scores sur les mesures d'orientation négative, d'impulsivité, de négligence et d'évitement (modèle dysfonctionnel) sont faibles. En d'autres termes, le modèle prédit que la combinaison de l'orientation positive et de la résolution rationnelle des problèmes peut conduire à des résultats favorables en matière de résolution de problèmes sociaux, tandis que les traits tels que l'impulsivité et l'évitement peuvent avoir un impact négatif sur cette capacité.

3. Empathie et Résolution de problèmes sociaux

De nombreuses études se sont particulièrement intéressées sur le lien entre des compétences de cognition sociale, telles que la théorie de l'esprit, et la résolution de problèmes sociaux. Néanmoins, très peu de travaux de recherche ont été effectués sur l'empathie en lien avec la résolution de problèmes sociaux, ce qui justifie l'intérêt d'une étude à ce sujet.

Comme expliqué précédemment, selon Pacherie (2004), l'empathie nous sert de repère dans les situations incertaines. Celle-ci peut donc jouer un rôle important dans la résolution de problèmes en aidant à identifier les besoins et les points de vue des personnes impliquées dans la situation. En comprenant les émotions et les motivations des autres, il est plus facile de trouver des solutions qui répondent à leurs besoins et qui sont mutuellement bénéfiques. De plus, l'empathie peut aider à établir un climat de confiance et de collaboration, ce qui peut faciliter la communication et la résolution de problèmes. Dans les situations incertaines, où les solutions ne sont pas claires, l'empathie peut donc aider à établir des relations solides et à favoriser une approche collaborative pour trouver des solutions. En somme, l'empathie peut aider à résoudre les problèmes en aidant à comprendre les besoins et les points de vue des autres, en favorisant la communication et la collaboration, et en permettant de trouver des solutions mutuellement bénéfiques.

Outre cela, l'empathie et la RPS sont souvent associées à des aspects intuitifs car elles requièrent toutes deux une compréhension profonde des émotions et des besoins des autres. Comme nous l'avons expliqué, l'empathie permet de reconnaître et de comprendre les sentiments des autres, même lorsque ceux-ci ne sont pas exprimés clairement. Cette capacité intuitive peut aider à identifier les causes sous-jacentes de certains problèmes sociaux, en particulier ceux qui ont des origines complexes et multifactorielles. Dans leur revue de la littérature Thomas et Hazif-Thomas (2022) soulignent que l'empathie clinique requiert des capacités décisionnelles et s'associe à la fois aux compétences de raisonnement et à celles d'intuition. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, ce sont les capacités d'intuition mises en avant par les auteurs.

De la même manière, la RPS nécessite souvent une approche intuitive pour identifier rapidement les causes et les solutions possibles. Les problèmes sociaux sont souvent complexes. Les compétences intuitives de la résolution de problèmes peuvent aider à synthétiser rapidement des informations complexes pour identifier les solutions les plus viables et les plus adaptées aux besoins de la communauté. Dans sa thèse, Souissi (2022) met en avant les différentes activités psychologiques dont

requiert la résolution de problème, et parle notamment de la compréhension. Selon Fayol, en 1996 (cité dans Souissi, 2022), il existerait quatre types de compréhension dont une dite « *fine* ». Celle-ci fait appel au raisonnement déductif, à l'exploration du non-dit et la gestion de l'implicite (Fayol, 1996). À partir de ce constat, les auteurs mettent en avant les aspects implicites qui se jouent dans la résolution de problèmes et dans l'empathie.

Dans leur revue de la littérature sur la résolution de problème sociaux et l'empathie dans la dépendance à l'alcool, les troubles mentaux et les troubles de la personnalité, Thoma et al. (2013) mettent en évidence la raison d'étudier ces deux capacités ensemble. Les auteurs expliquent :

« La justification de la couverture de ces deux domaines ensemble est basée sur le fait qu'une réponse empathique altérée peut considérablement affecter la résolution de problèmes interpersonnels et par conséquent conduire à des difficultés considérables pour faire face aux situations de la vie quotidienne. » (Thoma et al., 2013, p. 449).

Cette citation souligne l'importance de considérer conjointement l'empathie et la résolution de problèmes sociaux, car ces deux domaines sont étroitement liés. En effet, une réponse empathique altérée peut avoir un impact significatif sur la capacité à résoudre les problèmes interpersonnels. Par exemple, si une personne ne parvient pas à comprendre les émotions et les besoins de son interlocuteur, elle peut avoir des difficultés à trouver une solution adaptée et convenable à un problème commun.

De façon indépendante, l'empathie dans la relation de soins et la RPS a suscité un grand intérêt de la part des chercheurs. Néanmoins, il n'existe que très peu de littérature et d'études qui couvrent simultanément ces deux domaines. Dans un premier temps, Work et Olsen (1990) font partie des premiers à s'intéresser à la RPS et l'empathie. En effet, les auteurs concluent leur étude par une relation significative entre le niveau d'empathie préalable et le gain en compétences de RPS. Vingt-neuf ans plus tard, Hatam et al. en 2019, s'interrogent aussi sur les liens entre ces deux capacités. Dans leur étude, les auteurs mettent en évidence l'influence de l'éducation à l'empathie sur la RPS. Ils concluent donc que celle-ci augmentait de manière significative les capacités de RPS chez des adolescents ayant vécu un événement traumatisant. Pour leur étude, Hatam et al. (2019) se sont basés sur le modèle théorique de D'Zurilla et Nezu (1982, 1990). Sur la base d'un modèle théorique solide les auteurs ont donc obtenu des résultats significatifs. À partir de cette étude récente, ce mémoire se base donc également sur le modèle théorique de D'Zurilla et Nezu (1982, 1990).

Il est intéressant de noter que quelques études ont couvert ces deux capacités que sont l'empathie et la RPS, mais il est important de noter qu'aucune ne s'est axée sur le secteur du soin et seulement une se base sur le modèle sélectionné dans ce mémoire. Ce mémoire s'intéresse donc à l'implication et les effets de l'empathie clinique dans la RPS en situation clinique chez le personnel soignant exerçant auprès de personnes âgées. Nous nous intéressons donc seulement aux professionnels de la filière de la gériatrie dans la logique de l'orientation de notre master.

Problématique

À partir de ce constat, nous en sommes venus à nous questionner sur la potentielle existence d'un lien entre l'empathie clinique et la RPS en situation clinique. La problématique de ce mémoire est donc la suivante : Quels sont les liens entre l'empathie appliquée dans la relation de soins et la résolution de problèmes sociaux des soignants exerçants auprès de personnes âgées ?

Hypothèses générale et opérationnelles

Hypothèses générale n°1 :

L'empathie des soignants influences de manière significative leur capacités de résolution de problèmes sociaux.

Hypothèse opérationnelle 1.1. : Les soignants ayant un score élevé d'empathie à la JSE-HP auront une prédisposition à adopter un modèle constructif de résolution de problèmes sociaux.

Hypothèse opérationnelle 1.2. : Les soignants ayant un score faible d'empathie à la JSE-HP auront une prédisposition à adopter un modèle dysfonctionnel de résolution de problèmes sociaux.

Hypothèse générale 2 :

L'empathie des soignants est liée à un modèle constructif de résolution de problèmes sociaux.

Hypothèse opérationnelle 2.1. : Les scores d'empathie des soignants seront corrélés positivement avec le modèle constructif de résolution de problèmes sociaux.

