

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2021-2022

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Étude de l'empathie et de l'alliance
thérapeutique chez les étudiants en second
cycle d'orthophonie**

Présenté par *Juliette LE DOUARIN*

Née le 30/04/1997

Président du Jury : Madame Creusen Hélène (Orthophoniste, chargée de cours)

Directeur de Mémoire : Monsieur Guihard Gilles (MCF, chargé de cours)

Co-directrice du Mémoire : Madame Martinage Valérie (Orthophoniste, chargée de cours)

Membre du jury : Madame Ferary Anne-Sophie (Orthophoniste, chargée de cours)

U.E. 7.5.c Mémoire

Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON ET Mme Oana LUNGU

Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

ANNEXE 8 ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée **Juliette LE DOUARIN**, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude vise à évaluer l'empathie des étudiants en second cycle d'orthophonie ainsi que leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient suivi lors d'un stage clinique. Pour cela, deux outils auto-administrés, que sont la JSE-S et le WAI-SR, ont été proposés aux participants.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude,
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Nantes, le 19 mai 2022

Signature :



U.E. 7.5.c Mémoire

Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Pr Florent ESPITALIER
Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON ET Mme Oana LUNGU
Directrice des Stages : Mme Anne ESNAULT

ANNEXE 9 ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je soussignée **Juliette LE DOUARIN** déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de supports, 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 mémoire.

Fait à Nantes, le 19 mai 2022

Signature :



Remerciements

Ce travail a été mené grâce à l'implication de nombreuses personnes. Je tiens à remercier :

Valérie Martinage et Gilles Guihard, mes deux directeurs de mémoire, pour leur enthousiasme à l'idée d'encadrer ce projet lorsque nous nous sommes rencontrés en 2019. Votre expertise, vos conseils et votre disponibilité m'ont permis de construire une étude rigoureuse.

Floriane, mon binôme. Ce projet mémoire a finalement été mené à deux. Notre belle organisation et nos concertations nous ont permis d'arriver sereinement au bout de ce projet. Je suis heureuse que nous ayons avancé ensemble pendant deux ans et demi.

Les membres du jury, pour leur intérêt porté à mon projet.

Les personnes qui ont contribué au succès de l'enquête. Un grand merci à celles et ceux qui m'ont aidée à la diffuser et/ou qui ont participé à l'étude.

Adeline, Chloé et Louise, d'avoir pris le temps de relire mon mémoire avec attention.

Les professionnels intervenant au CFUO, pour m'avoir permis d'acquérir les connaissances et les enjeux de l'orthophonie.

Les maîtres de stage qui m'ont accueillie durant la formation, pour le partage de leur expérience clinique et la transmission de leur passion du métier.

Mes proches, famille et amis, pour leur présence et leur soutien inconditionnel.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	1
LISTES DES ABRÉVIATIONS.....	2
INTRODUCTION.....	3
PARTIE THÉORIQUE	4
1. L'empathie	4
1.1. Conception de l'empathie et évolution des définitions.....	4
1.1.1. Origine du terme	4
1.1.2. Expansion du concept grâce à la théorie humaniste	4
1.1.3. Empathie et preuves neurales	4
1.2. Un concept multidimensionnel complexe.....	6
1.2.1. Les composantes de l'empathie	6
1.2.2. Différenciation de l'empathie avec des concepts connexes	7
1.3. Empathie chez les thérapeutes et étudiants en santé	9
1.3.1. Empathie clinique dans le domaine du soin	9
1.3.2. Empathie et formation en santé	10
1.4. Mesure de l'empathie.....	11
1.4.1. Plusieurs méthodes de mesure	11
1.4.2. Solidité de l'outil JSE-S	11
2. L'alliance thérapeutique	12
2.1. Contexte historique de la notion	12
2.1.1. Contribution du courant psychanalytique dans la construction du concept ...	12
2.1.2. Développement de la notion dans un contexte scientifique	13
2.1.3. Enrichissement de la définition	13
2.2. L'alliance thérapeutique dans un contexte de prise en soin.....	14
2.2.1. Facteur d'efficacité et de réussite du traitement.....	14
2.2.2. Un concept dynamique	14
2.2.3. Influence mutuelle entre le thérapeute et son patient	15

2.3.	Dans le domaine de l'orthophonie	16
2.3.1.	Importance de l'alliance thérapeutique en orthophonie	16
2.3.2.	Des recherches encore limitées concernant les étudiants en orthophonie	16
2.4.	Mesure de l'alliance thérapeutique	16
2.4.1.	Plusieurs méthodes de mesure	16
2.4.2.	Solidité de l'outil WAI-SR	17
3.	Enjeux thérapeutiques	17
3.1.	Une formation des étudiants en orthophonie qui répond aux enjeux de santé.....	17
3.2.	Un équilibre à trouver entre le relationnel et la technicité.....	19
3.2.1.	Constitution d'un savoir-être en tant que thérapeute.....	19
3.2.2.	Un savoir-être qui prévaut dans la relation soignant-soigné	19
3.2.3.	Un savoir-être qui intervient en complémentarité du savoir et savoir-faire ...	20
3.3.	Association de ces concepts dans le cadre thérapeutique	20
4.	Problématiques et hypothèses	20
4.1.	Problématiques.....	21
4.2.	Hypothèses	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE		22
1.	Population.....	22
2.	Procédure.....	22
2.1.	Éthique : consentement et anonymat	22
2.2.	Diffusion du questionnaire et recrutement des participants.....	23
3.	Outils	23
3.1.	JSE-S.....	23
3.1.1.	Propriétés de l'échelle	23
3.1.2.	Adaptation libre de l'outil dans le cadre de l'étude.....	24
3.2.	WAI-SR	24
3.2.1.	Propriétés de l'échelle	24

3.2.2. Adaptation libre de l’outil dans le cadre de l’étude.....	24
4. Traitement et analyse des données	25
4.1. Analyses factorielles confirmatoires (CFA)	25
4.2. Analyse de la mesure d’invariance selon le niveau de master.....	26
4.3. Fiabilité des échelles JSE-S et WAI-SR	26
4.4. Statistiques descriptives et inférentielles	27
RÉSULTATS	28
1. Echantillon de l’étude.....	28
2. Statistiques descriptives et inférentielles.....	28
3. Analyses factorielles confirmatoires	30
4. Analyses factorielles confirmatoires multi-groupes.....	34
5. Analyse de la cohérence interne des outils.....	35
6. Analyses descriptives et inférentielles des échelles nouvellement structurées	36
6.1. Les différences d’empathie et d’alliance thérapeutique liées au master	36
6.2. Lien de corrélation entre les scores d’empathie et d’alliance thérapeutique	37
DISCUSSION	39
1. Rappels des objectifs de l’étude	39
2. Vérification des hypothèses	39
3. Discussion des résultats obtenus	40
3.1. Les raisons d’une absence de variation des construits.....	40
3.2. Reconsidération des outils	42
4. Limites méthodologiques de l’étude	45
5. Forces et intérêts de l’étude.....	46
6. Perspectives de recherche.....	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	67

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : Les processus constitutifs de l'empathie

Figure 2 : Structure factorielle de la JSE-S

Figure 3 : Structure factorielle du WAI-SR

TABLEAUX

Tableau 1: Populations considérées pour l'étude

Tableau 2 : Description de l'échantillon

Tableau 3 : Description des réponses à l'échelle JSE-S

Tableau 4 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR

Tableau 5 : Analyses factorielles confirmatoires des échelles JSE-S et WAI-SR

Tableau 6 : Analyse de la mesure d'invariance des échelles JSE-S et WAI-SR en fonction du niveau de master.

Tableau 7 : Indicateurs de consistance interne des échelles JSE-S et WAI-SR

Tableau 8 : Statistiques comparatives entre les scores de la JSE-S et les scores du WAI-SR en fonction du niveau de master

Tableau 9 : Analyses des corrélations entre les scores de la JSE-S et les scores du WAI-SR

LISTES DES ABRÉVIATIONS

CALPAS	California Psychotherapy Alliance Scale
CARE	Consultation and Relational Empathy Measurement
CFA	Analyse factorielle confirmatoire
CFI	Indice comparatif d'ajustement
CFUO	Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Ddl	Degré de liberté
DWLS	Méthode des moindres carrés pondérés par la diagonale
GFI	Indice de qualité d'ajustement
GLB	Meilleure borne inférieure
Haq-II	Helping Alliance Questionnaire Method II
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSE	Jefferson Scale of Empathy
JSE-S	Jefferson Scale of Empathy -Student Version
JSPPE	Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy
MGCFA	Analyse factorielle confirmatoire multi-groupe
RMSEA	Erreur quadratique moyenne de l'approximation
sRMR	Valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus
TES	Therapist Empathy Scale
TLI	Indice de Tucker-Lewis
UE	Unité d'Enseignement
WAI	Working Alliance Inventory
WAI-SR	Working Alliance Inventory – Short Revised

INTRODUCTION

D'après les attendus nationaux des Centres de Formation Universitaires en Orthophonie (CFUO), les futurs étudiants en orthophonie doivent « faire preuve de bonnes capacités de communication et disposer de qualités humaines, d'empathie, de bienveillance et d'écoute [...] afin de comprendre la part essentielle du positionnement relationnel dans les futures pratiques cliniques » (Modalités d'admission en orthophonie pour la rentrée 2021, s.d.). Les aptitudes relationnelles sont au cœur de la profession d'orthophoniste, elles sont attendues chez les candidats souhaitant entamer cette formation. De plus, chaque étudiant est amené, durant le cursus, à « réfléchir à la relation de soins afin de construire les fondements de sa future pratique professionnelle » (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013).

L'empathie est reconnue comme étant une composante primaire dans la construction d'une alliance thérapeutique, notamment en médecine et en psychothérapie (Degeorge, 2008 ; Elliott et al., 2011; Leonard et al. 2018 ; Rodgers et al., 2010 ; Soto, 2017 ; Vitinius et al., 2018). Dans le domaine de l'orthophonie des études soutiennent qu'une solide alliance thérapeutique améliore la prise en soin du patient (Lawton & Haddock, 2018 ; Plexico et al., 2010 ; Sønsterud et al., 2019) mais aucune n'explore les facteurs participant à la constitution de cette alliance chez les étudiants en orthophonie. L'objectif principal de cette étude consiste à explorer, chez les étudiants en second cycle d'orthophonie, l'existence d'une relation entre leur empathie et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient. Deux objectifs secondaires sont poursuivis afin de caractériser la variation de ces construits durant les deux dernières années de formation académique, lorsque les étudiants réalisent des stages cliniques. Cette étude a pour ambition de participer activement à la recherche scientifique. Elle permettra de comprendre si les résultats objectivés dans les domaines de la psychothérapie et de la médecine peuvent être étendus à l'orthophonie.

Tout d'abord, une revue de la littérature exposera le cadre historique, les données actuelles concernant l'empathie et de l'alliance thérapeutique ainsi que leur importance dans la relation de soins et dans la formation des étudiants. Puis, la méthodologie de l'étude et l'analyse des résultats seront présentées. Enfin, la discussion, les limites et perspectives de l'étude seront exposées.

PARTIE THÉORIQUE

1. L'empathie

1.1. Conception de l'empathie et évolution des définitions

1.1.1. Origine du terme

Le terme d'empathie est d'abord utilisé dans une vision d'esthétique. Il vient de l'allemand "Einfühlung" énoncé par Vischer en 1873 (cité dans Hojat et al., 2001). Ce philosophe l'emploie pour évoquer les sentiments d'un sujet à partir d'une œuvre d'art et ne l'envisage pas comme une dimension interpersonnelle. Par la suite, Lipps (1903, cité dans Jeffrey, 2016b) transpose ce nom de l'esthétique à la psychologie en évoquant un processus de résonance intérieure où le sujet est en capacité d'accéder aux états émotionnels et mentaux d'un autre individu. Il explique ce fait par une contagion émotionnelle qui s'installe et permet de ressentir les mêmes émotions qu'autrui. Freud, en 1905, rejoint cette idée en concevant l'"Einfühlung" comme la capacité à se mettre à la place de l'autre (cité dans Hojat, 2007). Puis c'est en 1909, avec Titchener, que le néologisme anglo-saxon "empathy" apparaît. Il correspond à la traduction du terme "Einfühlung" (cité dans Jeffrey, 2016b).

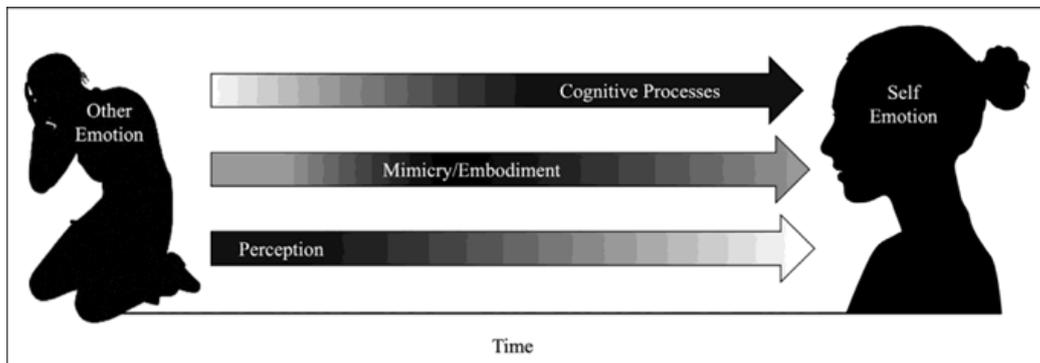
1.1.2. Expansion du concept grâce à la théorie humaniste

La notion d'empathie émerge largement avec la thérapie centrée sur le patient, initiée par Rogers (1957), qui place l'empathie au cœur du suivi psychothérapeutique. Selon lui, un thérapeute empathique est capable de comprendre les émotions de son patient sans les mêler à ses propres sentiments. Cette attitude permet au professionnel de s'ajuster de manière congruente au discours et à l'état psychique du patient afin que ce dernier se sente compris. Rogers explique que cette compréhension empathique, associée à un fort degré d'authenticité du thérapeute et à un regard positif inconditionnel, participe à opérer un changement thérapeutique. Cette théorie humaniste prédomine encore à ce jour (DiLollo & Favreau, 2010). Elle a contribué à la diffusion et à l'intégration du concept d'empathie dans le domaine de la clinique et des soins portés aux patients (Ratka, 2018).

1.1.3. Empathie et preuves neurales

L'étude de l'empathie sous un angle neuroscientifique suscite un intérêt grandissant dans la recherche. De récents travaux permettent d'éclaircir la notion d'empathie grâce à l'apport de nouvelles théories concernant les processus fondamentaux qui la constitue (Elliott

et al., 2011). De ce point de vue, l'empathie serait associée à un réseau en grande partie cortical (Decety, 2010 ; Delbrouck, 2016 ; Thompson et al., 2019). Thompson et collaborateurs (2019) proposent de concevoir l'empathie comme une résultante mettant en jeu trois processus distincts de régulation émotionnelle. Ceux-ci interviennent à des temporalités différentes et peuvent fonctionner de manière conjointe (Figure 1).



Légende : *cognitive processes* : processus cognitifs, *mimicry/ embodiment* : mimétisme/incarnation, *other emotion* : autre émotion, *perception* : perception, *self emotion* : émotion personnelle, *time* : temps.

Figure 1. Les processus constitutifs de l'empathie (d'après Thompson et al., 2019)

Ainsi, face à un stimulus émotionnel venant d'un autre individu, les processus initiaux sont d'ordre perceptif. Ceux-ci permettent à l'observateur de détecter les états émotionnels de son interlocuteur notamment par l'intermédiaire des indices faciaux (Thompson et al., 2019). Ces processus perceptifs sont sous-tendus par l'activation de connexions cérébrales complexes, particulièrement au niveau cortical, qui concernent une partie du système limbique impliqué dans l'évaluation et la régulation des émotions (Decety, 2010). Ces connexions reliant notamment le tronc cérébral, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur, le cortex orbito-frontal, l'insula antérieure et l'aire motrice supplémentaire, fonctionnent de manière interactive dans le traitement des émotions (Decety, 2015 ; Delbrouck, 2016 ; Thompson et al., 2019).

Ensuite, viennent les mécanismes automatiques impliquant un mimétisme chez l'observateur. Ils permettent d'entrer en résonance spontanément avec les états émotionnels de l'interlocuteur. Ces processus de mimétisme sont associés à des réseaux de neurones miroirs (Thompson et al., 2019). Ceux-ci sont activés lors de l'observation ou lors de la réalisation d'un comportement identique par rapport à un autre individu (Mathon, 2015). Ce système cérébral est à l'origine de l'empathie émotionnelle selon Narme et collaborateurs

(2010). Toutefois, Decety (2010) nuance cette vision des neurones miroirs impliqués dans l'empathie qui lui semble superficielle. Il explique qu'il n'y a pas de régions cérébrales spécifiques au réseau des neurones miroirs. En effet, le gyrus frontal qui est particulièrement activé lors de ce processus, est aussi impliqué dans d'autres processus cognitifs comme le contrôle de l'inhibition ou l'attention sélective.

Puis, ce sont les processus cognitifs qui interviennent. Ce traitement est considéré comme plus complexe que les deux précédents car il n'est pas automatique mais déductif. Il implique un contrôle cognitif nécessitant d'inhiber sa propre perspective afin d'adopter la vision de l'autre et de déduire ses états émotionnels (Thompson et al., 2019). Ces auteurs précisent que ces processus cognitifs, bien que fins, interagissent souvent avec les processus de mimétisme si les signaux émotionnels de l'autre ont été identifiés. Ces mécanismes sont rattachés au concept de la théorie de l'esprit (Decety, 2010). Cette dernière permet d'anticiper les actions et intentions de l'autre (Georgieff, 2005). Elle renvoie aussi à une capacité de métacognition, c'est-à-dire être capable de se faire une représentation affective et cognitive des états mentaux de l'autre, de les comprendre et de distinguer ces états mentaux par rapport à soi (Duval, 2011).