Méthodologie et présentation des résultats

1. Population

Cette étude a été menée auprès de 45 participants (42 femmes et 3 hommes), âgés de minimum 18 et maximum 70 ans à qui nous avons soumis une note d'information (c.f. annexe 1) ainsi qu'un formulaire de consentement (c.f. annexe 2). Les critères d'inclusions de cette étude sont que tous les participants soient obligatoirement majeurs pour des raisons éthiques et exercent une profession de la santé. Les participants sont principalement des infirmier(ère)s diplômé(e)s d'état (IDE), des aides soignant(e)s (AS), des faisant fonction AS, des accompagnant(e)s éducatif et social (AES), des aides médico-psychologique (AMP) et des assistant(e)s de soins en gérontologie (ASG). Concernant les critères d'exclusion le choix de ne pas questionner les médecins (coordonnateurs, généralistes ou spécialistes), les infirmières coordinatrices (IDEC), les psychologues et autres intervenants (kinésithérapeute, psychomotriciens) a été formulé dans cette étude, afin de se focaliser exclusivement sur les professionnels qui sont le plus souvent au contact des personnes âgées et ce, de façon journalière.

2. Matériel

2.1. Jefferson Scale of Empathy - Health Profession, JSE-HP (Hojat et al., 2001).

Selon Hojat et al. (2023), les échelles de la JSE, trois versions confondues, représentent l'instrument le plus utilisé de nos jours pour évaluer et mesurer l'empathie dans la recherche sur les soins de santé. Ce mémoire utilise la version « Health Profession » (HP) qui s'adresse aux professionnels de la santé (hors médecin). Elle est composée de 20 items, tous mesurés à partir d'une échelle de type Likert sur 7, dont 10 items inversés. La JSE-HP est combinée de 3 sous échelles : la prise de perspective explorée avec les items 2-4-5-9-10-13-15-16-17-20, qui correspond à la facette cognitive de l'empathie, la compréhension émotionnelle, avec les items 1-7-8-11-12-14-18-19, qui représente l'empathie affective, et enfin, la capacité à se mettre à la place du patient avec les items 3 et 6, qui correspond à l'empathie cognitive, et donc pour mieux comprendre le patient (Hojat et al., 2002). Dans cette échelle les items 1-3-6-7-8-11-12-14-18-19 sont inversés. On obtient leur score final en soustrayant leur score initial à 8. Par exemple, si à l'item 1 le score initial est de 7 alors on calcule 8 moins 7 et on obtient 1. Le score final est donc 1. Pour cette échelle il a été décidé de ne pas mettre le titre de l'échelle afin de ne pas influencer la passation. Comme nous le savons, l'empathie est un sujet complexe et peut heurter certains. Cela peut également susciter de l'anxiété ou de l'inquiétude,

surtout s'ils estiment que leurs résultats ne reflètent pas leur réalité. Il a donc été convenu que le titre de l'échelle n'apparaîtrait pas sur les exemplaires de passation (cf. annexe 3).

Présentement, l'échelle JSE-HP n'a pas de cut off, les études actuelles ne permettent pas de définir le score seuil de l'échelle (Hojat et al., 2016). Par conséquent, et de façon similaire à Hojat et al. (2023) dans leur étude, les indices de discriminations de cette étude ont été créés à partir des données de l'ensemble de l'échantillon.

2.2. Social Problem Solving Inventory - Revised - Short Form, SPSI-R-SF (D'Zurilla et Nezu, 1990).

Le SPSI-R-SF est une échelle développée par D'Zurilla et Nezu en 1990. Les auteurs ont créé une première version composée de 75 items, puis ils l'ont révisée en 52 items, et enfin la dernière révision, le SPSI-R-SF, est composée de 25 items. Cette échelle explore les 5 sous-échelles de la RPS proposées dans le modèle de D'Zurilla et Nezu (1990). L'orientation négative vers les problèmes (5 items : 1-3-7-8-11), l'orientation positive vers les problèmes (5 items : 4-5-9-13-15), la résolution rationnelle (5 items : 12-16-19-21-23), l'impulsivité (5 items : 2-14-20-24-25) et enfin l'évitement (5 items : 6-10-17-18-22). Le SPSI-R-SF est composé de 25 énoncés où il est demandé de répondre avec une échelle de type Likert sur 5 (de 0 à 4). Afin de donner du sens et faire du lien avec l'étude qui se focalise seulement sur le contexte professionnel des soignants, la modification du texte introductif de l'échelle a été convenue (cf. annexe 4).

Le SPSI-R-SF, comme expliqué précédemment, explore donc 5 sous-échelles de la RPS : orientation positive vers le problème, orientation négative vers le problème, rationalité, impulsivité et évitement. En accord avec le modèle de D'Zurilla et Nezu (1990) et sur la base de la représentation schématique des processus de RPS de D'Zurilla et al. (2002), l'étude regroupe deux grandes dimensions principales. Nous retrouverons dans les résultats un score pour un modèle constructif de RPS qui est composé des items d'orientation positive et de rationalité, puis, un score pour un modèle dysfonctionnel composé des dimensions : orientation négative, évitement et impulsivité.

3. Procédure

Premièrement, les participants ont été recrutés sur leur lieu de travail. Une rencontre était organisée afin de présenter l'étude et la procédure de passation. Les passations ont été proposées sur deux EHPAD et une association de soins à domicile. Un système simple et flexible a été mis en place afin de faciliter la participation du personnel, laissant ainsi le temps de remplir les échelles à leur

convenance, lorsque cela leur était possible. Une salle fermée était donc mis à disposition des participants. Dans cette salle se trouvait une table avec une urne afin de récupérer les questionnaires en fin de passation de façon anonyme. Plusieurs exemplaires des échelles était également mis à disposition, pour permettre aux participants de choisir l'exemplaire qu'ils souhaitaient, toujours de façon anonyme. Les participants était donc seuls face aux questionnaires dans une pièce fermée afin de maximiser l'anonymat, la concentration et d'éloigner des biais de distraction ou encore les passations à plusieurs qui peuvent influencer le choix de chacun. La passation durait en moyenne 10 minutes par participant. Tous les participants ont donc été soumis à l'échelle d'empathie, la Jefferson Scale of Empathy - Health Profession (JSE-HP) de Hojat et al. (2001), ainsi qu'à l'inventaire de RPS de D'zurilla et Nezu (1990), le Social Problem Solving Inventory - Revised - Short Form (SPSI-R-SF).

Résultats

1 Analyse statistique

L'ensemble des traitements statistiques ont été réalisés à partir du logiciel JASP 0.17.1.0. Les tests de vérification d'hypothèse de Shapiro-Wilk (voir Tableau 1), pour contrôler la normalité des données, et celui de Levene (voir Tableau 2), pour contrôler l'égalité des variances, ont été réalisés. Nous constatons que la normalité des données ($p>0.10$) est validée contrairement à l'égalité des variances qui ne l'est pas systématiquement ($p<0.10$).

Nous avons donc utilisé des tests non-paramétriques pour leur robustesse et pour surmonter certaines limitations des tests paramétriques. Le test U de Mann-Whitney a permis de réaliser des comparaisons inter-groupes, des modèles de RPS entre le groupe dont le niveau d'empathie est élevé et le groupe dont le niveau d'empathie est faible. De plus, le coefficient de corrélation r de Spearman nous a permis d'évaluer la relation linéaire entre le score d'empathie et les scores constructifs de RPS, partant du principe que le niveau d'empathie serait corrélé positivement avec les scores au modèle constructif de RPS.

Tableau 1. Test de normalité des données (Shapiro-Wilk)

		W	p
Dysfonctionnel	Faible	0.952	0.392
	Fort	0.939	0.144
Constructif	Faible	0.951	0.380
	Fort	0.970	0.647

Note. Des résultats significatifs suggèrent un écart par rapport à la normalité.

Tableau 2. Test d'égalité des variances (Levene)

	F	df ₁	df ₂	p
Dysfonctionnel	0.550	1	43	0.462
Constructif	3.470	1	43	0.069

2. Statistiques descriptives

Tableau 3. Données descriptives de la distribution du score d'empathie des participants

	JSE-HP
Valide	45
Manquant	0
Médiane	116.000
Moyenne	113.733
Écart-type	12.104
Minimum	84.000
Maximum	134.000

Dans un premier temps, nous avons effectué les statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon (voir Tableau 3), afin de mettre en évidence les scores d'empathie de tout l'échantillon ($M = 113.733$; $Mdn = 116$) pour créer deux groupes en fonction du niveau d'empathie. Nous avons donc, à partir de la médiane ($Mdn = 116$), classé les sujets en deux groupes : le groupe avec un niveau d'empathie faible et le groupe avec un niveau d'empathie élevé.

Tableau 4. Données descriptives de la distribution des participants dans les deux modèles de résolution de problèmes sociaux et en fonction du niveau d'empathie

	Dysfonctionnel		Constructif	
	Faible	Fort	Faible	Fort
Valide	20	25	20	25
Manquant	0	0	0	0
Médiane	17.500	17.000	19.500	26.000
Écart-Type	10.841	9.632	7.287	4.881
Minimum	3.000	2.000	9.000	17.000
Maximum	47.000	44.000	40.000	36.000

Par la suite nous avons réalisé les statistiques descriptives de ces deux groupes pour mettre en évidence les scores de RPS dans les modèles dysfonctionnel et constructif, présentés par le Tableau 4.

2.1. Résultats attendus

Notre première hypothèse proposait qu'il existe un lien entre le niveau d'empathie des participants et les modèles de RPS. Nous nous attendons à observer une différence significative sur le modèle dominant de RPS entre le groupe avec un niveau d'empathie élevé et le groupe avec un niveau d'empathie faible. Notre deuxième hypothèse amenait la possibilité d'un lien entre le score d'empathie clinique (JSE-HP) et le modèle constructif de RPS (SPSI-SF-R). Au vue des statistiques descriptives présentées précédemment, nous nous attendons à retrouver une association entre ces deux variables, la médiane des scores de RPS constructive du groupe avec un niveau d'empathie élevé apparaît plus élevé que pour le groupe avec un niveau d'empathie faible.

3. Présentation des résultats

3.1. Comparaison inter-groupe

A) Lien entre le modèle dysfonctionnel de RPS et les niveaux d'empathie (faible-fort)

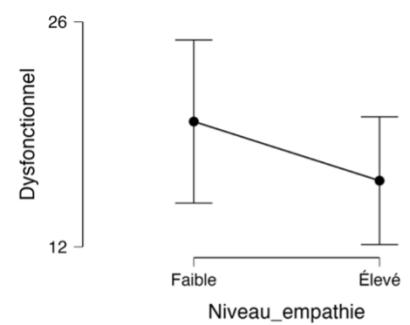
Tableau 5. Lien entre le modèle dysfonctionnel de résolution de problèmes sociaux et les niveaux d'empathie.

	W	p	Corrélation Rang-Bisérial	Corrélation Rang-Bisérial SE
Dysfonctionnel	298.000	0.277	0.192	0.173

Note. Pour le test de Mann-Whitney, la taille de l'effet est donnée par le rang de corrélation bisérial.

Note. Test U de Mann-Whitney.

Comme le démontre le Tableau 5, nos données ne nous ont pas permis de mettre en évidence une différence significative entre la médiane du groupe forte empathie ($Mdn = 17$) et celle du groupe faible empathie ($Mdn = 17.5$) pour le modèle dysfonctionnel de RPS. $U=298$; $p=0.277$; $d=0.192$.



Graphique 1 : Représentation graphique du lien entre les niveaux d'empathie (Faible-Elevé) et le modèle dysfonctionnel de RPS

Cependant, il est intéressant de noter que le graphique 1, ci-dessus, illustre tout de même un score dysfonctionnel plus élevé chez les individus présentant un niveau d'empathie faible.

B) Lien entre le modèle constructif de RPS et les niveaux d'empathie (faible-fort)

Tableau 6. Lien entre le modèle constructif de résolution de problèmes sociaux et les niveaux d'empathie.

	W	p	Corrélation Rang-Bisérial	Corrélation Rang-Bisérial SE
Constructif	144.000	0.016	-0.424	0.173

Note. Pour le test de Mann-Whitney, la taille de l'effet est donnée par le rang de corrélation bisérial.

Note. Test U de Mann-Whitney.

Comme l'illustre le Tableau 6, la médiane du modèle constructif de RPS du groupe faible empathie ($Mdn= 19.50$) est inférieure à la médiane de modèle constructif de RPS du groupe forte empathie ($Mdn=26$) pour le modèle constructif de RPS, et ce de manière significative. $U=144.00$, $p=0.016^*$. L'écart entre les médianes est petit, $d= 0.424$.

Cette comparaison intergroupe permet de mettre en évidence un lien significatif entre un niveau élevé d'empathie et un modèle constructif de RPS. Cependant, un faible niveau d'empathie ne permet pas d'expliquer les scores du modèle dysfonctionnel de RPS.

3.2. Corrélation de Spearman

Une corrélation de Spearman a donc été effectuée avec le score d'empathie obtenu au JSE-HP et le score de RPS constructive recueilli par le SPSI-SF-R.

Tableau 7. Corrélation de Spearman entre le modèle constructif de résolution de problème sociaux et le score total d'empathie.

Variable		Constructif	JSE-HP
1. Constructif	n	-	
	Spearman's rho	-	
	p-value	-	
2. JSE-HP	n	45	-
	Spearman's rho	0.401	-
	p-value	0.006	-

Le modèle constructif de RPS et le score d'empathie clinique sont hautement significativement corrélés positivement (voir Tableau 7). $r(43) = 0.401$; $p = 0.006^{**}$.

Ces résultats suggèrent que le niveau d'empathie des soignants guide de façon significative leurs capacités de RPS.

Discussion

1. Interprétation des résultats

Cette section de ce mémoire se consacre à l'interprétation des résultats obtenus dans le cadre de notre étude, visant à explorer la relation entre l'empathie clinique des soignants et leurs compétences en

résolution de problèmes sociaux (RPS). Les données issues de ce protocole expérimental seront examinées en les confrontant aux hypothèses de recherche formulées.

Les hypothèses étaient construites autour de l'idée que l'empathie des soignants est un facteur déterminant dans leur capacité à résoudre efficacement les problèmes sociaux. Plus précisément, deux hypothèses générales et trois opérationnelles ont été formulées pour étudier la relation entre l'empathie et les modèles de RPS. La première hypothèse générale postulait que l'empathie des soignants influence significativement leurs capacités de RPS. Il était ainsi anticipé que les soignants avec des niveaux d'empathie différents adopteraient des modèles de RPS distincts. La seconde hypothèse générale avançait que l'empathie des soignants est liée à un modèle constructif de RPS, supposant une corrélation positive entre les scores d'empathie et le modèle de RPS constructif.

En confrontant les résultats aux hypothèses établies, il est possible de constater que les données soutiennent partiellement les hypothèses. L'hypothèse générale selon laquelle l'empathie des soignants influence de manière significative leurs capacités de RPS est partiellement validée.

Lien entre les niveaux d'empathie et le modèle constructif de RPS :

En effet, concernant l'hypothèse opérationnelle 1.1., qui stipule que les soignants ayant un score élevé d'empathie auront une prédisposition à adopter un modèle constructif de RPS, nos résultats confirment cette hypothèse ($U=144.00$, $p=0.016^*$). En effet, une médiane significativement plus élevée pour le modèle constructif de la RPS dans le groupe à forte empathie ($Mdn = 26.0$) par rapport au groupe à faible empathie ($Mdn = 19.5$) est observable, indiquant que les individus avec un niveau élevé d'empathie ont tendance à adopter des stratégies de RPS considérées comme constructives. Cette corrélation positive entre l'empathie et le modèle constructif de RPS soutient l'idée que l'empathie joue un rôle crucial dans la manière dont les soignants abordent et résolvent les problèmes sociaux.