1.2. Un concept multidimensionnel complexe

1.2.1. Les composantes de l'empathie

L'empathie est souvent définie à travers une dichotomie de ses composantes : cognitive et affective (Elliott et al., 2011 ; Ratka, 2018). La composante affective se réfère à une expérience subjective suscitant des sentiments et sensations face à un stimulus (Cuff et al., 2016) qui est figuré par l'émotion d'une autre personne (Ratka, 2018). L'empathie cognitive, quant à elle, renvoie à la capacité d'identifier et de comprendre les émotions de l'autre à partir d'une position objective (Ratka, 2018). Elle implique diverses dimensions telles que la prise de perspective, l'inhibition ou la régulation (Narme et al., 2010). Selon Jeffrey (2016b) c'est bien cette exigence cognitive qui différencie l'empathie d'autres concepts connexes que sont la compassion et la sympathie.

Certains théoriciens comme Hojat et collaborateurs (2002) ont tendance à réduire l'empathie à son seul attribut cognitif. Ils relient l'aspect affectif au concept de sympathie signifiant souffrir avec la personne (Hojat, 2007) afin d'obtenir une définition plus ciblée de l'empathie dans le contexte des soins aux patients (Hojat et al., 2017). Néanmoins, Jeffrey

(2016b) soulève les limites de cette théorie qui, selon lui, génère une vision étroite de l'empathie en médecine.

La distinction des composantes de l'empathie est remise en question par d'autres chercheurs qui rejettent cette dualité entre empathie cognitive et empathie affective (Cuff et al., 2016 ; Eklund & Meranius, 2021). En effet, Cuff et collaborateurs (2016) expliquent qu'une absence d'interaction entre ces deux composantes ne semble pas en accord avec une vision large du concept d'empathie. Jeffrey (2016a) suggère en ce sens que « l'équilibre des éléments particuliers du concept variera dans différents contextes cliniques, donnant lieu à de multiples formes d'empathie » (p.144). Il semble donc pertinent de conceptualiser l'empathie en englobant toutes les caractéristiques qui la constitue.

Une nouvelle définition de l'empathie, dans une dimension dynamique, semble faire consensus. À la suite de leur revue de littérature, Eklund et Meranius (2021) distinguent quatre thématiques mises en avant dans la majorité des conceptualisations de l'empathie. Ainsi, « l'empathie consiste à comprendre, à ressentir et à partager ce que ressent quelqu'un d'autre, avec une différenciation entre soi et l'autre » (p.306). L'enjeu pour le thérapeute est de trouver un juste équilibre entre se laisser submerger par les émotions et être totalement détaché des préoccupations du patient. Ajoutée à la conscience de soi, cette qualité empathique est nécessaire aux cliniciens pour s'assurer une protection relative à la contagion émotionnelle, et ce, tout en respectant l'autonomie du patient (Jeffrey, 2016a).

1.2.2. Différenciation de l'empathie avec des concepts connexes

La relation aux patients ainsi que la conception même du métier de soignant reposent sur la façon dont les professionnels définissent l'empathie (Jeffrey, 2016a). Or, il s'avère que ce concept est étroitement lié à la compassion et à la sympathie (Sinclair et al., 2017). Il est donc fréquent que ces trois termes soient utilisés de manière interchangeable, ce qui amène à une large confusion. En effet, dans de nombreuses études, la distinction entre empathie, sympathie et compassion n'est pas toujours bien établie (Jeffrey, 2016b). Certains auteurs considèrent la compassion comme une résultante du processus empathique (Elliott et al., 2011) ou attribuent la composante émotionnelle de l'empathie à la sympathie (Hojat 2002 ; 2007). Ce manque de clarté théorique impacte l'enseignement médical et la pratique clinique (Jeffrey, 2016b). Un éclaircissement quant aux caractéristiques différentielles de ces notions semble donc nécessaire (Cuff et al., 2016).

De manière générale, la sympathie renvoie à un sentiment de solidarité (Jeffrey, 2016b). Le sujet ne prend pas de distance avec la souffrance rencontrée chez une autre personne et éprouve donc les mêmes émotions que l'autre (Berthoz, 2014 ; Danon-Boileau et al., 2014). Du point de vue de patients en cancérologie, la sympathie est comme une réponse déplacée, superficielle, fondée sur la pitié et sans intérêt dans la relation thérapeutique (Sinclair et al., 2017). En effet, les personnes sympathiques adoptent un point de vue égocentré où finalement elles n'essaient pas de comprendre réellement la souffrance de l'autre (Jeffrey, 2016a). Elles sont incapables de répondre de manière adéquate à la souffrance du patient (Sinclair et al., 2017). La sympathie paraît donc inadaptée dans un contexte de soins puisqu'elle constitue un facteur déstabilisant pour le thérapeute et le patient (Hojat, 2007).

Hojat (2007) conçoit la compassion comme un attribut où les aspects cognitif et affectif « sont exprimés modérément » (p.11). D'autres auteurs ne vont pas dans ce sens et insistent sur la prépondérance de la dimension émotionnelle. En effet, Hoad explique que la compassion signifie littéralement "souffrir avec" (1996, cité dans Sinclair, 2017). Elle est générée par des préoccupations plus graves que la sympathie (Jeffrey, 2016b). La compassion s'accompagne souvent d'un désir de soulager la détresse de l'autre mais n'aboutit pas systématiquement à une action d'aide (Jeffrey, 2016b). Des patients en cancérologie réfutent cela en affirmant que la compassion est orientée vers l'action (Sinclair et al. 2017). Dans le domaine des soins aux patients, éprouver de la compassion peut compromettre la relation de soin. Une attitude compassionnelle peut amener à davantage de souffrance émotionnelle et de fatigue professionnelle chez le clinicien. Cela peut altérer sa capacité à interagir avec le patient (Sorenson et al., 2016). L'épuisement compassionnel est retrouvé dans de nombreuses professions de santé. Il représente un enjeu de santé publique en matière de prévention auprès des soignants (Peters, 2018).

Au final, l'empathie, contrairement à la sympathie et à la compassion, n'est pas un concept qui se base uniquement sur une dimension affective. Sa particularité d'être aussi un phénomène cognitif appuie cette différenciation car elle ne se base pas uniquement sur des réponses spontanées et non-réflexives (Jeffrey, 2016a). Ce qui en fait un concept plus développé est qu'elle admet une prise de perspective et suppose une recherche active de la compréhension des émotions de l'autre (Jeffrey, 2016a). L'empathie ne repose pas sur une dimension égocentrée mais sur une dimension objective où la personne est en capacité de différencier son point de vue par rapport à l'autre (Berthoz, 2014 ; Eklund & Meranius, 2021). En ce sens, elle doit être distinguée de la détresse personnelle suscitée par la sympathie

(Jeffrey, 2016b). Cette clarté conceptuelle démontre qu'il est préférable d'utiliser le terme *empathie* dans un contexte de soins aux patients plutôt que *sympathie* ou *compassion* (Jeffrey, 2016a ; Jeffrey, 2016b ; Sinclair et al., 2017). Il apparaît plus pertinent d'évoquer ce terme auprès des étudiants en santé lors de leurs stages cliniques (Benbassat & Baupal, 2004) et au cours de leurs études (Gerbase et al., 2021).

1.3. Empathie chez les thérapeutes et étudiants en santé

1.3.1. Empathie clinique dans le domaine du soin

L'empathie est une composante essentielle à l'efficacité des soins (Ackerman & Hilsenroth, 2003 ; Hojat et al., 2001 ; Lelorain et al., 2013 ; Papageorgiou et al., 2018 ; Ratka, 2018). Elle fait partie des compétences interpersonnelles et non-techniques du soignant qui participent à la qualité de la relation patient-médecin (Hojat et al., 2002). Elle apparaît comme un facteur modérément fort du résultat thérapeutique (Elliot et al., 2011). Cependant, elle doit être perçue comme un processus médiateur plutôt qu'un objectif thérapeutique en soi (Thompson et al., 2019). Un soignant qui se montre empathique, participe à augmenter la satisfaction du patient concernant le suivi thérapeutique engagé et lui apporte un bien-être psychique (Plagnol et al., 2018 ; Plexico et al., 2010). Cette posture empathique est indissociable d'une perspective de soins centrés sur le patient (Ratka, 2018).

Ainsi, être empathique en tant que soignant se traduit par une écoute active du vécu émotionnel du patient et une communication bienveillante (Gaume, 2020). Cette posture du thérapeute peut être perçue par le patient à travers la communication verbale (reformulations, questions ouvertes, encouragements, etc.), para-verbale (intonations spécifiques dans le discours, rythme, etc.), et non verbale (gestes, etc.) (Danon-Boileau et al., 2014 ; Gaume, 2020). Offrir un cadre thérapeutique sécurisant avec un temps de consultation suffisant, durant lequel le patient se sent écouté, est un prédicteur fort de l'empathie clinique (Lelorain et al., 2013).

La stratégie de communication empathique suppose l'instauration d'une relation réciproque. Celle-ci implique une reconnaissance mutuelle de la part du soignant et du patient (Jeffrey, 2016b), chacun reconnaissant les compétences de l'autre et des parcours de vie différents (Tisseron, 2020). Cette considération permet d'instaurer une relation thérapeutique dénuée de rapport hiérarchique, le patient expert étant reconnu, valorisé et impliqué dans sa prise en soin (Jorland, 2006 ; Plagnol et al., 2018).

1.3.2. Empathie et formation en santé

A ce jour, il n'existe pas de consensus quant aux variations du niveau d'empathie clinique durant les études en filière de santé (Akgün et al., 2020). Cependant, la majorité des études relèvent une diminution de l'empathie en fin de formation, lorsque les étudiants sont au cœur de la pratique clinique et évoluent davantage auprès des patients (Akgün et al., 2020 ; Neumann et al., 2011 ; Sherman & Cramer, 2005). Certaines raisons sont évoquées pour expliquer cette tendance, comme l'épuisement compassionnel de l'étudiant, un environnement d'apprentissage inadapté ou bien des expériences de stages courtes qui empêcheraient l'étudiant de nouer des relations de soins de qualité avec les patients rencontrés, etc. Des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'identifier les facteurs précis du déclin de l'empathie chez les étudiants en santé (Neumann et al., 2011). Quoi qu'il en soit, ce constat amène à penser qu'une explicitation du concept d'empathie et de son importance dans le soin est nécessaire (Ratka, 2018).

Il a été démontré que des enseignements spécifiques durant la formation universitaire peuvent améliorer les capacités d'empathie des étudiants (Chen et al., 2008). Hojat (2002) confirme cela puisqu'il considère l'empathie comme une compétence purement apprise. Le point de vue de Benbassat et Baumal (2004) diffère car ils expliquent que seule la phase initiale du processus empathique peut être enseignée aux étudiants en santé, c'est-à-dire la capacité à prendre conscience des états mentaux et préoccupations du patient. Ils expliquent qu'une partie du processus empathique, l'identification des émotions du patient, est liée aux traits de personnalité et à la sensibilité des étudiants. Quant à Ratka (2018), elle affirme que l'empathie, en tant que qualité présente dès le plus jeune âge chez une personne, peut être modulée et renforcée grâce à l'apport d'interventions spécifiques durant la formation en santé. Chen et collaborateurs (2008) affirment cependant que les connaissances théoriques acquises par les étudiants au cours de leur formation clinique ne suffisent pas pour qu'ils se positionnent en tant que futurs professionnels de la santé. Ces dernières sont importantes afin qu'ils développent de solides compétences cliniques. Néanmoins, les étudiants doivent aussi apprendre à adopter une posture empathique envers les patients qu'ils rencontrent durant les stages cliniques.

L'enseignement de l'empathie durant la formation en santé apparaît alors comme un enjeu majeur (Hojat, 2002 ; Gerbase et al., 2021 ; Ratka, 2018). Il semble nécessaire de promouvoir l'empathie durant la formation clinique des étudiants afin que ceux-ci puissent

dispenser des soins de qualité aux patients durant leur carrière (Benbassat & Baupal, 2004 ; Chen et al., 2008), notamment dans le contexte actuel qui tend vers une humanisation des soins médicaux (Kerlan, 2018). En France, dans le cadre de diverses formations de soins en santé, les enseignements dispensés sont des cours magistraux ainsi que des travaux dirigés. Les étudiants alternent ces cours avec des stages cliniques (Gerbase et al., 2021). C'est sous cette modalité d'apprentissage que, depuis peu, l'enseignement de l'empathie a fait son apparition au sein des facultés de médecine françaises afin de développer le savoir-être des étudiants en tant que futurs professionnels de la santé (Bitoun et al, 2020).

1.4. Mesure de l'empathie

1.4.1. Plusieurs méthodes de mesure

Afin de mesurer l'empathie, différentes méthodes d'évaluation peuvent être employées comme l'utilisation de questionnaires auto-administrés, hétéro-administrés (les scores du thérapeute sont croisés avec ceux du patient ou de l'observateur) ou bien remplis par un juge externe. La méthode la plus couramment utilisée pour la mesure de l'empathie est l'auto-évaluation sous forme d'échelle de Likert (Sulzer et al., 2016). Ces échelles se différencient par leur construction, leurs propriétés psychométriques ainsi que la population à laquelle elles sont destinées. Il existe ainsi de nombreux outils comme l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1980 cité dans Hong & Han, 2020), le *Toronto Empathy Questionnaire* (TEQ) développé par Spreng et collaborateurs (2009, cités dans Hong et Han, 2020) ou bien la *Jefferson Scale of Empathy* (JSE) et sa version destinée aux étudiants en médecine la *JSE-Student Version* (JSE-S) mises au point par Hojat et collaborateurs (2001 ; 2002 ; 2015 ; 2018). Ces deux dernières échelles ont un contenu similaire, la formulation des items dans la JSE-S reflétant plutôt une tendance empathique chez les étudiants en médecine tandis que la JSE destinée aux médecins reflète une posture empathique (Hojat et al., 2002).

1.4.2. Solidité de l'outil JSE-S

Plusieurs études ont comparé les différents outils existants pour mesurer l'empathie. La JSE et sa variante destinée aux étudiants apparaissent comme les instruments les plus solides, fiables et valides dans un contexte de soins aux patients de par leurs propriétés psychométriques et leur structure interne (Hojat et al., 2018 ; Hong & Han, 2020 ; Papageorgiou et al., 2018 ; Sulzer et al., 2016 ; Tavakol et al., 2011). La JSE-S est largement utilisée dans le domaine de la recherche pour son efficacité et sa praticité auprès des professionnels et des étudiants de santé (Hong & Han, 2020 ; Sulzer et al., 2016 ; Tavakol et

al., 2011). C'est un outil traduit dans plusieurs langues et répandu à l'international (Hong & Han, 2020). La JSE-S a été utilisée dans de nombreuses études afin d'évaluer l'empathie chez les étudiants en médecine notamment aux États-Unis (Chen et al., 2007), en Inde (Chatterjee et al., 2017), en Angleterre (Papageorgiou et al., 2018) ou encore au Pakistan (Mirani et al., 2019). Même si cet outil est largement reconnu, il comporte une limite majeure puisqu'il ne mesure que l'empathie cognitive énoncée par Hojat et collaborateurs (2001 ; 2002 ; 2015 ; 2018) contrairement à d'autres outils comme le *Consultation and Relational Empathy Measurement* (CARE) qui évalue davantage de dimensions de l'empathie (Mercer et al., 2004 cités dans Hong & Han, 2020).

2. L'alliance thérapeutique

2.1. Contexte historique de la notion

2.1.1. Contribution du courant psychanalytique dans la construction du concept

Les prémices de la relation thérapeutique naissent des travaux de la psychanalyse. Freud est le premier à évoquer la relation qui lie le thérapeute à son patient à travers le processus de transfert et contre-transfert. Ceux-ci sont reliés par un contrat psychologique reposant sur l'égo du patient. La relation thérapeutique est de fait associée au transfert positif basé sur la bienveillance du patient envers son thérapeute (1912, cité dans Mateo, 2012). Dans la continuité de cette théorie, viennent les travaux de Sterba qui introduit le terme "alliance" pour désigner ce lien unissant l'égo du patient et le thérapeute (1934, cité dans Nienhuis, 2014). Au travers de sa théorie centrée sur le patient, Rogers (1951, cité dans Collot, 2011), inclut la responsabilité du thérapeute dans la création et le maintien de cette alliance. Zetzel (1956, citée dans Bioy & Bachelart, 2010) est la première à utiliser l'étiquette d'"alliance thérapeutique" pour définir l'identification du patient avec l'analyste et à affirmer que l'alliance thérapeutique est gage d'efficacité dans toute thérapie.

Ces définitions initiales, incluant seulement un des partenaires de la relation thérapeutique – le patient ou le thérapeute – ne sont plus reconnues dans le contexte actuel où le processus collaboratif prévaut (Collot, 2011). Par ailleurs, il est à spécifier qu'au cours de cette période les contours de cette notion sont délimités. L'alliance thérapeutique, liée à une dimension non-objectivable, est différenciée de l'alliance de travail, définie à l'inverse comme un phénomène conscientisé avec le thérapeute dans le but d'améliorer la thérapie (Greenson, 1965, cité dans Horvath, 2015). Malgré la différenciation de ces notions, celles-ci sont reprises de manière interchangeable par différents chercheurs (Nienhuis, 2014). Dans le

cadre de cette revue de la littérature, le terme employé par le chercheur ou l'équipe de chercheurs cité(e) sera respecté.

2.1.2. Développement de la notion dans un contexte scientifique

À partir de 1976 avec les travaux de Luborsky, l'alliance thérapeutique est analysée dans une dimension interactionniste. L'auteur admet que cette dernière est issue d'un processus dynamique entre le patient et le thérapeute, il scinde cette alliance en deux types. L'alliance de type I implique une relation d'aide proposée par le thérapeute dans la première phase de la thérapie. L'alliance de type II, qui constitue la seconde phase, considère une opposition mutuelle entre le patient et son thérapeute dans le but de lutter contre le problème soulevé par le patient. Les bases posées par le thérapeute dans un premier temps, doivent mener à la poursuite de la thérapie et permettre au patient d'investir sa thérapie. Ils convergent dans un effort commun menant à la finalité du traitement.