Lien entre les niveaux d'empathie et le modèle dysfonctionnel de RPS :

A contrario, bien que le groupe à faible empathie présente une médiane plus élevée pour le modèle dysfonctionnel de la RPS ($Mdn = 17.5$) que le groupe à forte empathie ($Mdn = 17.0$), cette différence n'est pas statistiquement significative ($U=298$; $p=0.277$; $d=0.192$). Par conséquent, il ne peut pas être conclu, de manière catégorique, que les soignants avec un faible niveau d'empathie ont nécessairement une prédisposition à adopter un modèle dysfonctionnel de RPS.

Dans cette étude, il est possible de constater que bien que le test statistique n'a pas révélé de différence significative entre les groupes de forte et de faible empathie pour le modèle dysfonctionnel de RPS, une tendance est apparue (cf. Graphique 1). Les participants avec un faible niveau d'empathie présentaient des scores relativement plus élevés dans le modèle dysfonctionnel de RPS, même si cette différence n'a pas atteint un seuil de significativité statistique conventionnel. Cette observation suggère une relation complexe entre l'empathie et les modèles de RPS. Cette tendance pourrait être interprétée de plusieurs manières. Tout d'abord, elle peut indiquer que les individus ayant un faible niveau d'empathie sont plus enclins à adopter des stratégies de RPS qui sont moins efficaces ou moins adaptées dans les contextes sociaux. Par exemple, un manque d'empathie pourrait conduire à une approche plus centrée sur soi ou moins attentive aux besoins des autres, ce qui pourrait être associé à des modèles de RPS considérés comme dysfonctionnels. Cela peut suggérer que les individus avec un faible niveau d'empathie peuvent présenter certaines difficultés à comprendre les pensées et les expériences des autres. Ce qui pourrait les rendre moins efficaces dans RPS de manière constructive. Cependant, il est important de souligner que cette observation nécessite une interprétation prudente.

Les résultats ne permettent pas de conclure de façon formelle la relation causale entre l'empathie et les modèles de RPS. D'autres variables non mesurées, telles que le niveau de stress, l'augmentation croissante de la charge de travail, des interactions soignant-soigné de plus en plus courte ou encore les traits de personnalité, peuvent également influencer cette relation complexe (Nasello et Triffaux, 2023).

Lien entre l'empathie des soignants et le modèle constructif de RPS :

Les résultats de la corrélation de Spearman entre le modèle constructif de RPS et le score total d'empathie clinique sont hautement significatifs et révèlent une corrélation positive entre ces deux variables. Les résultats confirment donc l'hypothèse générale n°2 formulée, suggérant que l'empathie des soignants est liée à un modèle constructif de RPS. Le coefficient de corrélation de Spearman est de $r=0.401$, avec une valeur de $p=0.006^{**}$, ce qui indique une relation hautement significative entre le niveau d'empathie des soignants et le modèle constructif de RPS.

Cette corrélation positive suggère que les soignants qui obtiennent des scores élevés en empathie clinique ont également tendance à adopter des stratégies de RPS considérées comme constructives. En d'autres termes, une plus grande capacité à comprendre et à répondre aux émotions et aux besoins des patients est associée à une approche plus efficace et constructive dans la RPS dans le contexte des soins de santé. Ces résultats fournissent un éclairage notable sur l'importance de l'empathie dans

la pratique des soignants et suggèrent que le niveau d'empathie des professionnels de la santé influence de manière significative leurs compétences en matière de RPS. Cette observation souligne l'importance de promouvoir le développement de compétences empathiques dans la formation des professionnels de la santé.

2. Limites méthodologiques et perspectives

L'une des principales limites de notre étude réside dans la taille restreinte de notre échantillon. En effet, avec seulement 45 participants, notre étude peut être sujette à des limitations en termes de généralisabilité et de puissance statistique. Une taille d'échantillon plus grande aurait pu permettre une meilleure représentativité de la population des soignants et aurait pu augmenter la fiabilité de nos analyses statistiques. Le faible nombre de participants limite également notre capacité à détecter des effets plus subtils ou des relations plus complexes entre les variables étudiées. Par exemple, bien que nous ayons observé une corrélation significative entre l'empathie des soignants et leurs capacités de RPS, il est possible que des relations plus nuancées n'aient pas été détectées en raison de la taille réduite de notre échantillon. De plus, une taille d'échantillon plus importante aurait pu nous permettre d'explorer davantage les différences entre les sous-groupes de participants, tels que les professionnels de la santé de différents milieux ou niveaux d'expérience. Cela aurait pu fournir des informations supplémentaires sur les facteurs qui influent sur l'empathie et les capacités de RPS chez les soignants. Il est donc important de prendre en compte cette limitation lors de l'interprétation de nos résultats et de reconnaître que nos conclusions peuvent être limitées par la taille restreinte de notre échantillon. Des études futures avec des échantillons plus importants seraient nécessaires pour confirmer et étendre nos résultats, et pour explorer plus en profondeur les relations entre l'empathie des soignants et leurs capacités de résolution de problèmes sociaux dans des contextes cliniques variés.

Les résultats indiquent que l'empathie des soignants est associée à leurs capacités de RPS, soutenant ainsi notre deuxième hypothèse générale. Cependant, la relation entre l'empathie et les modèles spécifiques (dysfonctionnels et constructifs) de la RPS est complexe. Cela suggère que d'autres facteurs peuvent également jouer un rôle dans la manière dont les soignants abordent les problèmes sociaux dans leur profession. Également, ce constat nous amène à nous questionner sur la sensibilité de nos échelles. La présente étude utilise deux échelles, la JSE-HP et le SPSI-SF-R, qui comportent des limitations méthodologiques. Il est donc important de considérer la fiabilité des auto-questionnaires utilisés pour évaluer l'empathie et les capacités de RPS.

Nasello et Triffaux en 2017, déclarent que c'est notamment via la Jefferson Scale of Empathy, échelle que ce mémoire utilise, que l'on retrouve les effets significatifs les plus flagrants du déclin de l'empathie chez les professionnels de la santé en formation. Cela souligne l'importance de cette échelle spécifique dans l'évaluation de l'empathie chez les soignants et met en lumière la nécessité de son utilisation dans les recherches futures sur ce sujet. Cependant, il nécessite de reconnaître qu'il peut exister un écart entre l'expérience réelle des participants et ce qu'ils rapportent sur l'échelle, cela fait référence au biais de réponse. Comme l'ont pointé Howick et al. en 2017 dans leur méta-analyse sur l'empathie, ce décalage peut résulter de divers facteurs, notamment des biais de perception, des distorsions de mémoire ou des désirs de présentation de soi. Certains participants peuvent surestimer ou sous-estimer leurs capacités de RPS ou leur niveau d'empathie, ce qui peut influencer l'authenticité des résultats de manière non intentionnelle.

Il est important de considérer l'impact de la sensibilité du sujet sur la qualité des réponses des participants. Le fait que les participants étaient informés du thème de l'étude - l'empathie - et savaient qu'ils étaient évalués sur cette caractéristique personnelle sensible, peut avoir influencé leurs réponses. Ils peuvent avoir été enclins à présenter une image d'eux-mêmes plus favorable, ce qui pourrait avoir affecté la précision des données recueillies. En effet, l'étude de Hojat et al. (2002) sur l'échelle JSE auprès de médecins en fonction de leur genre et de leur spécialité, montre que les réponses ont tendance à être biaisées vers les extrémités supérieures de l'échelle donnant une certaine direction à la notation pour les participants. Il est donc important d'interpréter nos résultats avec prudence et de reconnaître les limitations inhérentes aux méthodes utilisées pour collecter les données.

Malgré ces insuffisances, nos résultats fournissent des aperçus précieux sur la relation entre l'empathie des soignants et leurs capacités de RPS. En prenant en compte ces considérations, nous pouvons mieux appréhender la signification de nos résultats et envisager des axes pour des recherches futures visant à affiner notre compréhension de ces liens complexes.

D'Zurilla et al. (2002) ont étudié les propriétés psychométriques du SPSI-SF-R (Social Problem Solving Inventory – Short Form - Revised) et ont pointé un alpha de Cronbach ($\alpha = 0.85$) adéquate et ont conclu l'existence de preuves solides de la fiabilité du SPSI-SF-R (D'Zurilla et al., 2002, cités dans Hawkins et al., 2009). Malgré la fiabilité scientifique de l'échelle, celle-ci représente certaines limitations majeures. L'utilisation de l'échelle SPSI-SF-R dans notre étude, présente des limites et offre des perspectives pour des améliorations futures. Tout d'abord, bien que l'échelle SPSI-SF-R soit

conçue pour évaluer les compétences de RPS, elle n'est pas spécifiquement axée sur les problèmes sociaux rencontrés par les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne. Cela peut limiter sa pertinence pour évaluer de manière exhaustive les capacités de RPS dans le contexte des soins de santé. De plus, l'échelle SPSI-SF-R peut être perçue comme vague au niveau du thème des soins de santé, ce qui pourrait compromettre sa capacité à capturer les défis spécifiques auxquels les soignants sont confrontés lorsqu'ils traitent des problèmes sociaux avec leurs patients. En effet, les situations cliniques dans le domaine des soins de santé peuvent être complexes et uniques, nécessitant des compétences de RPS spécifiquement adaptées à ce contexte.

Pour aborder ces limites et améliorer la pertinence de notre évaluation des capacités de RPS chez les soignants, des perspectives futures pourraient inclure la création d'un test de problèmes concrets basé sur le modèle de Gilhooly et al. (2007). Ce test pourrait impliquer la création de situations cliniques authentiques et pertinentes, reflétant les défis réels rencontrés par les soignants dans leur pratique quotidienne. En élaborant un tel test, nous pourrions être en mesure de capturer de manière plus précise les compétences de résolution de problèmes spécifiques aux situations sociales dans le contexte des soins de santé. Cela permettrait une évaluation plus approfondie et plus fidèle des capacités des soignants à faire face aux défis sociaux complexes rencontrés dans leur travail quotidien. Cela pourrait correspondre à une mise en situation ou l'énumération des différentes tâches que feraient les soignants dans une situation clinique donnée afin de résoudre les problèmes sociaux qui y sont associés.

L'étude de Gilhooly et al. (2007) sur les relations potentielles entre la résolution de problèmes (abstraits et concrets) et la qualité de vie de participants âgés de 70 à 91 ans, montre que la capacité abstraite de résolution de problèmes n'est pas liée à la qualité de vie et soutient l'hypothèse selon laquelle la capacité de résolution de problèmes dans le monde réel ou quotidien est associée à la qualité de vie de la vie chez les personnes âgées. L'argument avancé par l'étude de Gilhooly et al. (2007) est renforcé par la déclaration de Allaire et Marsiske (2002) dans leur méta-analyse : « Il a été constaté que la résolution de problèmes du monde réel ou quotidien est en effet associée à un fonctionnement quotidien auto-évalué dans les activités de la vie quotidienne ».

Par ailleurs, le processus de passation était relativement long, avec une durée d'environ 15 minutes, ce qui représente une limitation potentielle susceptible d'affecter l'attention et la concentration des participants. Cependant, les échelles sélectionnées sont des versions révisées et plus succinctes que les versions originales, qui peuvent contenir jusqu'à 75 items pour le SPSI-SF-R. À ce jour, il n'existe

pas dans la littérature des échelles plus concises qui faciliteraient le processus de passation. Il serait pertinent de poursuivre les recherches déjà entreprises et de développer une nouvelle version d'échelle basée sur le même principe que celle utilisée dans la présente étude.

Dans la présente étude, le lien entre les compétences de RPS et l'empathie chez les soignants est examiné, en mettant l'accent sur les modèles dysfonctionnels et constructifs de RPS. Cependant, une perspective complémentaire et enrichissante pourrait être d'explorer plus spécifiquement le lien entre ces compétences de RPS et les différentes dimensions de l'empathie, à savoir l'empathie cognitive et affective. Comme le rapportent Nasello et Triffaux en 2017 dans leur étude, il est important de comprendre comment des scores faibles ou élevés sur chacune de ces facettes de l'empathie peuvent être un avantage ou un inconvénient dans le contexte clinique. Par exemple, des scores faibles en empathie affective peuvent indiquer une moindre propension à ressentir les émotions des autres, ce qui peut sembler bénéfique pour éviter une submersion émotionnelle chez le thérapeute. Cependant, son absence totale peut compromettre la qualité de la relation thérapeutique et la capacité du soignant à comprendre et à répondre aux besoins émotionnels du patient. En outre, les auteurs mettent en évidence le concept de "*contagion émotionnelle*", qui correspond à la capacité du thérapeute à ressentir automatiquement les émotions du patient (Nasello et Triffaux, 2017). Cette caractéristique, bien que parfois bénéfique pour établir une connexion empathique avec le patient, peut également entraîner des défis si elle n'est pas régulée de manière adéquate. Par exemple, une contagion émotionnelle non maîtrisée peut conduire à une submersion émotionnelle du soignant, compromettant ainsi sa capacité à fournir des soins appropriés.

Pour compléter la présente étude, il sera intéressant d'explorer comment les compétences de RPS des soignants sont influencées par leur niveau d'empathie cognitive et affective. Par exemple, les soignants dotés d'une forte empathie cognitive pourraient être plus aptes à comprendre les perspectives et les besoins des patients, ce qui pourrait favoriser l'adoption de stratégies de RPS plus constructives. En revanche, une empathie affective mal régulée pourrait entraîner des difficultés dans la gestion des émotions lors de la RPS. *In fine*, l'exploration du lien entre les compétences de RPS et les dimensions de l'empathie, en particulier l'empathie cognitive et affective, représenterait une voie prometteuse pour une recherche future. Cette approche permettrait de mieux comprendre comment ces différentes facettes de l'empathie influencent les pratiques de soins et pourraient fournir des indications précieuses pour l'amélioration de la formation des professionnels de la santé.

De surcroît, dans leur étude sur des adolescents ayant vécu des expériences traumatisantes, Hatam et al. (2019) mettent en lumière l'impact positif de l'éducation à l'empathie sur la RPS. Leur conclusion suggère que l'éducation à l'empathie peut non seulement améliorer la capacité des individus à résoudre les problèmes sociaux, mais également jouer un rôle crucial dans la gestion de soi et la prévention des symptômes du trouble post-traumatique. À partir de cette conclusion apporté par Hatam et al. (2019) une perspective de recherche future est particulièrement intéressante dans le contexte des soins de santé. En effet, les soignants sont régulièrement confrontés à des situations complexes et émotionnellement chargées, où la capacité à résoudre efficacement les problèmes sociaux est essentielle pour fournir des soins optimaux aux patients. En intégrant des programmes d'éducation à l'empathie dans la formation des professionnels de la santé, il est possible de renforcer leur compétences en matière de RPS tout en favorisant le développement d'une empathie plus profonde et plus efficace envers les patients.

Fragkos et Crampton (2020) dans leur méta-analyse, mettent en lumière l'efficacité significative des interventions visant à enseigner l'empathie clinique aux étudiants en médecine, avec un effet positif modéré sur l'augmentation de leur niveau d'empathie. Ces résultats corroborent les conclusions d'autres revues systématiques antérieures, soulignant ainsi l'importance et la pertinence de l'éducation à l'empathie dans le domaine médical.