Puis, Bordin (1979) évoque une alliance de travail comprenant trois caractéristiques : un accord quant aux objectifs thérapeutiques, une attribution de tâche(s) et le développement de liens entre le patient et le clinicien. Il affirme que ce n'est pas le type de thérapie qui est vecteur d'évolution au cours de la psychothérapie mais plutôt la force de cette alliance. Cette force est engagée par les adaptations respectives du patient et son thérapeute face aux exigences de l'alliance de travail. L'alliance de travail est alors perçue comme un processus majeur de changement au cours de la thérapie. L'apport de ces théoriciens, portant sur la relation particulière patient-clinicien dans la psychothérapie, constitue les fondements de la vision moderne de l'alliance thérapeutique (Soto, 2017).

2.1.3. Enrichissement de la définition

Depuis la fin du XX^{ème} siècle, les recherches sur l'alliance thérapeutique ont continué d'enrichir le concept et ont complété la définition de Bordin (1979). Gaston explique que l'alliance thérapeutique apparaît comme un concept pluriel au vu des nombreuses définitions qui ont été faites par les chercheurs. Elle propose alors d'établir les différentes dimensions de l'alliance qui ont été étudiées, toutes se complétant et « représentant une dimension d'alliance relativement indépendante » (1990, p.145). Celles-ci, au nombre de quatre, se construisent de telle sorte : une « alliance thérapeutique, ou la relation affective du patient avec le thérapeute », une « alliance de travail, ou la capacité du patient à travailler délibérément en thérapie », « la compréhension et l'implication empathique du thérapeute » et enfin « l'accord

entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches ou les traitements » (1990, p.145). Pour compléter cette définition, Gaston propose une triple fonction de l'alliance en psychothérapie. Elle est abordée « comme étant thérapeutique en soi », « comme étant une condition préalable à l'efficacité des interventions des thérapeutes » et « comme une interaction avec divers types d'interventions des thérapeutes, exploratoires ou de soutien, pour déterminer le succès d'une psychothérapie » (1990, p.148). De nouvelles définitions de l'alliance thérapeutique incluant explicitement la notion de partenariat apparaissent par la suite (Bioy & Bachelard, 2010). Ce partenariat implique une entente commune. Il met l'accent sur le sentiment réciproque de collaboration éprouvé par le thérapeute et le patient. Tous deux s'engageant dans une vision thérapeutique partagée afin d'atteindre les objectifs fixés (Bachelor, 2011).

2.2. L'alliance thérapeutique dans un contexte de prise en soin

2.2.1. Facteur d'efficacité et de réussite du traitement

Grâce à l'apport de ces recherches, l'alliance thérapeutique apparaît comme un élément central et indissociable à l'engagement d'une thérapie (Constantino et al., 2020 ; Ebert & Konert, 2010 ; Plexico et al., 2010). Celle-ci constitue un vecteur de changement thérapeutique et est le facteur commun principal qui participe à l'efficacité d'une thérapie (Baier et al., 2020 ; Flückiger et al., 2018). À ce sujet, Plexico et collaborateurs (2010) ajoutent qu'une prise en soin est perçue comme efficace par le patient à partir du moment où celui-ci se sent compris et accepté par le professionnel de santé notamment grâce à l'instauration d'une alliance thérapeutique. Former cette alliance avec le patient, serait alors de s'assurer que ce dernier s'engage dans le suivi et devienne acteur de la prise en soin. Il est à considérer que d'autres études nuancent ces propos en expliquant que cette alliance ne participe pas à elle seule au succès d'une thérapie (Bourget & Le Corre, 2012).

2.2.2. Un concept dynamique

Mateo (2015) estime que dans la pratique clinique, l'alliance thérapeutique naît d'une relation patient-thérapeute où chacun interagit et apprend à se faire confiance dans le but de poursuivre le projet thérapeutique. Plusieurs auteurs (Delbrouck, 2016 ; Gaume, 2020 ; Jorland, 2006 ; Manoukian & Massebeuf, 2008) soulignent que la relation patient-thérapeute est avant tout une rencontre entre deux individus qui ont chacun leur histoire personnelle, leurs expériences et leurs attentes de la thérapie. Ce sont leurs interactions au fil des

rencontres qui permettent de poser les bases de cette alliance. Afin d'établir une alliance thérapeutique de qualité, il est nécessaire pour le patient et le thérapeute de passer d'une phase simplement relationnelle à une phase collaborative (Cungi, 2011). D'autres définitions de l'alliance thérapeutique s'accordent en évoquant une notion de collaboration entre le thérapeute et le patient (Bioy & Bachelart, 2010 ; Braconnier, 2003) sur les objectifs de la prise soin (Bachelor, 2011 ; Plexico et al., 2010 ; Wampold, 2001). Ces rapports intersubjectifs amènent à une vision mouvante de l'alliance tout au long d'une thérapie (Doran, 2014). Luborsky (1976) souligne l'aspect dynamique de ce concept. Bordin (1979), dans une même vision, explique que l'alliance thérapeutique est efficace dès lors que le patient et le thérapeute arrivent tous deux à gérer les ruptures, les tensions et à restaurer une alliance thérapeutique saine. Ainsi, ces études suggèrent que l'alliance est associée à un ajustement constant entre le thérapeute et le patient au cours de la thérapie (Gaston, 1990 ; Soto, 2017 ; Wampold 2001).

2.2.3. Influence mutuelle entre le thérapeute et son patient

L'alliance thérapeutique est constituée de plusieurs éléments clés que sont « la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer et se laisser influencer » (Braconnier, 2003, p.22). Selon lui, d'autres facteurs supplémentaires entrent en jeu comme les caractéristiques spécifiques du patient et du thérapeute (personnalité, estime de soi, etc.), leurs échanges intersubjectifs et le style de pratique clinique mis en place par le thérapeute. Certains auteurs (Lalau et al., 2012 ; Manoukian & Massebeuf, 2008) soulignent que cette relation thérapeutique se fonde sur l'instauration d'un lien de confiance unissant le thérapeute et le patient. C'est finalement sur cet aspect de la relation soignant-soigné que l'on peut espérer instaurer une alliance thérapeutique de qualité associant certaines règles comme « la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement » (Manoukian & Massebeuf, 2008, p.56). Par ailleurs, Despland et collaborateurs (2000) expliquent que la communication non verbale et des signaux d'engagement affectifs sont à prendre en compte dans cette relation. D'après eux, ce ne sont pas la personnalité et les caractéristiques intrinsèques en elles-mêmes du patient et du thérapeute qui influencent l'alliance thérapeutique, mais plutôt la facilité qu'ils ont à se coordonner tous deux au cours de la thérapie.

2.3. Dans le domaine de l'orthophonie

2.3.1. Importance de l'alliance thérapeutique en orthophonie

L'alliance thérapeutique est considérée comme essentielle dans le domaine de l'orthophonie. Plusieurs études prouvent que la formation d'une alliance thérapeutique solide a des effets positifs dans la prise en soin de patients qui bégaiement (Plexico et al., 2010 ; Sønsterud et al., 2019) ou souffrant d'aphasie (Lawton & Haddock, 2018). L'alliance thérapeutique se réfère à une collaboration active où l'orthophoniste et le patient interagissent et co-construisent le projet thérapeutique. Chacun tient un rôle bien distinct : « l'orthophoniste occupant celui de l'expert des troubles de la communication alors que le patient est l'expert de sa propre vie et, en conséquence, le mieux placé pour identifier et signifier ses besoins. » (Sylvestre & Gobeil, 2018, p.16). Dans le domaine de l'orthophonie, « construire l'alliance thérapeutique reste la condition nécessaire et indispensable au soin [...] afin de s'engager dans le langage commun quelle que soit l'étiologie des troubles » (Jaffredo, 2016, p.188).

2.3.2. Des recherches encore limitées concernant les étudiants en orthophonie

Les recherches portant sur l'analyse de l'alliance thérapeutique appliquée aux étudiants en orthophonie demeurent limitées. Dernièrement, Riotte (2020) indique que la première rencontre entre un stagiaire en orthophonie et un patient présentant un trouble spécifique des apprentissages, paraît décisive afin de poser les bases d'une alliance thérapeutique. Par ailleurs, Croft et Watson (2019) estiment que la garantie de cette alliance formée entre un étudiant en orthophonie et un patient qui bégaiement repose sur un processus de collaboration lors des séances. Ces résultats qui rapportent un accord commun sur les objectifs de prise en soin rejoignent finalement la théorie exposée par Bordin (1979). En outre, une étude portant sur l'alliance thérapeutique et le sentiment d'auto-efficacité a été menée chez les étudiants en orthophonie (Cassidy, 2013), mais aucune étude à ce jour n'a été réalisée afin de comprendre la relation entre leur capacité à construire une alliance thérapeutique et leur empathie.

2.4. Mesure de l'alliance thérapeutique

2.4.1. Plusieurs méthodes de mesure

La force et la qualité d'une alliance thérapeutique peuvent être quantifiées à l'aide d'échelles psychométriques. Celles-ci peuvent concerner différentes dimensions et être remplies selon le point de vue du thérapeute, du patient et/ou d'un juge externe (Rodgers et

al., 2010). Plusieurs échelles de mesure traduites et validées en français sont recensées dont la *Helping Alliance Questionnaire Method II* (Haq-II) de Luborsky et collaborateurs (1996, cités dans Rodgers et al., 2010), la *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) mise au point par Gaston et Marmar (1991, cités dans Rodgers et al., 2010), le *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath et Greenberg (1989) et le *Working Alliance Inventory – Short Revised* (WAI-SR) de Hatcher et Gyllapsy (2006), plus synthétique dans sa structure, qui se base sur le WAI. Parmi tous ces outils, ce sont le WAI et le WAI-SR qui admettent « la plus grande base empirique et sont les mesures les plus utilisées de l'alliance de travail » (Doran, 2014, p.2).

2.4.2. Solidité de l'outil WAI-SR

Le WAI-SR s'avère plus pertinent que le WAI de par ses qualités psychométriques puisqu'il différencie mieux les dimensions « objectif », « tâche » et « lien » de l'alliance de travail proposées par Bordin (1979) notamment les items en lien avec « objectif » (Munder, 2010). Une partie des sous-échelles et le score total de l'échelle présentent une très bonne cohérence interne (Munder et al., 2010). De plus, Munder et collaborateurs (2010) objectivent que l'outil présente une bonne validité convergente avec d'autres échelles de mesure de l'alliance telles la CALPAS ou le Haq-II. Le WAI-SR est considéré comme reproductible et généralisable à d'autres populations notamment dans le domaine de l'orthophonie (Sønsterud et al., 2019). Il a récemment été adapté en français à l'aide d'une traduction aller-retour par un consensus d'experts (Bottemine, 2017). L'outil francophone est aussi adapté à la pratique orthophonique, la validité interne de cette version a été vérifiée et elle est correcte pour le score total ainsi que les scores d'« objectif » et « tâche » et non recevable pour « lien » (Riotte, 2020). Cependant, bien que le WAI-SR soit un outil pertinent pour la mesure de l'alliance thérapeutique, il présente une limite majeure. Doran (2014) explique que tout un champ de la relation thérapeutique n'apparaît pas dans cet outil. En effet, les désaccords et/ou tensions qui sont parfois présents entre un thérapeute et le patient ne sont jamais évoqués au sein des items qui constituent le WAI-SR.

3. Enjeux thérapeutiques

3.1. Une formation des étudiants en orthophonie qui répond aux enjeux de santé

Dans le cas de la filière orthophonique tout particulièrement, des changements du contenu de la formation ont été apportés afin de répondre aux nouveaux « défis sociétaux et besoins des populations » (Witko, 2018, p.14). Depuis la mise en place d'une formation de

grade master en cinq ans, une maquette en deux cycles avec de nouveaux contenus d'enseignements est apparue et un nouveau référentiel de formation des orthophonistes a été créé (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013). Ainsi, de nouveaux contenus d'enseignements, comme le Module 4 «Orthophonie : la profession », ont été conçus. Ce dernier comprend des unités d'enseignement (UE) qui sont proposées aux étudiants tout au long de leur formation initiale. Les enseignements de ce module permettent d'aborder différents concepts inhérents à la relation thérapeutique dans le cadre d'une prise en soin en orthophonie.

Ces UE présentent différents objectifs et contenus, en voici quelques exemples :

- UE 4.1 Connaissance et historique de la profession, cadres actuels et exercice professionnel de l'orthophonie : *compréhension et assimilation des concepts d'éthique et de déontologie, etc.*
- UE 4.2 Bilan et évaluation en orthophonie : *compréhension et assimilation du concept d'alliance thérapeutique, etc.*
- UE 4.3 Démarche clinique et intervention orthophonique : *élaborer une réflexion sur les spécificités de la relation thérapeutique en orthophonie, comprendre la part essentielle du positionnement relationnel dans la pratique clinique orthophonique, etc.*
- UE 4.4 Éducation thérapeutique du patient en orthophonie : *situer l'orthophonie dans un programme d'éducation thérapeutique et les objectifs d'amélioration de la qualité de vie du patient, etc.*
- UE 4.5 La relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique : *notions théoriques de relation thérapeutique dans le cadre de l'intervention orthophonique, élaboration d'une réflexion sur la relation thérapeutique en orthophonie, etc.*

Par ailleurs, en dehors des cours magistraux et des travaux dirigés au cours desquels les enjeux relationnels de la pratique orthophonique sont évoqués et discutés, les étudiants en second cycle d'orthophonie (master 1 et master 2) sont amenés à réaliser des stages cliniques : 350 heures de stages en master 1 et 400 heures en master 2 selon le référentiel de formation des orthophonistes (2013). Au cours de ces stages cliniques, les étudiants s'exercent à adopter une posture (pré-) professionnelle sous la supervision du maître de stage. Cela leur permet d'acquérir une certaine autonomie dans leur pratique clinique et de développer leur savoir-être auprès des patients. De plus, ils doivent réaliser « au moins un stage clinique long réparti sur 2

semestres consécutifs sur le même lieu de stage permettant un suivi régulier des patients et une vision globale de la démarche thérapeutique en orthophonie » d'après le cahier des charges des stages en orthophonie (2013, p.1).

3.2. Un équilibre à trouver entre le relationnel et la technicité

3.2.1. Constitution d'un savoir-être en tant que thérapeute

Se situer et s'ancrer dans une relation avec le patient au-delà du savoir théorique que s'est constitué l'orthophoniste fait partie de la pratique du soin et représente un enjeu éthique (Kerlan 2016 ; Kerlan 2018). Au fil de ses expériences, le thérapeute se constitue un savoir-être et un savoir-faire qui représentent sa pratique professionnelle et lui forgent une « identité » dans le soin (Marmilloud, 2019). Ce savoir-être du thérapeute, porté par l'approche humaniste (Rogers, 1957), est fondamental dans la relation avec le patient (Ebert & Kohnert, 2010 ; Estienne, 2004 ; Gaume, 2020 ; Plagnol, 2018). Ainsi, des aptitudes présentes chez le thérapeute comme l'écoute active centrée sur le patient (DiLollo & Favreau, 2010 ; Gaume, 2020), l'empathie (Elliott et al., 2011 ; Eklund & Meranius, 2021) ou encore l'authenticité (Cungi, 2011 ; Delbrouck, 2016) sont reconnues comme renforçant un suivi thérapeutique engagé avec un patient. Celles-ci permettent d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement, sa satisfaction du suivi engagé et sa satisfaction des résultats du traitement (Ratka, 2018).

3.2.2. Un savoir-être qui prévaut dans la relation soignant-soigné

Les preuves empiriques suggèrent que cet aspect relationnel dans le cadre du soin est plus robuste que les interventions techniques et spécifiques proposées par un thérapeute pour expliquer la réussite d'un traitement (Ackerman & Hilsenroth, 2003 ; Degeorge, 2008 ; Flückiger et al., 2018). Wampold (2001) estime que l'alliance thérapeutique et l'empathie, en tant qu'éléments inhérents à la relation thérapeutique, sont plus significatives que le niveau d'expertise du thérapeute. Au final, ce dernier joue un rôle prépondérant dans la relation thérapeutique car son statut de personne dispensant le soin et sa posture empathique (Ackerman & Hilsenroth, 2003) intéressent davantage que sa technicité professionnelle (Manoukian & Massebeuf, 2008). De plus, certaines études expliquent qu'il n'y a pas de différence significative du niveau d'alliance thérapeutique selon les techniques et/ou théories utilisées par les thérapeutes (Collot, 2011 ; Horvath & Symonds, 1991).

3.2.3. Un savoir-être qui intervient en complémentarité du savoir et savoir-faire

L'aspect relationnel est important et reconnu mais, seul, il ne suffit pas à la réussite d'un suivi thérapeutique. Les connaissances et compétences techniques de l'orthophoniste (Plexico et al., 2010), des médecins (Jeffrey, 2016b) ou des psychothérapeutes (Collot, 2011) concernant les pathologies des patients sont aussi nécessaires au succès thérapeutique. Elles sont notamment indispensables pour « formuler des hypothèses diagnostiques » (Mino & Lefève, 2018, p.156). À ce propos, Cungi (2011) ajoute que ce sont les aptitudes professionnelles qui permettent au thérapeute de mieux percevoir les besoins du patient dans la prise en soin. Ces compétences sont utiles pour définir un projet thérapeutique adapté à la singularité de chaque patient, en ce sens elles développent l'empathie. Les qualités relationnelles doivent être appréhendées comme complétant les connaissances objectives des praticiens (Delbrouck, 2016 ; Kerlan, 2018). Pour le professionnel de santé, l'enjeu est donc de trouver un équilibre entre une approche technique et une approche plus large et humanisante portant sur les besoins du patient (Gaume, 2020 ; Jeffrey, 2016b ; Mino & Lefève, 2018 ; Plagnol et al., 2018).