En somme, à partir des résultats obtenus dans ce mémoire ainsi qu'à travers la littérature actuelle, la question de l'éducation de l'empathie à travers des programmes d'enseignements ou éducatifs auprès des professionnels soignants apparaît pertinente. L'éducation à l'empathie pourrait offrir aux soignants les outils nécessaires pour comprendre pleinement les émotions et les besoins de leurs patients, ce qui pourrait les aider à identifier et à résoudre les problèmes sociaux qui peuvent influencer la santé et le bien-être des patients pris en charge. Comme le souligne Stewart (1995) dans sa revue sur la qualité de la communication médecin-patient, la communication efficace entre le médecin et le patient peut avoir un effet significatif sur la santé du patient. Leur conclusion met en évidence l'importance d'une bonne communication dans l'amélioration de la santé émotionnelle, la résolution des symptômes, l'état fonctionnel et physiologique, ainsi que le contrôle de la douleur chez les patients. En renforçant la capacité des soignants à agir sur leurs propres émotions et à maintenir et cultiver un haut niveau d'empathie, ces programmes peuvent contribuer à réduire le stress et l'épuisement professionnel, améliorant ainsi la qualité des soins et la satisfaction au travail (Tisseron, 2020) et ainsi apporter un impact positif sur la dynamique soignant-soigné.

Ainsi, l'étude de Hatam et al. (2019) montre que l'éducation à l'empathie est une stratégie prometteuse pour améliorer la RPS dans le domaine des soins de santé. Explorer cette perspective de recherche future pourrait ouvrir la voie à de nouvelles approches de formation et de pratique clinique visant à renforcer les compétences des soignants et à améliorer la qualité des soins aux patients.

Conclusion

Cette étude a été menée dans l'objectif d'étudier le lien entre l'empathie clinique appliquée dans le relation de soins et les capacités de résolution de problèmes sociaux (RPS) des soignants exerçants auprès de personnes âgées. À travers cette recherche, comprendre comment l'empathie des soignants qui exercent auprès de personnes âgées influence leurs capacités à identifier, comprendre et résoudre efficacement les problèmes sociaux rencontrés dans leur pratique quotidienne, a été exploré.

Le postulat de départ reposait sur l'idée que l'empathie joue un rôle crucial dans la manière dont les soignants abordent et résolvent les problèmes sociaux. Pour ce faire, des hypothèses ont été formulées selon lesquelles l'empathie des soignants est significativement liée à l'adoption de modèles constructifs de RPS.

Les résultats de cette étude ont partiellement confirmé nos hypothèses. Une corrélation significative a été observée entre l'empathie des soignants et l'adoption de modèles constructifs de RPS, soulignant ainsi l'importance de l'empathie dans la pratique des soignants. Cependant, des limitations méthodologiques, telles que la taille restreinte de l'échantillon et les défis liés à l'utilisation d'échelles d'évaluation de l'empathie et des compétences de RPS, ont été identifiées.

Malgré ces limites, cette étude apporte des éclairages précieux sur la relation entre l'empathie et les compétences de RPS chez les professionnels de la santé. Ces résultats soulignent l'importance de promouvoir le développement de compétences empathiques dans la formation des professionnels de la santé et suggèrent que l'éducation à l'empathie pourrait jouer un rôle crucial dans l'amélioration des compétences de RPS des soignants.

En conclusion, cette étude met en évidence l'importance de l'empathie dans la pratique des soignants et souligne la nécessité de futures recherches pour mieux comprendre les liens complexes entre l'empathie et les compétences de RPS. En intégrant l'éducation à l'empathie dans la formation des professionnels de la santé, il est possible de renforcer leurs compétences en matière de RPS et d'améliorer la qualité des soins aux patients.

Bibliographie

- Allaire, J. C., & Marsiske, M. (1999). Everyday cognition: Age and intellectual ability correlates. *Psychology and Aging, 14*(4), 627–644. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.4.627>
- Allain, P., Aubin, G., et Le Gall, D. (2012). De la neuropsychologie cognitive à la neuropsychologie sociale. Dans P. Allain, G. Aubin et D. Le Gall (dir.), *Cognition sociale et neuropsychologie*. (vol 1, p. 394). Solal. https://ifpek.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=84807
- Decety, J., et Lamm, C. (2006). Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *The Scientific World Journal, 6*, 1146-1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Decety, J., Bartal, I. B., Uzefovsky, F., et Knafo-Noam, A. (2016). Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences, 371*(1686), 20150077. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0077>
- Démographie des professionnels de santé. (s. d.). DREES. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Doron, R. (2011). Empathie. Dans Doron, R. & Parot, F. (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (éd. 3, p. 251). Paris, France : Presse Universitaire de France.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., et Kant, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences, 25*(2), 241-252. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00029-4)
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., et Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. Dans E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, et L. J. Sanna (dir.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (p. 11–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-001>
- Fragkos, K. C., et Crampton, P. E. S. (2020). The Effectiveness of Teaching Clinical Empathy to Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Academic Medicine, 95*(6), 947. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003058>

Gauchet, A., Charton, E., Pozet, A., Baudry, A., Gehenne, L., Lelorain, S., Piessen, G., Grynberg, D., Christophe, V., et Anota, A. (2022). Détérioration de la Qualité de Vie globale des patients atteints d'un cancer œsogastrique à chaque étape du parcours de soin : résultats de l'étude DETAVIE. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(2), 118-119. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.057>

Gilhooly, M. L., Gilhooly, K. J., Phillips, L. H., Harvey, D., Brady, A., et Hanlon, P. (2007). Real-world problem solving and quality of life in older people. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 587-600. <https://doi.org/10.1348/135910706X154477>

Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P., et Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif. *Revue Neurologique*, 164, 119-127. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(08\)73302-2](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(08)73302-2).

Guidi, C., et Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: from « Clinical Empathy » to « Empathic Concern ». *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 24(4), 573-585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>

Hatam, M., Abolghasemi, A., et Kafi, M. (2019). The Impact of Empathy Training on Social Problem Solving Skills in Female Students with Traumatic Experience. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(2), 107-118. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.2.10>

Hawkins, D., Sofronoff, K., et Sheffield, J. (2009). Psychometric Properties of the Social Problem Solving Inventory-Revised Short-Form: Is the Short Form a Valid and Reliable Measure for Young Adults? *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 462-470. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9209-7>.

Hojat, M. (2016). The Jefferson Scale of Empathy. Dans Hojat M. (dir.), *Empathy in Health Professions Education and Patient Care* (p. 83-128). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0_7.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., et Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender

and Specialty at Item Level. *Academic Medicine*, 77(10), S58.

https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2002/10001/the_jefferson_scale_of_physician_empathy_further.19.aspx

Hojat, M., Maio, V., Pohl, C. A., et Gonnella, J. S. (2023). Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discover Health Systems*, 2(1), 8. <https://doi.org/10.1007/s44250-023-00020-2>.

Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., et Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3>

Lancelot, A., Costantini-Tramoni, M., Tarquinio, C. et Martinet, Y. (2009). Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0025>

Leombruni, P., Di Lillo, M., Miniotti, M., Picardi, A., Alessandri, G., Sica, C., Zizzi, F., Castelli, L., et Torta, R. (2014). Measurement properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Empathy in Italian medical students. *Perspectives on Medical Education*, 3(6), 419-430. <https://doi.org/10.1007/s40037-014-0137-9>.