3.3. Association de ces concepts dans le cadre thérapeutique

Comme il a été expliqué précédemment, l'empathie chez les professionnels en psychothérapie et en santé est considérée comme un bon prédicteur du succès thérapeutique (Degeorge, 2008 ; Rodgers et al., 2010 ; Vitinius et al., 2018). Plusieurs recherches et méta-analyses s'accordent sur le fait que l'empathie des thérapeutes participe, en tant que médiateur, à la formation d'une alliance thérapeutique avec le patient (Elliott et al, 2011; Leonard et al. 2018 ; Soto, 2017). Cette alliance est d'autant plus forte que l'empathie du thérapeute est élevée (Soto, 2017). Sans une attitude empathique du thérapeute, l'alliance thérapeutique avec le patient ne peut s'installer durablement (Cungi, 2011 ; Delbrouck, 2016). Feller et Cottone (2003) rejoignent cette idée en expliquant que l'alliance thérapeutique repose sur le concept d'empathie. Dans une revue méta-analytique, Nienhuis (2014) étudie l'alliance thérapeutique et l'empathie en psychothérapie. Il en ressort que toutes deux font partie intégrante de la relation thérapeutique.

4. Problématiques et hypothèses

Au vu des données de la littérature exposées précédemment, il ressort un intérêt majeur concernant l'étude de l'empathie et de l'alliance thérapeutique dans la relation soignant-soigné. Le métier d'orthophoniste, dont le relationnel en constitue le cœur, est

d'autant plus concerné par cet enjeu de soins de qualité. Il paraît donc pertinent de se questionner sur le savoir-être des étudiants en orthophonie français. En particulier lorsque ceux-ci sont amenés à participer activement aux suivis des patients durant les stages cliniques. Ce mémoire poursuivra trois objectifs :

Objectif principal :

- Analyser, sur la base d'outils auto-administrés, l'existence d'une relation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en second cycle de la formation en orthophonie.

Objectifs secondaires :

- Analyser, sur la base d'outils auto-administrés, l'existence d'une variation de la capacité à établir une alliance thérapeutique au cours du second cycle de la formation en orthophonie.
- Analyser, sur la base d'outils auto-administrés, l'existence d'une variation de l'empathie au cours du second cycle de la formation en orthophonie.

4.1.Problématiques

Les problématiques de recherche sont donc les suivantes :

- Une relation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique existe-elle chez les étudiants en second cycle d'orthophonie ?
- Comment varie la capacité des étudiants à former une alliance thérapeutique avec un patient au cours du master ?
- Comment varie l'empathie des étudiants au cours du master ?

4.2.Hypothèses

Il est supposé que les stages cliniques favorisent le développement de la relation étudiant en orthophonie-patient. Afin de répondre à ces problématiques, trois hypothèses sont formulées :

- 1) L'empathie et l'alliance thérapeutique sont corrélées positivement chez les étudiants en second cycle d'orthophonie.
- 2) Les étudiants en master 2 présentent de meilleures capacités que les étudiants en master 1 à former une alliance thérapeutique avec un patient.
- 3) Les étudiants en master 2 présentent un niveau d'empathie plus élevé que les étudiants en master 1.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Population

Critères d'inclusion :

Cette étude s'est adressée à 1608 personnes : 829 étudiants inscrits en master 2 d'orthophonie pour l'année 2021-2022 et 779 orthophonistes diplômés en 2021. Un décalage quant à l'expérience des participants a été demandé avant qu'ils remplissent les échelles présentes au sein du questionnaire. En effet, afin d'obtenir des résultats les plus représentatifs et pertinents possible, les étudiants de master 2 en 2021-2022 ont dû répondre en se basant sur leur expérience de stage en master 1 et les néo-diplômés en 2021 en se basant sur leur expérience de stage en master 2 (Tableau 1). Ceci, en raison de la diffusion précoce du questionnaire (dès octobre 2021). Par ailleurs, il a été décidé de prendre en compte uniquement les réponses des participants ayant complété dûment le questionnaire.

Tableau 1 : Population considérée pour l'étude

<u>Population réelle pour l'année 2021-2022</u>		<u>Population considérée pour l'étude</u>
Étudiants en master 2	→	Étudiants en master 1
Orthophonistes diplômés en 2021	→	Étudiants en master 2

Critère d'exclusion :

Il a concerné tout participant ne donnant pas son consentement éclairé au début du questionnaire, souhaitant se retirer de l'étude ou ayant rempli le questionnaire de façon incomplète.

2. Procédure

2.1. Éthique : consentement et anonymat

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme LimeSurvey de l'Université de Nantes afin de respecter la Réglementation Générale de Protection des Données (CNIL, 2018). Selon les principes de la déclaration d'Helsinki (1964) amendée ultérieurement (2013), le questionnaire proposé aux participants a requis un consentement libre et éclairé avant d'être complété. Les informations suivantes ont été expliquées sur la page d'accueil du

questionnaire : la participation anonyme, le recueil confidentiel des données et l'utilisation de ces données dans le strict cadre de l'enquête.

2.2. Diffusion du questionnaire et recrutement des participants

L'enquête a été conçue sous forme de questionnaire afin d'obtenir un maximum de réponses (Hong et Han, 2020). Ce questionnaire s'est inscrit dans une étude transversale plus large. Il a été reporté au sein d'une enquête commune en lien avec le projet de recherche de Floriane Ardellier destiné aux orthophonistes en exercice. Cela a permis d'en optimiser sa diffusion. Des données supplémentaires ont été demandées aux participants (année d'obtention du diplôme) afin de trier les cohortes respectives (Annexe 1). Avant sa diffusion, l'enquête commune a bénéficié d'une phase de pré-test auprès de 20 personnes (10 orthophonistes et 10 étudiants en orthophonie). Grâce aux retours obtenus suite à leur relecture, des ajustements au sein questionnaire ont été effectués. Le recrutement de la population a été réalisé par l'intermédiaire des réseaux sociaux (sur des groupes Facebook recensant des étudiants en orthophonie et des orthophonistes comme *Ortho-Infos*, *Mémoires en Orthophonie*, *Orthophonistes France*, *Orthophonistes Pays de la Loire*, etc.) et par l'intermédiaire des associations locales des 19 CFUO concernés qui ont accepté de diffuser l'enquête sur les groupes inter-promotionnels ou par mail. Une affiche réalisée par la graphiste ALLDee a accompagné le message de diffusion (Annexe 2). Les participants ont été invités à répondre au questionnaire entre le 15 octobre 2021 et le 31 janvier 2022.

3. Outils

Le questionnaire a été constitué de deux outils auto-administrés que sont la JSE-S et le WAI-SR ainsi que d'items sociodémographiques afin de définir avec plus de précision le profil des répondants (année d'obtention du diplôme, âge, genre, etc.). Des items supplémentaires en lien avec le WAI-SR ont été inclus en fin de questionnaire. Ceci dans le but de comprendre à quel profil de patient les participants ont pensé en remplissant cette échelle (lieu de suivi de la prise en soin orthophonique, pathologie du patient suivi, âge du patient, modalité de la prise de soin) (Annexe 3).

3.1. JSE-S

3.1.1. Propriétés de l'échelle

L'outil qui a été utilisé pour mesurer l'empathie chez les étudiants en orthophonie est la JSE-S. C'est un outil psychométrique constitué de 20 items cotés par une échelle de Likert

à 7 points allant de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord ». Plus le score final obtenu est élevé, plus une orientation empathique est indiquée. Les items 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19 sont cotés de manière inversée (Hojat et al., 2001).

À la suite d'une analyse factorielle, Hojat et collaborateurs (2018) confirment que la JSE-S présente une structure à trois facteurs que sont : prise de perspective (« *perspective taking* » pour les items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20 ; soins compassionnels (« *compassionate care* ») pour les items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 et le fait de se mettre à la place du patient (« *walking in patient shoes* ») pour les items 3 et 6. L'échelle JSE-S présente une forte cohérence interne (coefficient α de Cronbach de 0,82).

3.1.2. Adaptation libre de l'outil dans le cadre de l'étude

La JSE-S utilisée dans cette étude conserve la même construction que la JSE-S validée en français pour les étudiants en médecine (Bitoun et al., 2020 ; Gerbase et al., 2021), à la différence que certains mots ont été modifiés librement afin de s'adapter à la population des étudiants en orthophonie (Annexe 4).

3.2. WAI-SR

3.2.1. Propriétés de l'échelle

Pour mesurer l'alliance thérapeutique entre un étudiant en orthophonie et un patient suivi lors d'un stage clinique, le WAI-SR a été retenu. Cet outil psychométrique comprend une version thérapeute composée de 10 items et une version patient composée de 12 items. Pour cette étude, seule la version thérapeute a été utilisée. La modalité de réponse du WAI-SR est une échelle de Likert composée de 5 points. Cette dernière va de 1 qui correspond à une réponse équivalant à « jamais » à 5 équivalent à « toujours ».

Suite à une analyse factorielle, Hatcher et Gillaspay (2006) considèrent que le WAI-SR présente une structure à trois facteurs que sont : lien (« *bond* ») pour les items 3, 5, 7, 9 ; tâche (« *task* ») pour les items 1, 2, 10 et objectif (« *goal* ») pour les items 4, 6, 8. L'échelle présente une forte cohérence interne (coefficient α de Cronbach de 0,89).

3.2.2. Adaptation libre de l'outil dans le cadre de l'étude

Dans cette étude, plusieurs modifications ont été apportées à l'outil. D'une part, l'échelle de Likert a été revue au niveau de la signification des items pour éviter un effet de seuil et de plafond : 1 a été renommé « rarement » et 5 a été renommé « presque toujours ».

D'autre part, les consignes du WAI-SR ont été modifiées pour demander aux participants de se baser sur leurs expériences de stage clinique de l'année scolaire précédente. En effet, les participants ont été invités à remplir cette échelle en se référant à un suivi orthophonique de patient auquel ils ont eu l'occasion de participer.

4. Traitement et analyse des données

Des analyses descriptives et inférentielles complétées par des analyses factorielles ont été effectuées à l'aide de différents logiciels d'analyse de données statistiques. Le logiciel Excel a été utilisé pour la construction des bases de données numériques correspondant aux réponses. Le logiciel JASP 0.16.1.0 a été utilisé afin d'effectuer les analyses factorielles confirmatoires, les analyses de la mesure d'invariance structurale, les statistiques descriptives, les analyses corrélationnelles ainsi que les analyses statistiques comparatives.

4.1. Analyses factorielles confirmatoires (CFA)

Avant de pouvoir comparer les différentes sous-populations de l'échantillon, il est indispensable de tester la stabilité du modèle structural de l'instrument de mesure (Alavi et al., 2020 ; Crutzen & Peters, 2015 ; Dimitrov, 2010). Dans le cadre de cette étude, cela concerne celui proposé par Hojat et collaborateurs (2018) pour la JSE-S et celui de Hatcher et Gillapsy (2006) pour le WAI-SR. Pour se faire, la matrice de variance/ covariance reconstituée entre les items à partir d'un modèle structural a été comparée par un test de khi-deux (χ^2) avec la matrice de variance/ covariance calculée entre les items à partir des données expérimentales. Le khi-deux (χ^2) a été corrigé par la méthode des moindres carrés pondérés sur la diagonale (DWLS). Cet ajustement entre la matrice de variance reconstituée par le modèle et celle issue des données a été estimé par l'évaluation conjointe de plusieurs indicateurs d'ajustement mathématique recommandés par les chercheurs : le rapport khi-deux (χ^2) sur le degré de liberté (ddl) (Alavi et al., 2020), l'indice comparatif d'ajustement (CFI), l'indice de Tucker-Lewis (TLI), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA), la valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus (sRMR) (Hu & Bentler, 1999) et l'indice de qualité d'ajustement (GFI) (Hooper et al., 2008). Des valeurs optimales ont été considérées en fonction des recommandations présentes dans la littérature scientifique soient : $>0,9$ pour le CFI, le TLI (Hu & Bentler, 1999) et GFI (Hooper et al., 2008) ; $<0,06$ pour la RSMEA et $<0,08$ pour la sRMR (Hu & Bentler, 1999). Par ailleurs, Cole (1987, cité dans Alavi et al., 2020) préconise un rapport $\chi^2/\text{ddl} \leq 2$.

4.2. Analyse de la mesure d'invariance selon le niveau de master

Enfin, avant de pouvoir comparer les scores moyens et médians des différents groupes, il est nécessaire de vérifier l'invariance de la mesure en réalisant une analyse factorielle confirmatoire multi-groupes (MGCFA). La mesure de l'invariance permet de s'assurer que les concepts des outils présentés dans le cadre de l'étude revêtent la même signification pour tous les participants (Dimitrov, 2010). Ici, la MGCFA a été effectuée en considérant le niveau de master dans le but d'assurer que les deux sous-populations de l'échantillon, que sont les étudiants en master 1 et les étudiants en master 2, comprennent les dimensions latentes des échelles JSE-S et WAI-SR de la même manière.

La MGCFA correspond à trois niveaux d'invariance que sont le niveau configural, le niveau métrique et le niveau scalaire. Chaque niveau testé présente des implications différentes. Ainsi, le niveau configural représente le premier niveau de l'invariance. Il se rapporte à l'identification du modèle base par chaque groupe séparé. Si l'invariance configurale est confirmée, cela signifie que les participants voient la structure du questionnaire de la même façon. Le niveau métrique représente le second niveau de l'invariance et admet des contraintes statistiques supplémentaires via la saturation des items sur leur facteur d'allocation. Il permet de vérifier que les différents groupes comprennent chaque item de la même façon. Enfin, il y a le niveau scalaire qui est le dernier niveau de l'invariance. Il admet davantage de contraintes par rapport au niveau métrique puisqu'à ce stade les intercepts des items sont contraints à être équivalents dans les différents groupes. Ce stade se rapporte au sens des réponses. Autrement dit, il objective si la compréhension de la réponse à chaque item est la même pour tous les participants (Dimitrov, 2010 ; Putnick & Bornstein, 2016).

Afin de valider chaque niveau d'invariance, plusieurs indicateurs d'ajustement ont d'abord été calculés. Ce sont les mêmes que ceux testés dans le cadre de l'analyse factorielle confirmatoire avec les mêmes valeurs seuil associées. Puis, les transitions entre niveaux concaténés ont été testées statistiquement grâce à la caractérisation de ΔCFI et $\Delta RMSEA$. La validation de chaque transition entre les niveaux nécessite des valeurs $<0,01$ pour ΔCFI et $<0,02$ pour $\Delta RMSEA$ (Cheung & Rensvold, 2002).

4.3. Fiabilité des échelles JSE-S et WAI-SR

Pour estimer convenablement la fiabilité des échelles de mesure, l'utilisation seule du coefficient alpha de Cronbach (α) apparaît aujourd'hui comme insuffisante du fait d'une

mauvaise adéquation mathématique. Par conséquent, afin de rendre compte de manière optimale de la cohérence interne des outils, d'autres indices de fiabilité tels que l'oméga de McDonald (ω) et la meilleure borne inférieure (GLB) seront calculés en sus (Crutzen & Peters, 2015 ; Hayes & Coutts, 2020 ; McNeish, 2018) pour l'échantillon total et les deux sous-populations de l'échantillon. Des scores de fiabilité $> 0,7$ pour le coefficient alpha de Cronbach (Taber, 2017) ; $> 0,7$ pour l'oméga de McDonald (Nájera Catalán, 2018) et $> 0,7$ pour la GLB (Chakraborty, 2017) ont été considérés comme acceptables.

4.4. Statistiques descriptives et inférentielles

Les scores d'empathie et d'alliance thérapeutique ont été calculés en considérant l'effectif total ainsi que les deux sous-populations qui le composent. La normalité des distributions des scores aux échelles JSE-S et WAI-SR a été estimée à l'aide du test de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$ indiquant une distribution normale). Comme la distribution des scores n'était pas normale, le test de Mann-Whitney a été utilisé afin de comparer les groupes (un seuil de significativité de $p < 0,05$ a été retenu). Le coefficient de Spearman (ρ) a été calculé afin d'analyser les corrélations entre les échelles JSE-S et WAI-SR (un seuil de significativité de $p < 0,05$ a été retenu).

RÉSULTATS

1. Echantillon de l'étude

Au total, 463 personnes ont répondu à l'étude. Toutefois, en raison de données incomplètes au questionnaire, 186 réponses ont été retirées. Au final, 277 réponses complètes ont été conservées pour les analyses statistiques. Ce taux de réponses complètes représente 17,23% de la population cible. Les effectifs et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon total et des sous-populations sont indiquées dans le Tableau 2. Les participants de l'étude sont majoritairement des femmes (environ 97%) et ont moins de 30 ans (environ 94%).

Tableau 2 : Description de l'échantillon

		M1		M2		Total	
Effectif		174	(62,82%)	103	(37,18%)	277	(100%)
Genre	Féminin	170	(97,70%)	100	(97,09%)	270	(97,47%)
	Masculin	4	(2,30%)	3	(2,91%)	7	(2,53%)
Age	< 25 ans	109	(62,64%)	39	(37,86%)	148	(53,43%)
	25 – 29 ans	54	(31,64%)	59	(57,28%)	113	(40,79%)
	≥ 30 ans	11	(6,32%)	5	4,86%)	16	(5,78%)

Les données correspondent aux profils de répondants (en termes d'effectif, de genre et d'âge).

M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2.

2. Statistiques descriptives et inférentielles

Les scores obtenus aux différents items constituant les échelles JSE-S et WAI-SR ont été calculés pour les groupes d'étudiants en master 1, d'étudiants en master 2 ainsi que pour l'échantillon total. Les résultats sont indiqués dans les Tableaux 3 et 4 présentés ci-dessous. Pour les deux échelles, les distributions des scores obtenus par les différents items ne suivent pas une loi normale ($p < 0,001$).

Les résultats concernant l'échelle JSE-S indiquent que les scores moyens par items sont compris entre 3,51 ($\sigma = 1,22$) et 6,52 ($\sigma = 0,96$) pour l'échantillon total, entre 3,50 ($\sigma = 1,29$) et 6,52 ($\sigma = 0,92$) pour les étudiants en master 1 et entre 3,40 ($\sigma = 1,46$) et 6,54 ($\sigma = 0,86$). Les corrélations entre les items et le reste du score total sont faibles à moyennes.

Pour les items de la dimension « prise de perspective », elles sont comprises entre 0,187 et 0,535. Celles de la dimension « soins compassionnels » se situent entre 0,080 et 0,391. Des scores de corrélations faibles sont retrouvés au sein du facteur « se mettre à la place du patient » ($r_{\text{item-score}}$ des items 3 et 6 respectivement de 0,172 et de 0,142).

Tableau 3 : Description des réponses à l'échelle JSE-S

Item	$r_{\text{item-score}}$ dans (échantillon total ; n = 277)	Score moyen (σ) (échantillon total ; n = 277)	Score moyen (σ) (M1 ; n = 174)	Score moyen (σ) (M2 ; n = 103)
1	0,320	6,24 (1,17)	6,21 (1,20)	6,28 (1,12)
2	0,293	6,29 (0,85)	6,33 (0,81)	6,21 (0,91)
3	0,172	4,42 (1,26)	4,56 (1,26)	4,18 (1,24)
4	0,287	5,90 (1,11)	5,93 (1,13)	5,85 (1,08)
5	0,187	4,83 (1,21)	4,83 (1,21)	4,83 (1,20)
6	0,142	4,27 (1,45)	4,35 (1,45)	4,16 (1,47)
7	0,333	6,51 (0,83)	6,49 (0,81)	6,54 (0,86)
8	0,267	6,01 (1,24)	6,01 (1,28)	6,02 (1,19)
9	0,399	4,44 (1,47)	4,56 (1,47)	4,24 (1,45)
10	0,302	5,48 (1,09)	5,45 (1,16)	5,53 (0,98)
11	0,336	5,57 (1,00)	5,57 (1,02)	5,56 (0,99)
12	0,391	6,37 (0,91)	6,37 (0,90)	6,36 (0,94)
13	0,532	5,72 (1,12)	5,70 (1,16)	5,74 (1,07)
14	0,389	6,36 (0,96)	6,27 (1,06)	6,51 (0,73)
15	0,355	5,67 (1,15)	5,68 (1,12)	5,64 (1,21)
16	0,535	6,29 (0,78)	6,33 (0,76)	6,21 (0,81)
17	0,334	3,60 (1,46)	3,72 (1,45)	3,40 (1,46)
18	0,177	3,51 (1,22)	3,50 (1,29)	3,52 (1,12)
19	0,080	6,52 (0,96)	6,52 (0,92)	6,52 (1,02)
20	0,497	6,06 (0,94)	6,11 (0,96)	5,98 (0,90)

Les données correspondent au coefficient de corrélation entre le score pour chaque item et le score total obtenu à l'échelle JSE-S. Les scores moyens ainsi que les écarts-types (σ) ont été calculés pour l'échantillon total, les M1 et les M2. M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2.

Les résultats concernant l'échelle WAI-SR indiquent que les scores moyens par items sont compris entre 3,69 ($\sigma = 0,97$) et 4,82 ($\sigma = 0,46$) pour l'échantillon total, entre 3,74 ($\sigma = 0,94$) et 4,79 ($\sigma = 0,51$) pour les étudiants en master 1 et entre 3,51 ($\sigma = 1,05$) et 4,87 ($\sigma = 0,36$). Les corrélations entre les items et le reste du score total sont faibles à moyennes ($r_{\text{item-score}}$ de 0,196 à 0,684).

Tableau 4 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR

Item	$r_{\text{item-score}}$ dans (échantillon total ; n = 277)	Score moyen (σ) (échantillon total ; n = 277)	Score moyen (σ) (M1 ; n = 174)	Score moyen (σ) (M2 ; n = 103)
1	0,655	3,91 (0,89)	3,97 (0,87)	3,80 (0,92)
2	0,246	4,58 (0,65)	4,60 (0,62)	4,53 (0,70)
3	0,566	3,97 (1,01)	4,10 (0,95)	3,76 (1,09)
4	0,656	3,76 (0,96)	3,83 (0,90)	3,64 (1,05)
5	0,211	4,82 (0,46)	4,79 (0,51)	4,87 (0,36)
6	0,576	3,72 (1,03)	3,84 (1,00)	3,51 (1,05)
7	0,395	4,77 (0,49)	4,76 (0,49)	4,78 (0,50)
8	0,684	3,69 (0,97)	3,74 (0,94)	3,61 (1,03)
9	0,196	4,55 (0,69)	4,58 (0,63)	4,52 (0,72)
10	0,672	4,16 (0,86)	4,21 (0,83)	4,07 (0,91)

Les données correspondent au coefficient de corrélation entre le score pour chaque item et le score total obtenu à l'échelle WAI-SR. Les scores moyens ainsi que les écarts-types (σ) ont été calculés pour l'échantillon total, les M1 et les M2. M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2.

3. Analyses factorielles confirmatoires

Les modèles structurels présentés précédemment pour les deux échelles de mesure ont été testés. Leurs analyses ont rapporté des solutions non convergentes. Leur bon ajustement mathématique a été impossible à calculer. Par conséquent, afin de pouvoir effectuer les analyses factorielles de manière optimale, de nouvelles structures pour la JSE-S et pour le WAI-SR ont dû être pensées.

Ainsi, l'hypothèse d'une structure bidimensionnelle concernant la JPSE-S a été émise. Celle-ci a été considérée comme comprenant les facteurs « prise de perspective » et « soins compassionnels ». Les items 3 et 6 appartenant à la dimension « se mettre à la place du patient » ont été retirés. Pour le WAI-SR, l'hypothèse d'une structure unidimensionnelle se rapportant au concept d'alliance thérapeutique de manière globale a été émise.

Avec ces changements, l'analyse factorielle confirmatoire pour ces deux échelles nouvellement structurées a pu être calculée (Tableau 5) pour l'échantillon total et les deux sous-populations.

Tableau 5 : Analyses factorielles confirmatoires des échelles JSE-S et WAI-SR

	Echantillon total (n = 277)		M1 (n = 174)		M2 (n = 173)	
	JSE-S ^a	WAI-SR ^b	JSE-S ^a	WAI-SR ^b	JSE-S ^a	WAI-SR ^b
χ^2 /ddl	1,23	1,18	1,01	1,27	0,96	0,55
CFI	0,97	0,99	1,00	0,99	1,00	1,00
TLI	0,97	0,99	1,00	0,98	1,01	1,04
RMSEA	0,03	0,03	0,01	0,04	0,00	0,00
sRMR	0,06	0,06	0,07	0,08	0,09	0,06
GFI	0,95	0,98	0,94	0,97	0,90	0,98

Des analyses factorielles confirmatoires ont été effectuées sur l'ensemble des échantillons M1 et M2 en orthophonie. M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2 ; χ^2 : khi-deux ; ddl : degré de liberté ; CFI : indice comparatif d'ajustement ; TLI : indice de Tucker-Lewis ; RMSEA : erreur quadratique moyenne de l'approximation; sRMR : valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus ; GFI : indice de qualité d'ajustement.

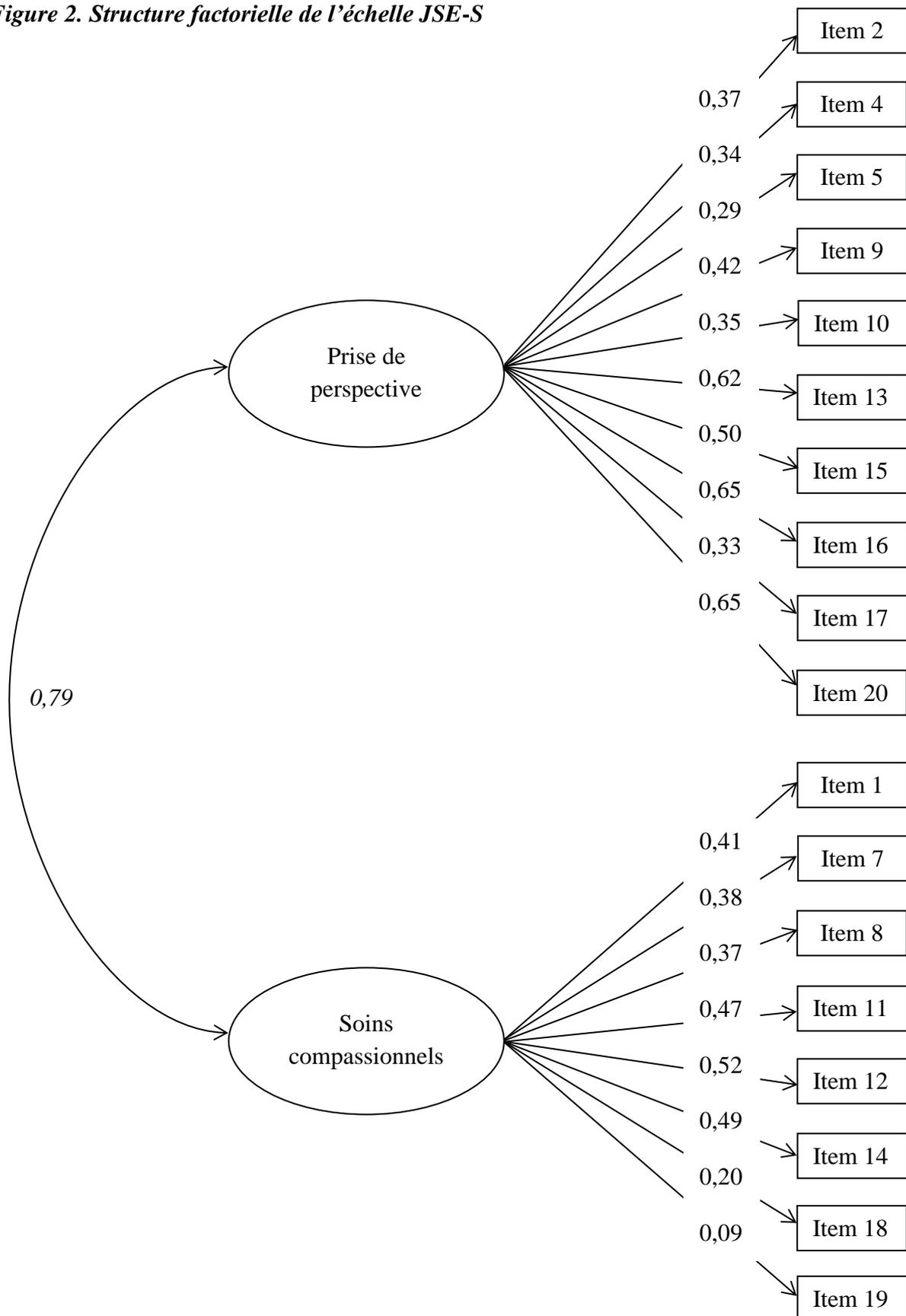
a : modèle bidimensionnel comprenant le facteur « prise de perspective » (items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20) et le facteur « soins compassionnels » (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19).

b : modèle unidimensionnel de l'alliance thérapeutique.

Hormis le score de sRMR chez les étudiants en master 2 (sRMR = 0,90) qui se trouve au-dessus de la valeur seuil considérée pour l'échelle JSE-S, toutes les autres valeurs des indicateurs d'ajustement sont très bonnes pour l'échantillon total, les étudiants en master 1 et les étudiants en master 2. Leurs valeurs sont égales ou inférieures aux valeurs seuil admises. Au final, ces résultats indiquent de manière globale que ces modèles factoriels émis s'ajustent bien à la population étudiée. La structure bidimensionnelle de la JSE-S et la structure unidimensionnelle du WAI-SR sont admises et confirmées pour les étudiants en second cycle d'orthophonie.

Les nouveaux modèles structuraux de la JSE-S et du WAI-SR déterminés suite à l'analyse factorielle confirmatoire sont respectivement illustrés dans les Figures 2 et 3. Ces dernières présentent les résultats obtenus pour l'échantillon total et illustrent la contribution standardisée des items dans le(s) facteur(s) concernés.

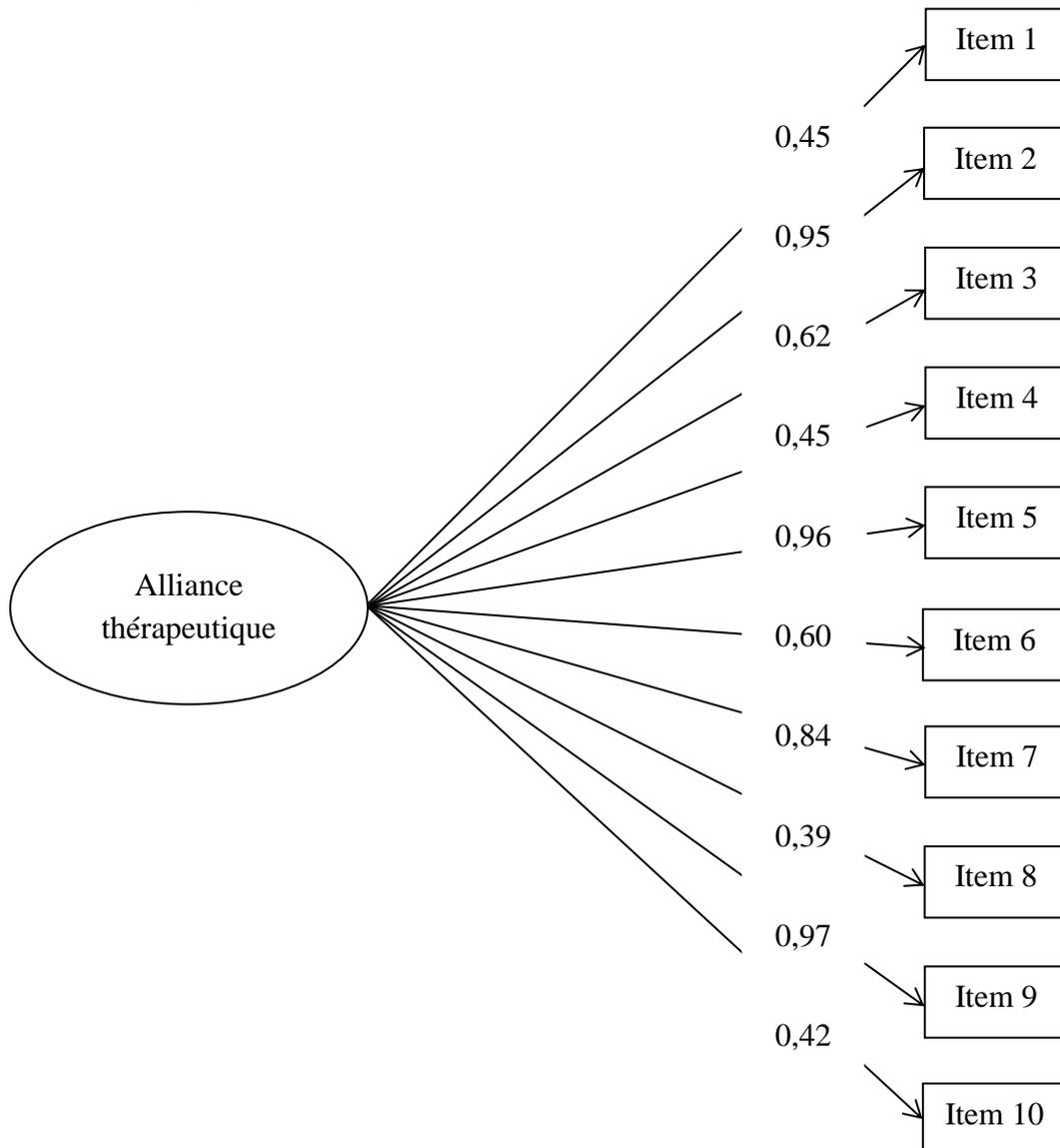
Figure 2. Structure factorielle de l'échelle JSE-S



La structure factorielle de l'échelle JSE-S a été analysée sur l'échantillon total (n = 277).
 Les valeurs numériques correspondent au coefficient de régression linéaire standardisé calculé pour chaque item.
 Le coefficient de corrélation entre les deux facteurs est indiqué en italique.

Le modèle bidimensionnel de la JSE-S comprend 18 variables latentes et deux facteurs. Ces derniers sont fortement corrélés entre eux ($r_s = 0,79$). Dans la dimension « prise de perspective », les corrélations entre les items et cette variable sont moyennes. Elles sont comprises entre 0,29 et 0,65. Dans la dimension « soins compassionnels », l’item 19 se distingue du reste des items. Il n’est que très faiblement corrélé à la dimension ($r_s = 0,09$). Les corrélations des neuf autres items sont faibles à moyennes, elles se situent entre 0,20 et 0,52.

Figure 3. Structure factorielle de l’échelle WAI-SR



La structure unifactorielle de l’échelle WAI-SR a été analysée sur l’échantillon total ($n = 277$). Les valeurs numériques correspondent au coefficient de régression linéaire standardisé calculé pour chaque item.

Le modèle unidimensionnel du WAI-SR comprend 10 variables latentes avec un facteur se rapportant à l’alliance thérapeutique. Les corrélations entre les items et ce facteur sont moyennes à fortes. Elles sont comprises entre 0,39 et 0,97.

4. Analyses factorielles confirmatoires multi-groupes

A la suite des résultats obtenus pour les analyses factorielles confirmatoires, une MGCFA a été effectuée pour les échelles JSE-S et WAI-SR en considérant le niveau de master (Tableau 6).