Nasello, J., et Triffaux, J.-M. (2023). L'empathie chez les (futurs) soignants. *Neurone*, 28 (7), 6-10. <https://hdl.handle.net/2268/308771>

Pacherie, E. (2004). L'empathie et ses degrés. Dans A. Berthoz et G. Jorland (dir.), *L'Empathie* (p. 149-181). Odile Jacob. https://hal.science/jn_00353957

Souissi, I. (2022). Résolution de problèmes numériques en contexte tunisien : approche normative et neuropsychologique. [Thèse en Psychologie, Université d'Angers]. HAL. <https://theses.hal.science/tel-03859637/document>

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>

Thoma, P., Friedmann, C., et Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 448-470. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.024>

Thomas, P., et Hazif-Thomas, C. (2022). L'empathie et le sens de la relation dans le soin. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 22(128), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.10.001>

Tisseron, S. (2020). Comment développer l'empathie chez les soignant(e)s et les étudiant(e)s en santé ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(7), 621-625.
<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.006>

Vadot, C. (2019). Processus et facteurs de l'empathie des étudiants en quatrième année de médecine lors de jeux de rôles de formation à la relation thérapeutique. [Thèse en Médecine humaine pathologie, Université Paris Descartes]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199473>.

Annexes

Annexe 1 : Note d'information de l'étude.



NOTE D'INFORMATION

MONTOUX Marion	BESNARD Jérémy
Etudiante en Master 2 - Psychologie du vieillissement normal et pathologique	Directeur de mémoire
marion.montoux1012@gmail.com	

Madame, Monsieur,

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de recherche de Master 2 en psychologie du vieillissement normal et pathologique, à l'Université d'Angers, sous la direction de monsieur Besnard Jérémy.

L'objectif de cette étude est de découvrir et comprendre le lien qui se joue entre l'empathie clinique des soignants et leur capacité à résoudre des problèmes sociaux. Cette étude se penche sur la question de savoir si l'empathie clinique des soignants influence leur capacité à résoudre des problèmes sociaux complexes dans un contexte médical.

Un protocole de recherche a été mis en place. Celui-ci comporte deux questionnaires qui vous seront proposés afin de recueillir les informations nécessaires nous permettant de comprendre le lien entre ces deux capacités.

Votre participation se fait sur la base du volontariat, vous pouvez participer comme ne pas participer. Votre choix vous revient. Le seul critère est d'avoir au moins 18 ans pour des raisons éthiques et d'exercer une profession de santé auprès de personnes âgées.

Vos réponses seront anonymes et vous pouvez décider à tout moment d'arrêter le questionnaire sans préjudice et sans avoir à vous justifier. Vos réponses seront

enregistrées si et seulement si vous remplissez les questionnaires dans leur totalité. Si vous validez les questionnaires, vos réponses seront traitées statistiquement par moi-même en étroite collaboration avec mon directeur de mémoire, monsieur Besnard Jérémy, du laboratoire LPPL de l'Université d'Angers.

Pour avoir des conclusions optimales, il vous sera donc demandé de répondre avec sérieux. Cependant il n'existe ni bonne ni mauvaise réponse, nous attendons simplement que vous répondiez le plus honnêtement possible. Le questionnaire durera approximativement 10 min.

Après avoir scrupuleusement examiné cette notification, si vous décidez de prendre part à cette étude, vous recevrez un formulaire de consentement qui atteste de votre engagement libre et éclairé de participer à cette recherche.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre recherche et espérons que cette lettre d'information vous a été utile pour mieux comprendre notre projet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Montoux Marion

Etudiante en Master 2 - Psychologie du
vieillissement normal et pathologique
Université d'Angers.

Annexe 2 : Formulaire de consentement.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Mr/Mme (Nom, Prénom).....

Né(e) le :/...../.....

Déclare :

- Accepter de participer à l'étude menée par Mlle Montoux Marion, stagiaire psychologue, sous la direction de M. Besnard Jérémy, maître de conférences à l'Université d'Angers.
- Avoir été informé(e) des objectifs et des modalités de passation de cette étude qui s'intéresse au lien entre l'empathie clinique des soignants et leur capacités de résolutions de problèmes sociaux.
- Qu'il m'a été précisément indiqué que toutes les données me concernant seraient conservées confidentiellement et exploitées à titre anonyme.
- Etre informé(e) de mon libre choix de participer ou non à cette étude, sans n'avoir à apporter aucune justification à ma décision.

Date et signature du participant :

Date et signature du chercheur :

Annexe 3 : La JSE-HP.

INSTRUCTIONS

À présent, nous allons vous proposer d'autres questions. Il n'est plus sujet de problèmes mais d'empathie.

À l'aide d'un stylo à bille, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun des éléments suivants, en cochant le cercle approprié à droite de chaque énoncé.

Veuillez utiliser l'échelle de 7 points suivante (un nombre plus élevé sur l'échelle indique un degré d'accord plus élevé) : cochez une et une seule réponse pour chaque énoncé.

1 — 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7

Pas du tout d'accord

Tout a fait d'accord

1	Ma compréhension de ce que ressentent mes patients et leurs familles n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mon patient se sent mieux lorsque je comprends ses sentiments.	1	2	3	4	5	6	7
3	Il m'est difficile de voir les choses du point de vue de mes patients.	1	2	3	4	5	6	7
4	Je considère que comprendre le langage corporel de mes patients est aussi important que la communication verbale dans les relations soignant-patient.	1	2	3	4	5	6	7
5	J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à de meilleurs résultats cliniques.	1	2	3	4	5	6	7
6	Parce que les gens sont différents, il m'est difficile de voir les choses du point de vue de mes patients.	1	2	3	4	5	6	7
7	J'essaie de ne pas prêter attention aux émotions de mes patients lors de l'interrogatoire ou lorsqu'ils posent des questions sur leur santé physique.	1	2	3	4	5	6	7
8	L'attention portée aux expériences personnelles de mes patients n'influence pas les résultats du traitement.	1	2	3	4	5	6	7
9	J'essaie de m'imaginer à la place de mes patients lorsque je leur prodigue des soins.	1	2	3	4	5	6	7
10	Mes patients apprécient ma compréhension de leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	1	2	3	4	5	6	7

11	Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par un traitement médical ou chirurgical ; par conséquent, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	1	2	3	4	5	6	7
12	Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre leurs plaintes physiques.	1	2	3	4	5	6	7
13	J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant attention à leurs signaux non verbaux et à leur langage corporel.	1	2	3	4	5	6	7
14	Je crois que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement d'une maladie.	1	2	3	4	5	6	7
15	L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	1	2	3	4	5	6	7
16	Un élément important de la relation avec mes patients est ma compréhension de leur état émotionnel, ainsi que de celui de leur famille.	1	2	3	4	5	6	7
17	J'essaie de penser comme mes patients afin de prodiguer de meilleurs soins.	1	2	3	4	5	6	7
18	Je ne me laisse pas influencer par les liens personnels forts entre mes patients et les membres de leur famille.	1	2	3	4	5	6	7
19	Je n'aime pas lire de la littérature non médicale ou des arts.	1	2	3	4	5	6	7
20	Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 4 : Le SPSI-R-SF.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Utilisez un stylo à bille.
Cochez une réponse pour chacun des éléments ci-dessous.

Participant N° : _____

Date : ___/___/___

Âge :

<21 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 >70

Genre :

Homme Femme Autre

Profession de santé : _____

INSTRUCTIONS

Vous trouverez ci-dessous différentes façons de penser, de ressentir et d'agir face à des **problèmes** de vie quotidienne. Nous ne parlons pas des tracas et des pressions courantes que vous gérer avec succès tous les jours.

Dans ce questionnaire, un problème est considéré comme une préoccupation significative dans votre travail, quelque chose qui vous préoccupe grandement, mais pour laquelle vous ne disposez pas d'une solution immédiate pour l'améliorer ou pour réduire son impact sur votre travail. Ce problème peut toucher différents aspects de votre travail, tels que vos réflexions, vos émotions, votre comportement, votre interaction avec les patients, ou même l'environnement de travail. Il peut également influencer vos relations avec vos collègues, la direction, les familles des patients, ou d'autres aspects de votre environnement professionnel.