Tableau 6 : Analyse de la mesure d'invariance des échelles JSE-S et WAI-SR en fonction du niveau de master

Modèle d'invariance	WAI-SR ^a		JSE-S ^b	
	Valeur	Variation entre niveaux concaténés (\Delta)	Valeur	Variation entre niveaux concaténés (\Delta)
Configural				
χ^2/ddl	0,91		0,99	
CFI	1,00	—	1,00	—
TLI	1,01		1,00	
RMSEA	0,00	—	0,00	—
sRMR	0,08		0,08	
GFI	0,97		0,92	
Métrique				
χ^2/ddl	1,02		1,03	
CFI	1,00	0,00	0,99	0,01
TLI	1,00		0,99	
RMSEA	0,01	0,01	0,02	0,02
sRMR	0,08		0,08	
GFI	0,97		0,91	
Scalaire				
χ^2/ddl	1,03		1,01	
CFI	1,00	0,00	1,00	0,01
TLI	1,00		1,00	
RMSEA	0,02	0,00	0,01	0,01
sRMR	0,08		0,08	
GFI	1,00		1,00	

Des analyses factorielles confirmatoires multi-groupes ont été effectuées sur l'ensemble des cohortes de M1 et M2 en orthophonie. M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2 ; χ^2 : khi-deux ; ddl : degré de liberté ; CFI : indice comparatif d'ajustement ; TLI : indice de Tucker-Lewis ; RMSEA : erreur quadratique moyenne de l'approximation ; sRMR : valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus ; GFI : indice de qualité d'ajustement. ^a : échelle unidimensionnelle ; ^b : échelle bidimensionnelle.

Les résultats montrent que les valeurs des différents indicateurs d'ajustement sont très bons et ce, pour les trois niveaux d'invariance. Leurs valeurs sont inférieures ou égales aux valeurs seuil admises. De plus, la variation de la transition entre niveaux concaténés a été validée, les valeurs obtenues ne dépassent pas les valeurs seuil admises. Il peut être conclu que les participants voient la structure des deux échelles de la même façon, que leur compréhension des items et réponses associées sont similaires. La mesure de l'alliance thérapeutique et de l'empathie est donc identique pour l'ensemble de l'échantillon.

5. Analyse de la cohérence interne des outils

La fiabilité de la JSE-S avec une structure bidimensionnelle et le WAI-SR avec une structure unidimensionnelle a été vérifiée pour l'échantillon total et les deux sous-populations de l'échantillon (Tableau 7).

Tableau 7 : Indicateurs de consistance interne des échelles JSE-S et WAI-SR

	Echantillon total (n = 277)	M1 (n = 174)	M2 (n = 103)
JSE-S	0,77 ; 0,76 ; 0,85	0,78 ; 0,78 ; 0,88	0,75 ; 0,73 ; 0,88
PT	0,72 ; 0,70 ; 0,80	0,73 ; 0,71 ; 0,82	0,72 ; 0,69 ; 0,84
CC	0,57 ; 0,57 ; 0,65	0,59 ; 0,60 ; 0,70	0,53 ; 0,50 ; 0,65
WAI-SR	0,80 ; 0,84 ; 0,89	0,80 ; 0,83 ; 0,89	0,80 ; 0,85 ; 0,91

Les différents indicateurs de consistance interne ont été déterminés en considérant l'échelle JSE-S en tant que modèle à deux dimensions (« prise de perspective » : PT ; « soins compassionnels » : CC) et l'échelle WAI-SR en tant que modèle unidimensionnel. Les valeurs correspondent respectivement aux coefficients α de Cronbach, ω de McDonald et à la meilleure borne inférieure (GLB).

Dans ces trois groupes, les valeurs des indices de cohérence interne se situent au-dessus des valeurs seuil pour le score total de la JSE-S (entre 0,75 et 0,77 pour α de Cronbach, entre 0,73 et 0,78 pour ω de McDonald et entre 0,85 et 0,88 pour la GLB), pour la dimension « prise de perspective » de la JSE-S (entre 0,72 et 0,73 pour α de Cronbach, entre 0,69 et 0,71 pour ω de McDonald et entre 0,80 et 0,84 pour la GLB) et pour le score total du WAI-SR (égales à 0,80 dans les trois groupes pour α de Cronbach, entre 0,83 et 0,85 pour ω de McDonald et entre 0,89 et 0,91 pour la GLB). Ces valeurs de fiabilité se révèlent moyennes à fortes pour la dimension « soins compassionnels » de la JSE-S (entre 0,53 et

0,57 pour α de Cronbach, entre 0,50 et 0,60 pour ω de McDonald et entre 0,65 et 0,70 pour la GLB). Finalement, ces résultats obtenus auprès des étudiants en second cycle d'orthophonie rapportent une bonne fiabilité des deux échelles nouvellement structurées.

6. Analyses descriptives et inférentielles des échelles nouvellement structurées

Comme il a été objectivé que les deux échelles de mesure fonctionnaient de la même façon dans les deux sous-populations et que la variance de la mesure a été satisfaite aux trois niveaux (configural, métrique, scalaire), des analyses comparatives et corrélationnelles ont pu être effectuées.

6.1. Les différences d'empathie et d'alliance thérapeutique liées au master

Les scores obtenus aux différents items constituant les échelles JSE-S et WAI-SR ont été calculés pour l'échantillon total et les deux sous-populations de l'échantillon (Tableau 8).

Tableau 8 : Statistiques comparatives entre les scores de la JSE-S et les scores du WAI-SR en fonction du niveau de master

			Moyenne (σ)	Médiane (IIQ)	U	Valeur de p
JSE-S	TOTAL	Total	101,34 (8,77)	101,00 (12,00)	8421,00	0,40
		M1	101,58 (9,09)	102,00 (10,00)		
		M2	100,84 (8,23)	101,00 (13,00)		
	PT	Total	54,26 (5,94)	54,00 (9,00)	7891,00	0,10
		M1	54,64 (5,99)	55,00 (8,75)		
		M2	53,63 (5,82)	53,00 (7,50)		
	CC	Total	47,08 (4,13)	48,00 (6,00)	9418,00	0,48
		M1	46,94 (4,31)	47,00 (6,00)		
		M2	47,31 (3,80)	48,00 (5,00)		
WAI-SR	TOTAL	Total	41,92 (5,07)	43,00 (8,00)	7748,50	0,06
		M1	42,38 (4,87)	43,00 (7,00)		
		M2	41,15 (5,31)	41,00 (8,50)		

Les valeurs correspondent aux scores moyens (σ : écart-type) ainsi qu'aux scores médians (IIQ : intervalle inter-quartile) calculés pour les différents échantillons et sous-échantillons. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour estimer la significativité de la différence de score (U). Les différences sont caractérisées par la valeur p . M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2 ; PT : Prise de perspective ; CC : Soins compassionnels.

Les variables « prise de perspective » chez les étudiants en master 2 et le score total de la JSE-S chez les deux sous-populations se distribuaient normalement ($p > 0,05$). La variable « prise de perspective » de la JSE-S chez les étudiants en master 1 ainsi que les variables « soins compassionnels » et le score total du WAI-SR chez les deux sous-populations ne se distribuaient pas normalement ($p < 0,05$). Un test de Mann-Whitney a donc été utilisé pour faire les analyses comparatives à plusieurs groupes. Les résultats obtenus suggèrent que les différences de scores moyens et médians entre les étudiants en master 1 et les étudiants en master 2 ne sont pas significatives ($p > 0,05$).

6.2. Lien de corrélation entre les scores d'empathie et d'alliance thérapeutique

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées à partir des scores obtenus pour les deux échelles de mesure. Plusieurs corrélations ont été explorées : entre le score total de la JSE-S et le score total du WAI-SR, entre les facteurs de la JSE-S et le score total du WAI-SR et enfin entre les différents facteurs de la JSE-S (Tableau 9).

Tableau 9: Analyses des corrélations entre les scores de la JSE-S et les scores du WAI-SR

Echantillon	Variable	PT	CC	Total JSE-S
Echantillon total (n = 277)	CC	0,49 ***		
	Total JSE-S	0,91 ***	0,79 ***	
	Total WAI-SR	0,37 ***	0,19 **	0,34 ***
M1 (n = 174)	CC	0,41 ***		
	Total JSE-S	0,90 ***	0,74 ***	
	Total WAI-SR	0,41 ***	0,23 **	0,41 ***
M2 (n = 103)	CC	0,54 ***		
	Total JSE-S	0,92 ***	0,82 ***	
	Total WAI-SR	0,34 ***	0,19 **	0,31 ***

Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différents scores d'échelles et de facteurs. *** et ** correspondent respectivement à $p < 0,001$ et $p < 0,05$. M1 : étudiants en master 1 ; M2 : étudiants en master 2 ; PT : Prise de perspective ; CC : Soins compassionnels.

Les différences de scores entre la JSE-S et le WAI-SR obtenus pour l'échantillon total et les deux sous-populations de l'échantillon sont significatives ($p < 0,05$). Tout d'abord, il est objectivé une corrélation positive et moyenne entre le score total de la JSE-S et le score total du WAI-SR : échantillon total ($\rho = 0,34$), étudiants en master 1 ($\rho = 0,41$), étudiants en master

2 ($\rho = 0,31$). Une corrélation est retrouvée entre les facteurs du JSE-S et du WAI-SR, celle-ci varie en fonction de la dimension concernée. Ainsi, la corrélation entre la dimension « prise de perspective » et le score total du WAI-SR est positive et moyenne : échantillon total ($\rho = 0,37$), étudiants en master 1 ($\rho = 0,41$), étudiants en master 2 ($\rho = 0,34$) tandis que celle entre la dimension « soins compassionnels » et le score total du WAI-SR est positive mais faible : échantillon total ($\rho = 0,19$), étudiants en master 1 ($\rho = 0,23$), étudiants en master 2 ($\rho = 0,19$). Les deux facteurs de la JSE-S corrélaient moyennement entre eux : échantillon total ($\rho = 0,49$), étudiants en master 1 ($\rho = 0,41$), étudiants en master 2 ($\rho = 0,54$).

DISCUSSION

1. Rappels des objectifs de l'étude

L'objectif de recherche principal de cette étude était l'analyse d'une relation entre l'empathie des étudiants en second cycle d'orthophonie et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient suivi lors d'un stage clinique. Deux autres objectifs s'ajoutaient à cela afin d'analyser l'éventuelle variation de ces construits durant la formation en master. A la suite de la diffusion du questionnaire, 277 réponses complètes ont pu être analysées. Ce taux de réponses représente environ 17% de la population cible.

2. Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 :

La première hypothèse formulée était : l'empathie et l'alliance thérapeutique sont corrélées positivement chez les étudiants en second cycle d'orthophonie. Celle-ci est validée. En effet, les résultats obtenus démontrent l'existence d'une corrélation significativement positive et moyenne entre les scores d'empathie et les scores d'alliance thérapeutique au sein de l'échantillon concerné. Ces résultats ont été obtenus après confirmation que les deux sous-populations de l'étude sont stables. Ce constat est inédit, aucune étude n'avait jusque-là étudié l'existence d'une corrélation entre ces deux construits chez cette population. Cette conclusion obtenue établit que le lien entre l'empathie et l'alliance thérapeutique est présent dès la formation universitaire des étudiants en orthophonie, avant même que ceux-ci exercent véritablement le métier d'orthophoniste.

Hypothèse 2 :

La seconde hypothèse émise était : les étudiants en master 2 présentent de meilleures capacités que les étudiants en master 1 à former une alliance thérapeutique avec un patient. Cette seconde hypothèse n'est pas validée. Les résultats obtenus lors des analyses comparatives indiquent qu'il n'y a pas de différence significative lorsque l'on compare les étudiants en master 1 et les étudiants en master 2 sur les concepts d'alliance thérapeutique. Il est donc objectivé que la capacité des étudiants à construire une alliance thérapeutique avec un patient n'augmente pas en fonction de l'avancée en formation et donc du nombre de stages réalisés. Aucune étude n'avait jusque-là étudié l'évolution de la capacité à instaurer une

alliance thérapeutique entre un étudiant en second cycle d'orthophonie et un patient suivi lors d'un stage clinique.

Hypothèse 3 :

La dernière hypothèse était : les étudiants en master 2 présentant un niveau d'empathie plus élevé que les étudiants en master 1. Celle-ci n'est pas validée. Les résultats obtenus à la suite de l'analyse comparative indiquent qu'il n'existe pas de différence significative entre les scores d'empathie des étudiants en master 1 et ceux des étudiants en master 2. De fait, l'empathie des étudiants n'augmente pas à mesure de l'avancée en formation. Ces conclusions peuvent être corroborées avec l'étude de Colliver et collaborateurs (2010) ont déjà suggéré que le niveau d'empathie des étudiants en médecine n'évoluait pas de manière significative. Ces résultats sont toutefois à pondérer puisque ces conclusions ont été obtenues avec une JSE-S comportant une structure à trois facteurs.

Cependant, les conclusions de cette étude portant sur les étudiants en orthophonie ne vont pas dans le sens d'autres études. Ces dernières ont rapporté une variation du niveau d'empathie durant la formation en santé. Il a notamment été observé que le niveau d'empathie des étudiants fluctue durant leur formation et finit par augmenter en fin de cursus (Papageorgiou et al., 2018 ; Rogers et al., 2016). À l'inverse, certaines recherches ont soutenu que l'empathie diminuait à mesure de l'avancée en formation (Neumann et al, 2011 ; Sherman & Cramer, 2005). En comparant les conclusions obtenues avec ces dernières études, il peut être montré que les étudiants en second cycle de formation en orthophonie se différencient des étudiants en médecine étrangers en ce qui concerne l'empathie.

3. Discussion des résultats obtenus

3.1. Les raisons d'une absence de variation des construits

Aucune variation de l'empathie et de la capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient n'a été objectivée chez les étudiants en second cycle d'orthophonie. Il n'y aurait donc pas un effet d'accroissement en lien en fonction du nombre d'année études comme le supposaient les hypothèses secondaires. À ce stade, les raisons de ce phénomène ne peuvent pas être expliquées précisément, néanmoins plusieurs suppositions peuvent être émises.

Tout d'abord, la très forte sélectivité du concours d'entrée en formation d'orthophonie peut être évoquée. Les modalités d'admissions sont exigeantes notamment lors des épreuves orales. Les jurys qui examinent les candidats sont attentifs à des éléments spécifiques. Les candidats tournés vers les autres (ayant des engagements associatifs ou bien des expériences auprès de personnes en difficultés, etc.) et qui présentent une aisance à la communication entre autres, peuvent retenir l'attention du jury (Modalités d'admission en orthophonie pour la rentrée 2021, s. d.). Il peut être supposé que les étudiants entrant en CFUO sont des étudiants qui disposent déjà de fortes qualités relationnelles et d'une forte orientation empathique. De fait, il y aurait un effet de saturation. L'empathie et l'alliance thérapeutique constitueraient des construits n'évoluant que très peu car leur niveau serait déjà très élevé.

Le contenu et les exigences de la maquette de grade master datant de 2013 peuvent aussi être discutés. Cette maquette est constituée d'un premier cycle de licence, d'une durée de trois ans et d'un second cycle de master, d'une durée de deux ans. Durant cette formation, les étudiants terminent le premier cycle en n'ayant pas ou peu eu l'occasion de réaliser des stages cliniques au cours desquels ils peuvent suivre des patients, de manière active, sous supervision du maître de stage. Les étudiants expérimentent davantage la pratique clinique en orthophonie durant le master, qui finalement, est relativement court. La non-variation des niveaux d'empathie et d'alliance thérapeutique pourrait être expliquée par la durée de ce master qui propose une mise en expérience auprès des patients peut-être insuffisante pour les étudiants. De plus, la spécificité de cette formation est qu'elle contraint les étudiants à coordonner leurs apprentissages théoriques, leurs stages ainsi que l'avancée de leur mémoire de fin d'études. L'absence d'augmentation de ces construits durant le second cycle de formation clinique pourrait être expliqué par ce rythme intense de formation qui empêcherait les étudiants d'avoir une prise de recul sur leurs ressentis de stages et sur la posture préprofessionnelle qu'ils adoptent.

Par ailleurs, les résultats de l'étude ont conclu que les participants se comportaient de la même façon pour répondre aux échelles proposées. Il peut toutefois être supposé que des éléments soient restés insaisissables lors des analyses statistiques. Bien que les concepts d'empathie et d'alliance thérapeutique revêtent la même signification pour les deux sous-populations de l'étude, ceux-ci ont sans doute renvoyé à des ressentis différents selon les étudiants et les néo-diplômés. Les étudiants en master 2, qui ont répondu en se basant sur leur expérience en master 1, ont conscience que l'empathie et l'alliance thérapeutique sont importantes. Malgré la réalisation de différents stages cliniques, ils ont peut-être davantage

répondu en faisant appel à leurs connaissances empiriques. Concernant les néo-diplômés, ils ont répondu avec un décalage d'expérience, certes, mais en sachant davantage ce que cette relation thérapeutique implique. En effet, ils l'ont déjà expérimentée à leur manière au cours de leur première(s) expérience(s) professionnelle(s) en tant qu'orthophoniste. Les conclusions obtenues lors de cette étude pourraient donc être expliquées par le fait que l'empathie et de l'alliance thérapeutique renvoient à des ressentis divers selon les participants. Cela a pu apporter de la variance aux résultats de l'étude.

Enfin, il peut être rappelé que les participants ayant répondu au questionnaire sont des étudiants en orthophonie et orthophonistes qui ont été touchés par la pandémie de la covid-19 durant leurs études. La crise sanitaire pourrait avoir eu un impact, variable, sur la qualité de leur formation. Par exemple, des stages ou bien des travaux dirigés de mise en pratique supprimés leur ont peut-être empêché de mettre en œuvre, avec le temps et les expériences cliniques nécessaires, leur savoir-être. Les situations de stages continuent d'ailleurs d'être impactées par cette crise sanitaire. En effet, des absences de patients liées à la contamination au virus, des séances menées différemment pour éviter le contact direct avec les patients (mise en place d'un plexiglas sur le bureau,...) ou encore la non-utilisation de certains supports de rééducations en raison de la difficulté à les désinfecter entre chaque utilisation sont des éléments toujours d'actualité. Ces adaptations de la pratique orthophonique, présentes depuis le début de la crise sanitaire, pourraient avoir empêché les étudiants en second cycle de formation de se familiariser à des relations de soin normalisées avec les patients.

3.2.Reconsidération des outils

Il paraît pertinent de discuter des structures factorielles des échelles JSE-S et WAI-SR à la suite des analyses statistiques CFA et MGCFA effectuées dans le cadre de cette étude. Il s'avère qu'aucune des structures factorielles validées pour la JSE-S (Hojat et al., 2018) et pour le WAI-SR (Hatcher & Gillapsy, 2006) n'ont été confirmées pour la population des étudiants en second cycle d'orthophonie. Ces étudiants ne semblent pas se comporter de la même manière que les autres étudiants en santé. Cela pose évidemment question puisque ces échelles de mesures sont largement utilisées dans le domaine de la recherche depuis de nombreuses années. Les structures tridimensionnelles respectives ont été confirmées par d'autres chercheurs pour la JSE-S auprès des étudiants en médecine (Chatterjee et al., 2017 ; Mirani et al. , 2019 ; Papageorgiou et al., 2018 ; Tavakol et al., 2011). Riotte (2020) l'a confirmé aussi pour le WAI-SR pour auprès des étudiants en master 1 et en master 2

d'orthophonie. Les raisons de cette divergence de structure ne sont pas évidentes à établir mais certains arguments peuvent être avancés pour expliquer ce phénomène.

La faible taille de l'échantillon récolté dans le cadre de cette présente étude peut d'abord être évoquée. Effectivement, les autres recherches qui ont confirmé la structure tridimensionnelle de la JSE-S chez les étudiants en médecine ont effectué leurs analyses statistiques auprès d'un large échantillon, ce qui appuie la robustesse de leurs résultats. Ainsi, Tavakol et collaborateurs (2011) ont confirmé la qualité de l'ajustement de ce modèle à trois facteurs sur un échantillon de 853 étudiants suite à une CFA. Leurs résultats peuvent toutefois être nuancés car une MGCFA n'a cependant pas été établie pour confirmer que les étudiants se comportaient de manière stable. En 2018, Papageorgiou et collaborateurs ont aussi confirmé cette structuration suite à l'analyse des réponses de 333 étudiants dans le cadre d'une étude longitudinale. Ces chercheurs n'ont cependant pas effectué d'analyses CFA et MFCFA pour confirmer la structure factorielle et son ajustement à la population testée.

Par ailleurs, Hatcher et Gillapsy (2006) ont confirmé qu'une structuration à trois facteurs était meilleure qu'une structuration à un facteur pour le WAI-SR. Seulement, en étudiant leur choix d'analyses statistiques pour évaluer la qualité psychométrique et la construction interne de l'échelle, certaines critiques méthodologiques peuvent être émises. Ces chercheurs ont utilisé l'estimation par maximum de vraisemblance pour calculer les différents indicateurs d'ajustement (khi-deux, ddl, CFI, RMSEA). Or, cette méthode statistique peut être utilisée seulement si la normalité des scores a été vérifiée en amont. Aucune information liée à cet aspect n'apparaît dans leur publication, on peut donc supposer que la distribution des réponses n'a pas été vérifiée. De plus, l'estimation du maximum par vraisemblance n'est pas adaptée car elle suppose l'utilisation d'échelle à intervalles, ce qui n'est pas le cas du WAI-SR qui comporte des valeurs ordinales (échelle de Likert allant de 1 à 5 pour répondre aux items). Le recours à autre méthode qui tienne compte du caractère ordinal des variables et de leurs distributions aurait été mieux adapté. Dans le cas ce projet portant sur les étudiants en orthophonie, les données ne se sont pas distribuées normalement. La méthode des moindres carrés pondérés sur la diagonale (DLWS), plus robuste pour l'analyse de données ordinales ne se distribuant pas normalement, a donc été utilisée. Toutefois, l'étude de Hatcher et Gillapsy (2006) n'est pas récente. Il est possible, qu'à cette période, les méthodes de calculs n'étaient pas aussi fines qu'aujourd'hui. C'est pour cela que Hatcher et collaborateurs ont reconduit une analyse factorielle de leur outil pour la version thérapeute en 2019. L'ajustement du modèle factoriel, à l'aide d'une CFA, ainsi que

l'invariance de la mesure ont été calculés. Grâce à ces analyses, une structuration différente de l'outil a été solutionnée. Une faible invariance de la mesure a été évaluée, la distinction des dimensions « objectif » et « tâche » s'est révélée mauvaise. Les chercheurs ont donc proposé une structuration à deux facteurs du WAI-SR. L'un qui se rapportait aux dimensions « objectif » et « tâche » et l'autre à la dimension « lien ». Cette nouvelle structuration à deux facteurs s'est révélée plus robuste au niveau psychométrique. Ils ont préconisé des recherches supplémentaires afin de confirmer cela. En outre, une étude portant cette fois sur le WAI-SR version patient remet aussi en cause la structuration à trois facteurs proposée par Hatcher et Gillapsy (2006). Effectivement, après avoir effectué deux CFA et une MGCFA, Falkenström et collaborateurs (2014) ont suggéré de concevoir le WAI-SR selon une dimension unique se rapportant à l'alliance thérapeutique d'une manière générale. Au final, ces données portant sur le WAI-SR permettent de mieux saisir les raisons de l'inadéquation du modèle à trois facteurs chez les étudiants en orthophonie. Il aurait été pertinent dans le cadre de l'étude de comparer le modèle unidimensionnel au modèle à deux facteurs, si celui-ci était possible, afin de corroborer avec les conclusions de Hatcher et collaborateurs (2019).

Concernant la structure factorielle de la JSE-S, certaines études ont objectivé une fragilité de la troisième dimension « se mettre à la place du patient » (Hojat et al., 2018 ; Hojat & LaNoue, 2014 ; Williams et al., 2013). C'est justement cette dimension qui a rendu la CFA impossible pour une structuration de l'échelle à trois facteurs chez les étudiants en second cycle d'orthophonie. En 2014, Hojat et LaNoue ont confirmé l'utilisation de la JSE-S en considérant ces trois dimensions mais ils ont tout de même précisé que la troisième variable latente « se mettre à place du patient » apportait trop de variances d'erreurs. Les items 3 et 6 de cette dimension ont dû être contraints afin de forcer l'ajustement du modèle à trois facteurs. Hojat et collaborateurs (2018) ont objectivé cette instabilité au niveau de cette troisième dimension pour les mêmes raisons que Hojat et LaNoue (2014). Malgré cela, ils ont confirmé la structure à trois facteurs de la JSE-S. L'hypothèse d'un déséquilibre de la structure de la JSE-S a été émise en raison de la dimension « se mettre à la place du patient » qui n'est pas composée de suffisamment d'items par rapport aux deux autres dimensions (Hojat & LaNoue, 2014). Face à un constat similaire, d'autres chercheurs ont suggéré une modification de la structuration de l'échelle d'empathie pour les étudiants. Williams et collaborateurs (2013) ont suggéré une structure bidimensionnelle de la JSE-S qui se rapportait à la dimension « prise de perspective » et à la dimension « soins compassionnels » et ce, après

avoir effectué une CFA sur 330 réponses d'étudiants inscrits en filière paramédicale. Ce constat corrobore avec ce qui a pu être objectivé chez les étudiants en orthophonie.

Ainsi, en considérant avec plus de précisions les différentes recherches portant sur la JSE-S et le WAI-SR, il peut être observé que la structure interne de ces deux échelles fait l'objet de nombreuses discussions dans la littérature. Aucun de ces outils ne semble présenter une structure factorielle réellement stable. Cela est en adéquation avec les conclusions établies dans le cadre de cette étude. Des recherches pourraient être poursuivies afin de modéliser une structuration stable des variables latentes de ces deux échelles.

4. Limites méthodologiques de l'étude

Plusieurs critiques peuvent être émises concernant l'étude menée sur l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en second cycle d'orthophonie. Tout d'abord, il peut être évoqué le fait d'avoir choisi des échelles auto-administrées pour récolter les réponses des participants. Cette modalité d'auto-évaluation, bien que très répandue en raison de son aspect pratique (Hong & Han, 2020), n'est au final que très faiblement corrélée au comportement réel des répondants (Colliver et al., 2010 ; Sulzer et al., 2016).

A cela peut être ajouté le biais de désirabilité, inhérent aux outils auto-administrés et aux enquêtes portant sur des comportements valorisés par la société (Colliver et al., 2010 ; Savès, 2021). Il est possible que les participants aient sur-évalué leur empathie en remplissant la JSE-S et/ou aient sur-estimé la qualité de l'alliance thérapeutique construite avec un patient durant un précédent stage clinique. Ceci afin de renvoyer une image valorisante d'eux-mêmes (Savès, 2021).

En outre, la modalité de diffusion en elle-même peut être critiquée. Le questionnaire a été partagé sous forme de publication sur les réseaux sociaux et sur les groupes inter-promotions ou bien par mail. Par cette modalité, un biais de recrutement peut être évoqué car cela repose sur le volontariat et la curiosité des potentiels répondants. Les personnes qui ont rempli le questionnaire ont sans doute été intéressées en amont par la thématique proposée.

Un autre biais se rapportant à la construction interne de l'échelle JSE-S peut être souligné. L'échelle a librement été adaptée à la population des étudiants en orthophonie, certains mots et/ou tournures de phrases ont en effet été remaniés. L'échelle d'empathie n'a donc pas bénéficié d'une reformulation officielle au niveau des vingt items qui la composent.

Une traduction aller-retour de l'outil effectuée par un consensus d'experts serait à envisager pour soutenir la validité de la JSE-S auprès de cette population ciblée.

Par ailleurs, les deux hypothèses secondaires n'ont pas pu être validées. Cela peut en partie être expliqué par la taille de l'échantillon récolté. Celui-ci est relativement faible au vu de la population cible qui recensait 1608 personnes (829 étudiants inscrits en master 2 d'orthophonie pour l'année 2021-2022 et 779 orthophonistes diplômés en 2021). Il pourrait être intéressant d'effectuer de nouvelles analyses en essayant de récolter un échantillon de répondants plus important. Dans le cas de cette étude, un nombre élevé de réponses incomplètes ont été écartées, ce sont autant de données qui auraient pu servir et apporter une plus forte validité aux résultats.

Face à ce nombre élevé de réponses perdues, une remise en question de la construction du questionnaire peut être soulevée. À savoir que près de la majorité des participants qui ne sont pas allés au bout du questionnaire se sont arrêtés à la page de la JSE-S ou bien à celle du WAI-SR sans répondre aux items de ces échelles. Cela peut être expliqué de différentes façons. Tout d'abord, les participants étaient invités à porter une réflexion sur une expérience antérieure avec un patient rencontré en stage. Ce temps de réflexion, nécessaire pour pouvoir remplir le questionnaire, a pu engendrer un biais de mémorisation (Savès, 2021). De plus, le nombre assez conséquent d'items qui apparaissaient sur les pages des échelles ont pu décourager certains répondants.

5. Forces et intérêts de l'étude

Même si cette étude comporte des limites méthodologiques, elle présente de nombreux atouts. Une méthodologie statistique rigoureuse a été utilisée. Cette dernière a permis de rendre compte de l'impossibilité d'appliquer des structures factorielles validées pour la JSE-S (Hojat et al., 2018) et le WAI-SR (Hatcher & Gillapsy, 2006). Cette rigueur méthodologique a aussi permis de s'assurer que les participants se comportaient de manière stable lors du remplissage des échelles. Ce sont autant d'éléments qui affirment la robustesse des conclusions formulées. De plus, l'échantillon récolté est représentatif de la population ciblée et permet d'obtenir des conclusions généralisables. Effectivement, des réponses d'étudiants des 19 CFUO concernés ont été récoltées. Par ailleurs, cette étude présente un intérêt important puisqu'elle est inédite. Jusque-là, aucune étude n'avait été menée auprès d'étudiants en orthophonie dans le but de mesurer leur niveau d'empathie et d'alliance thérapeutique.

Cette étude a ouvert un axe de recherche riche sur ces construits, qu'il convient d'explorer dans de futures recherches.

6. Perspectives de recherche

Puisqu'il a été démontré que l'empathie et l'alliance thérapeutique sont des construits qui co-varient chez les étudiants en second cycle d'orthophonie, il serait intéressant d'analyser les facteurs déterminant l'empathie et qui pourraient avoir une répercussion sur l'alliance entre un étudiant et un patient suivi au cours d'un stage clinique. Des effets prédicteurs ou modérateurs de la relation thérapeutique, comme la personnalité de l'étudiant ou bien les caractéristiques du patient suivi (Baier et al., 2020), pourraient aussi être explorés.

De plus, il semble pertinent d'investiguer la construction de ces concepts dans un cadre plus large lors de prochaines études. Ainsi, l'alliance thérapeutique pourrait être étudiée en tenant compte de la relation maître de stage-étudiant qui influe beaucoup sur le développement des compétences cliniques (Cassidy, 2013; Neumann et al., 2011). L'empathie et l'alliance thérapeutique pourraient aussi être étudiées à travers l'analyse de dyades étudiant en second cycle d'orthophonie-patient. Ce point de vue différent permettrait de comprendre ce qui se joue réellement dans la relation thérapeutique (Colliver et al., 2010 ; Constantino et al., 2020 ; Doran, 2014). Cette perspective de recherche est intéressante car il est démontré que le regard des patients permet, dans certains cas, de mieux prédire l'efficacité d'une relation de soin par rapport au regard du thérapeute (Croft & Watson, 2019 ; Elliott et al., 2011). Cette perspective serait d'autant plus réalisable qu'il existe une version du WAI-SR version patient traduite et validée en français (Bottemine, 2017) et qu'un équivalent de la JSE, nommé *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)* et destiné aux patients, a été mis en point pour évaluer l'empathie dans le soin (Kane et al., 2007).

Par ailleurs, les résultats obtenus amènent à conclure qu'il n'y a pas une évolution du niveau d'empathie et d'alliance thérapeutique chez ces étudiants. Faisant l'objet d'une étude transversale, les données recueillies n'ont pas permis d'évaluer l'évolution de ces construits chez un même étudiant au fil de ses expériences de stages. Il serait donc pertinent d'étudier l'empathie et l'alliance thérapeutique dans le cadre d'une étude longitudinale. Cette méthodologie de recherche permettrait d'obtenir un examen plus précis des changements du niveau d'empathie et d'alliance thérapeutique des étudiants au fil de la formation. Des évaluations successives au cours d'un même suivi permettraient également d'envisager la temporalité et la spécificité de ces construits en analysant par exemple l'évolution de la

capacité à construire une alliance ou en analysant le niveau d'alliance thérapeutique formée en fonction de la pathologie du patient par exemple (Baier et al., 2020 ; Colliver, 2010 ; Croft & Watson, 2019). Ce dernier point pourrait être étudié à l'aide des données de patients récoltées et non analysées dans cette étude.

Enfin, une autre perspective de recherche pourrait être envisagée en ce qui concerne l'opérationnalisation de l'empathie. Son étude pourrait être envisagée autrement puisque la définition utilisée au travers de la JSE-S ne correspond plus à la définition récemment admise du concept (Eklund & Meranius, 2021). C'est effectivement une limite majeure de l'outil car il se concentre sur la part cognitive de l'empathie (Sulzer et al., 2016). Cependant, il est important de rappeler que la JSE-S reste à ce jour l'échelle de mesure de l'empathie clinique la plus largement utilisée dans le domaine de la recherche. Cet outil demeure le plus pertinent au vu de sa fiabilité, sa validité et sa praticité d'administration (Hong & Han, 2020). À l'avenir, des modifications de l'outil peuvent être envisagées pour être au plus près des nouvelles conceptions de l'empathie émises par les dernières recherches (Cuff et al, 2016 ; Eklund & Meranius, 2021 ; Jeffrey, 2016a).

CONCLUSION

Ce projet avait pour ambition d'étudier l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en second cycle d'orthophonie. Dans ce but, deux outils auto-administrés que sont la JSE-S et le WAI-SR ont été proposés aux participants. L'objectif principal de la recherche était d'analyser l'existence d'une relation entre l'empathie des étudiants et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient suivi en stage. De plus, deux objectifs secondaires étaient poursuivis afin de comprendre si ces construits variaient au cours du second cycle de la formation en orthophonie.

Une méthodologie statistique rigoureuse a été menée afin de répondre aux trois problématiques soulevées. Aucune donnée spécifique n'existait sur l'ajustement des deux échelles employées auprès de la population des étudiants en orthophonie. De fait, il a été vérifié que la JSE-S et le WAI-SR possédaient des caractéristiques psychométriques stables au sein des différentes catégories constituant l'échantillon. Il a ensuite été montré que les échelles respectaient les trois niveaux de l'invariance selon le niveau de master. Grâce à cette vérification de l'invariance, il a pu être affirmé qu'il existe une corrélation significativement positive et moyenne entre l'empathie des étudiants en second cycle d'orthophonie et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec un patient suivi en stage. L'étude n'a cependant pas permis d'observer une variation significative du niveau d'empathie et d'alliance thérapeutique chez ces étudiants.