Veuillez lire attentivement chaque énoncé et indiquez, sur une échelle de 0 à 4, dans quelle mesure chaque déclaration reflète généralement votre manière de penser, de ressentir, et d'agir lorsque vous êtes confronté à des problèmes importants dans votre travail actuel.

Les termes de « traitement » peuvent être remplacés par celui de « soin » si personnel non médical. Et les termes « patient » peuvent être remplacés par celui de « résident » si établissement d'hébergement.

- 0 = Pas du tout vrai**
- 1 = Un peu vrai**
- 2 = Modérément vrai**
- 3 = Très vrai**
- 4 = Extrêmement vrai**

1	Je me sens menacé(e) et apeuré(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.	0	1	2	3	4
2	Lorsque je prends des décisions, je n'évalue pas suffisamment soigneusement les différentes alternatives.	0	1	2	3	4
3	Je me sens nerveux(se) et peu sûr(e) de moi lorsque j'ai une décision importante à prendre.	0	1	2	3	4
4	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je pense que si je persiste et n'abandonne pas trop facilement, je pourrai éventuellement trouver une meilleure solution.	0	1	2	3	4
5	Lorsque j'ai un problème, j'essaie de le voir comme un défi ou une opportunité de bénéficier d'une manière positive de ce problème.	0	1	2	3	4
6	J'attends de voir si un problème va se résoudre par lui-même avant d'essayer de la résoudre moi-même.	0	1	2	3	4
7	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je devient très frustré(e).	0	1	2	3	4
8	Lorsque je suis confronté(e) à un problème difficile, je doute de pouvoir le résoudre par moi-même, quels que soient mes efforts.	0	1	2	3	4
9	Chaque fois que j'ai un problème, je crois qu'il peut être résolu.	0	1	2	3	4
10	Je fais tout mon possible pour éviter d'avoir à faire face à des problèmes dans ma vie.	0	1	2	3	4
11	Les problèmes difficiles me bouleversent beaucoup.	0	1	2	3	4
12	Lorsque j'ai à prendre une décision, j'essaie de prédire les conséquences positives et négatives de chaque option.	0	1	2	3	4
13	Lorsque des problèmes surviennent dans ma vie, j'aime m'occuper de ceux-ci aussitôt que possible.	0	1	2	3	4
14	Lorsque je tente de résoudre un problème, je pars avec la première idée qui me vient à l'esprit.	0	1	2	3	4
15	Lorsque je suis confronté(e) à un problème difficile, je crois que je pourrai le résoudre par moi-même si j'essaie suffisamment.	0	1	2	3	4
16	Lorsque j'ai un problème à résoudre, l'une des premières choses que je fais est d'obtenir autant d'informations que possible au sujet de ce problème.	0	1	2	3	4

1 sur 2

17	Lorsqu'un problème survient dans ma vie, je retarde aussi longtemps que possible ma tentative pour le résoudre.	0	1	2	3	4
18	Je passe plus de temps à éviter mes problèmes qu'à les résoudre.	0	1	2	3	4
19	Avant d'essayer de résoudre un problème, je me fixe un objectif spécifique qui précise exactement ce que je veux accomplir.	0	1	2	3	4
20	Lorsque j'ai une décision à prendre, je ne prends pas le temps de réfléchir aux avantages et aux inconvénients de chaque solutions	0	1	2	3	4
21	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie d'évaluer aussi soigneusement que possible à quel point la situation s'est améliorée.	0	1	2	3	4
22	Je retarde à résoudre les problèmes jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour y faire quoi que ce soit.	0	1	2	3	4
23	Lorsque je tente de résoudre un problème, je pense à autant d'options que possible jusqu'à ce que je ne puisse plus trouver d'autres idées.	0	1	2	3	4
24	Lorsque je prends des décisions, je me fie à mon « intuition » sans trop penser aux conséquences de chaque alternative.	0	1	2	3	4
25	Je suis trop impulsif(ve) lorsqu'il s'agit de prendre des décisions.	0	1	2	3	4

2 sur 2

Table des illustrations

Figure 1. Représentation schématique du processus de résolution de problèmes sociaux basée sur le modèle des 5 dimensions de D'Zurilla et al. (2002).....9

Graphique 1 : Représentation graphique du lien entre les niveaux d'empathie (Faible-Élevé) et le modèle dysfonctionnel de RPS17

Table des tableaux

Tableau 1 : Test de la normalité des données.....	15
Tableau 2 : Test d'égalité des variances.....	16
Tableau 3 : Données descriptives de la distribution du score d'empathie des participants.....	16
Tableau 4 : Données descriptives de la distribution des participants dans les deux modèles de résolution de problèmes sociaux et en fonction du niveau d'empathie.....	16
Tableau 5 : Lien entre le modèle dysfonctionnel de résolution de problèmes sociaux et les niveaux d'empathie.....	17
Tableau 6 : Lien entre le modèle constructif de résolution de problèmes sociaux et les niveaux d'empathie.....	18
Tableau 7 : Corrélation de Spearman entre le modèle constructif de résolution de problème sociaux et le score total d'empathie.....	19

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs : Dans le domaine des soins de santé, la capacité des professionnels à résoudre les problèmes sociaux est cruciale pour fournir des soins optimaux aux patients. Cette étude explore la relation entre l'empathie clinique des soignants et leurs compétences en résolution de problèmes sociaux (RPS). L'objectif est de déterminer si l'empathie influence les modèles de RPS adoptés par les soignants.

Méthodologie : Une enquête a été menée auprès d'un échantillon de soignants, utilisant deux échelles pour évaluer l'empathie clinique et les compétences de RPS. Les données ont été analysées statistiquement pour examiner la corrélation entre l'empathie des soignants et leurs modèles de RPS.

Résultats : Les résultats confirment partiellement l'hypothèse de départ. Une corrélation significative a été observée entre l'empathie des soignants et l'adoption de modèles constructifs de RPS. Cependant, la corrélation avec les modèles dysfonctionnels de RPS n'a pas été statistiquement significative.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance de l'empathie dans la pratique des soignants et son lien avec les compétences de RPS. Bien que des limites méthodologiques aient été identifiées, les résultats fournissent des aperçus précieux sur la manière dont l'empathie influence les pratiques de soins. En intégrant des programmes d'éducation à l'empathie, il est possible de renforcer les compétences de RPS des soignants et d'améliorer la qualité des soins aux patients.

mots-clés : empathie clinique ; résolution de problèmes sociaux ; personnels soignants

ABSTRACT

Context and Objectives : In the healthcare field, professionals' ability to solve social problems is crucial for providing optimal patient care. This study explores the relationship between caregivers' clinical empathy and their social problem-solving (SPS) skills. The objective is to determine whether empathy influences the SPS patterns adopted by caregivers.

Methodology : A survey was conducted with a sample of caregivers, using two scales to assess clinical empathy and SPS skills. The data were statistically analyzed to examine the correlation between caregivers' empathy and their SPS patterns.

Results : The results partially confirm the initial hypothesis. A significant correlation was observed between caregivers' empathy and the adoption of constructive SPS patterns. However, the correlation with dysfunctional SPS patterns was not statistically significant.

Conclusion : This study highlights the importance of empathy in caregivers' practice and its link to SPS skills. Although methodological limitations were identified, the results provide valuable insights into how empathy influences care practices. By integrating empathy education programs, it is possible to strengthen caregivers' SPS skills and improve the quality of patient care.

keywords : clinical empathy ; social problem-solving ; healthcare professionals

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée MONTOUX Marion
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 23 / 05 / 2024.

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