Ce projet est inédit puisqu'aucune étude n'avait à ce jour analysé ces deux construits auprès de cette population. Bien que cette étude mette en exergue l'existence d'une corrélation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en orthophonie en formation clinique, de futures recherches sont nécessaires afin de comprendre les tenants et aboutissants de ces construits dans la relation de soin. Finalement, compte tenu de l'intérêt majeur porté au positionnement des étudiants en santé dans leur savoir-être, il est certain que des recherches futures viendront compléter les conclusions de cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Akgün, Z., Akdeniz, M., Kavukcu, E., & Avci, H. H. (2020). Medical Students' Empathy Level Differences by Medical Year, Gender, and Specialty Interest in Akdeniz University. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 1-11. <https://doi.org/10.1177/2382120520940658>
- Alavi, M., Visentin, D. C., Thapa, D. K., Hunt, G. E., Watson, R., & Cleary, M. (2020). Chi-square for model fit in confirmatory factor analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2209-2211. <https://doi.org/10.1111/jan.14399>
- Bachelor, A. (2011). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance : Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118-135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change : A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 1-14, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships ? *Academic Medicine*, 79(9), 832-839. <https://doi.org/10.1097/00001888-200409000-00004>

- Berthoz, A. (2014). Une théorie spatiale de la différence entre la sympathie et les processus de l'empathie. Dans M. Botbol, N. Garret-Gloanec, & A. Besse (dirs.), *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique* (pp. 77-98). Doin.
- Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>.
- Bitoun, A., Buffel Du Vaure, C., Lucet, C., Jaury, P., & Malmartel, A. (2020). Empathie des étudiants en médecine : Validation de la JSPE-MS © en français. *Exercer*, 160, 88-94.
https://www.researchgate.net/publication/340376231_Assessment_of_medical_students_empathy_the_French_validation_of_the_JSPE-MS
- Bottemine, T. (2017). *Translation of the Working Alliance Inventory Short Version (WAI SR) in French by a Delphi process with Forward/Backward translation* (Thèse de médecine). Université de Brest, France.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bourget, L. & Le Corre, A. (2012). *Orthophonie et diversité culturelle : analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral* (Mémoire). Université de Nantes.
- Braconnier, A. (2003). Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique. *Psychanalyse et/ ou psychothérapie. Le Carnet Psy*, 83(6), 30-37.
<https://doi.org/10.3917/lcp.083.0030>

- C.N.I.L. (2018). *Le règlement général sur la protection des données - RGPD*.
<https://www.cnil.fr/reglement-europeen-protection-donnees>
- Cassidy, C. H. (2013). The Relationship Between Perceived Supervisory Roles, Working Alliances, and Students' Self-Efficacy in Speech-Language Pathology Practicum Experiences. *Perspectives on Administration and Supervision*, 23(3), 92-109.
<https://doi.org/10.1044/ass23.3.92>
- Chakraborty, R. (2017). Estimation of Greatest Lower Bound Reliability of Academic Delay of Gratification Scale. *IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSRJRME)*, 07(2), 75-79. <https://doi.org/10.9790/7388-0702017579>
- Chatterjee, A., Ravikumar, R., Singh, S., Chauhan, P. S., & Goel, M. (2017). Clinical empathy in medical students in India measured using the Jefferson Scale of Empathy—Student Version. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 14(33), 1-6. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2017.14.33>
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.
<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0298-x>
- Chen, J. T., LaLopa, J., & Dang, D. K. (2008). Impact of Patient Empathy Modeling on Pharmacy Students Caring for the Underserved. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(2), 40. <https://doi.org/10.5688/aj720240>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling : A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/s15328007sem0902_5
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique - Fondements et mise en œuvre*. Dunod.

- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Goodwin, B. J., Višlā, A., Flückiger, C., Muir, H. J., & Gaines, A. N. (2020). Indirect effect of patient outcome expectation on improvement through alliance quality : A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 31*(6), 711-725. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1851058>
- Croft, R. L., & Watson, J. (2019). Student clinicians' and clients' perceptions of the therapeutic alliance and outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 61*(1), 105709. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105709>
- Crutzen, R., & Peters, G. J. Y. (2015). Scale quality : alpha is an inadequate estimate and factor-analytic evidence is needed first of all. *Health Psychology Review, 11*(3), 242-247. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1124240>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy : A review of the concept. *Emotion Review, 8*(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Cungi, C. (2011). Alliance thérapeutique et empathie. *Santé Mentale, 158*, 82-87. <https://www.santementale.fr/revue/numero-158-mai-2011/>
- Danon-Boileau, L., Eckert, F., & Florez, C.-L. (2014). La place de l'empathie dans la communication verbale. Dans M. Botbol, N. Garret-Gloanec & A. Besse (dirs.), *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique* (pp.165-174). Doin.
- Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie, 2*(2), 133-144. <https://doi.org/10.3917/rne.022.0133>
- Decety, J. (2015). The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 3*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.001>

- Déclaration d'Helsinki*. (2013). Association Médicale Mondiale (AMM).
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.
- DeGeorge, J. (2008). *Empathy and the Therapeutic Alliance: Their Relationship to Each Other and to Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder* (Thèse) Université du Massachusetts.
- Delbrouck, M. (2016). *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Médecine & Hygiène*, 58, 1877–1880.
<https://www.semanticscholar.org/paper/L%27alliance-th%C3%A9rapeutique-%3A-Un-conceptempiriqueDesplandRoten/3915843d85698c15cabfec368cab539d77810861>
- DiLollo, A., & Favreau, C. (2010). Person-Centered Care and Speech and Language Therapy. *Seminars in Speech and Language*, 31(2), 90-97. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1252110>
- Dimitrov, D. M. (2010). Testing for Factorial Invariance in the Context of Construct Validation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(2), 121-149. <https://doi.org/10.1177/0748175610373459>
- Doran, J. M. (2014). The working alliance : Where have we been, where are we going ? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>

- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F. & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 3, 41-51. <https://doi.org/10.3917/rne.031.0041>
- Ebert, K. D. et Kohnert, K. (2010). Common factors in speech-language treatment an exploratory study of effective clinicians. *Journal of Communication Disorders*, 43(2), 133-147. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.12.002>
- Eklund, J., & Meranius, M. (2021). Toward a consensus on the nature of empathy : A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité : les fondements d'une pratique*. Solal.
- Falkenström, F., Hatcher, R. L., & Holmqvist, R. (2014). Confirmatory Factor Analysis of the Patient Version of the Working Alliance Inventory–Short Form Revised. *Assessment*, 22(5), 581-593. <https://doi.org/10.1177/1073191114552472>
- Feller, C. P., & Cottone, R. R. (2003). The Importance of Empathy in the Therapeutic Alliance. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(1), 53-61. <https://doi.org/10.1002/j.2164-490x.2003.tb00168.x>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>

- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaume, J. (2020). *Mieux communiquer pour mieux soigner : Concepts et outils à l'usage des professionnels de la santé*. Graine d'auteur.
- Georgieff, N. (2005). Intérêts de la notion de “ théorie de l'esprit ” pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 341-371. <https://doi.org/10.3917/psy.482.0341>
- Gerbase, M. W., Gustin, M. P., Bajwa, N., Abbiati, M., & Baroffio, A. (2021). Development and Cross-National Validation of a French Version of the Jefferson Scale of Empathy for Students. *Evaluation & the Health Professions*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/01632787211033330>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2019). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory—Therapist version : Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30(6), 706-717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>

- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care : Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Science + Business Media.
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S) : Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Medical Principles and Practice*, 24(4), 344-350. <https://doi.org/10.1159/000381954>
- Hojat, M., & LaNoue, M. (2014). Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *International Journal of Medical Education*, 5, 73-81. <https://doi.org/10.5116/ijme.533f.0c41>
- Hojat, M., DeSantis, J., & Gonnella, J. S. (2017). Patient Perceptions of Clinician's Empathy : Measurement and Psychometrics. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 78-83. <https://doi.org/10.1177/2374373517699273>
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy : a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & 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), 58-60. <https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy :

- Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Hong, H., & Han, A. (2020). A systematic review on empathy measurement tools for care professionals. *Educational Gerontology*, 46(2), 72-83. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1712058>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modeling : Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A.O. (2015). Therapeutic/Working Alliance. Dans R.L. Cautin & S.O. Lilienfeld (Éds), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp.1-5). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp262>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling : A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jaffredo, N. (2016). Vous avez dit orthophoniste ? Dans I. Ali & C. Wolf (Eds.), *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste* (pp. 185-218). Erès.

- Jeffrey, D. (2016a). Clarifying empathy : the first step to more humane clinical care. *British Journal of General Practice*, 66(643), 143-145.
<https://doi.org/10.3399/bjgp16x683761>
- Jeffrey, D. (2016b). Empathy, sympathy and compassion in healthcare : Is there a problem ? Is there a difference ? Does it matter ? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2017). Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy : preliminary psychometric data. *Croatian Medical Journal*, 48(1), 81-86.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080494/pdf/CroatMedJ_48_0081.pdf
- Kerlan, M. (2016). *Ethique en orthophonie : Le sens de la clinique*. De Boeck Supérieur.
- Kerlan, M. (2018). L'éthique dans l'enseignement en orthophonie. Dans *Rééducation Orthophonique (Éd.), Pédagogie universitaire et formation en orthophonie*, 56(276), (pp. 225-243). Ortho Edition.
- Lalau, J. -D., Lacroix, A., Deccache, A., Wawryniak, M. (2012). *Créer une alliance thérapeutique : on n'éduque pas un adulte souffrant !* Chronique Sociale.
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. (2018). People with aphasia's perception of the therapeutic alliance in aphasia rehabilitation post stroke: a thematic analysis. *Aphasiology*, 32(12), 1397-1417.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1441365>

- Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., & Rigal, L. (2012). Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *European Journal of General Practice*, 19(1), 23-28. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.709842>
- Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., & Rigal, L. (2012). Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *European Journal of General Practice*, 19(1), 23-28. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.709842>
- Leonard, H. D., Campbell, K., & Gonzalez, V. M. (2018). The Relationships among Clinician Self-Report of Empathy, Mindfulness, and Therapeutic Alliance. *Mindfulness*, 9(6), 1837-1844. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0926-z>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Cleghorn (Eds.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Manoukian, A., Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Editions Lamarre
- Marmilloud, L. (2019). *Donner vie à la relation de soin : expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité*. Editions Erès.
- Mateo, M. (2012). Alliance thérapeutique. Dans M. Formarier & L. Jovic (Eds.), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd., pp. 64-66). Association de recherche en soins infirmiers.
- Mathon, B. (2013). Les neurones miroirs : De l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Revue Neurologique*, 169(4), 285-290. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.10.008>

- McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412-433. <https://doi.org/10.1037/met0000144>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2013, août). *Annexe 5 du décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste*. Journal Officiel de la République Française. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027915618?init=true&page=1&query=2013-798&searchField=ALL&tab_selection=all
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013, septembre). *Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste (Bulletin Officiel n°32, Annexe 3)*. https://cache.media.education.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013, septembre). *Cahier des charges des stages en orthophonie (Bulletin Officiel n°32, Annexe 5)*. https://cache.media.education.gouv.fr/file/32/39/3/cahier-charges-stages-orthophoniste_267393.pdf
- Mino, J.-C., & Lefève, C. (2018). Les soins de support comme nouveau modèle de soin : de l'expérience vécue aux soins de la personne malade. Dans A. Plagnol, B. Pachoud & B. Granger (dirs.), *Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne* (pp. 151-162). Doin.
- Mirani, S. H., Shaikh, N. A., & Tahir, A. (2019). Assessment of Clinical Empathy Among Medical Students Using the Jefferson Scale of Empathy-Student Version. *Cureus*, 11(2), e4160. <https://doi.org/10.7759/cureus.4160>

Modalités d'admission en orthophonie pour la rentrée 2021. (s. d.). FNEO.
<http://www.fneo.fr/modalites-dadmission-en-orthophonie-pour-la-rentree-2021/>

Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) : psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231-239
<https://doi.org/10.1002/cpp.658>

Nájera Catalán, H. E. (2018). Reliability, Population Classification and Weighting in Multidimensional Poverty Measurement : A Monte Carlo Study. *Social Indicators Research*, 142(3), 887-910. <https://doi.org/10.1007/s11205-018-1950-z>

Narme, P., Mouras, H., Loas, G., Krystkowiak, P., Roussel, M., Boucart, M. & Godefroy, O. (2010). Vers une approche neuropsychologique de l'empathie. *Revue de neuropsychologie*, 4(4), 292-298. <https://doi.org/10.3917/rne.024.0292>

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons : A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.
<https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318221e615>

Nienhuis, Jacob B. (2014). *A meta-analytic review of the relationships between the therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy.* (Thèse). <https://doi.org/10.18297/etd/1063>

Papageorgiou, A., Miles, S., & Fromage, M. (2018). Does medical students' empathy change during their 5-year MBBS degree ? *Education for Health*, 31(3), 142-147.
https://doi.org/10.4103/efh.EfH_279_17

- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing : A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466-480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Plagnol, A., Pachoud, B., & Granger, B. (2018). *Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne*. Doin.
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35(4), 333-354. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.07.001>
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting : The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, 41, 71-90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>
- Ratka, A. (2018). Empathy and the Development of Affective Skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82(10), 1140-1143. <https://doi.org/10.5688/ajpe7192>
- Riotte, F. (2020). *Facteurs influençant l'alliance thérapeutique entre un stagiaire en orthophonie et un patient présentant un trouble spécifique des apprentissages*. (Mémoire). Université de Nantes.
- Rodgers, R. F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.02.005>
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.02.005>

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C., Chakara, Z., Cohen, R., Fourie, K., Gounder, D., & Makaruse, N. (2016). Levels of empathy in speech therapy and audiology undergraduate students training at the University of Cape Town. *UR@UCT : Undergraduate Research*, 1(2), 1-21.
<https://doi.org/10.15641/ur-at-uct.v1i2.39>
- Savès, M. (2021). *Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives*. MOOC PoP-Health. Université de Bordeaux, Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (ISPED).
https://lms.funmooc.fr/c4x/ubordeaux/28004/asset/S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf
- Sherman, J. J., & Cramer, A. (2005). Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *Journal of Dental Education*, 69(3), 338-345. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2005.69.3.tb03920.x>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion : A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Sønsterud, H., Kirmess, M., Howells, K., Ward, D., Feragen, K.B., & Halvorsen, M.S. (2019) The working alliance in stuttering treatment: A neglected variable? *International Journal of Language & Communication Disorders*. 54(4), 606-619.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12465>

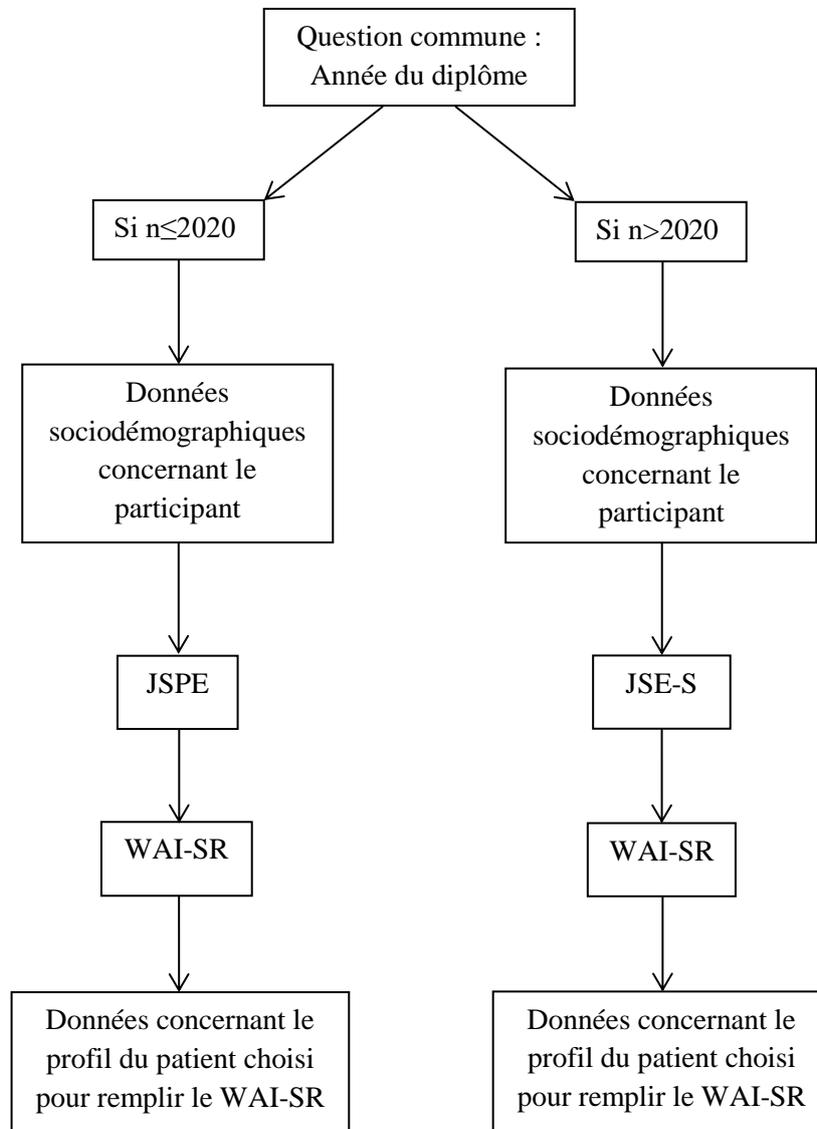
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers : A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Soto, A. (2017). *A Meta-Analytic Review of the Association of Therapeutic Alliance, Therapist Empathy , Client Attachment Style, and Client Expectations with Client Outcome*. (Thèse). Université Brigham Young.
- Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education : a systematic review. *Medical Education*, 50(3), 300-310. <https://doi.org/10.1111/medu.12806>
- Sylvestre, A., & Gobeil, S. (2018). L'alliance thérapeutique : Un incontournable pour la pratique clinique. *Langage et pratiques*, 60, 14-23. https://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Langages_pratiques/LP60_textes.pdf
- Taber, K. S. (2017). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Medical Education*. (11), 54. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-54>
- Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J., & Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation : An integrative account. *Progress in Brain Research*, 247, 273-304. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>

- 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>
- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C., & Ommen, O. (2018). Perceived Psychotherapist's Empathy and Therapy Motivation as Determinants of Long-Term Therapy Success—Results of a Cohort Study of Short Term Psychodynamic Inpatient Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(660), 1-11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00660>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Williams, B., Brown, T., Boyle, M., & Dousek, S. (2012). Psychometric testing of the Jefferson Scale of Empathy Health Profession Students' version with Australian paramedic students. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 45-50.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00719.x>
- Witko, A. (2018). Comment la pédagogie nourrit la réflexion disciplinaire en orthophonie ? Dans *Rééducation Orthophonique (Éd.)*, *Pédagogie universitaire et formation en orthophonie*, 56(276), (pp. 225-243). Ortho Edition.
- Zijlmans, E. A. O., Tijmstra, J., van der Ark, L. A., & Sijtsma, K. (2018). Item-Score Reliability in Empirical-Data Sets and Its Relationship With Other Item Indices. *Educational and Psychological Measurement*, 78(6), 998-1020.
<https://doi.org/10.1177/0013164417728358>

ANNEXES

Annexe 1. Structure interne du questionnaire commun	I
Annexe 2. Affiche du questionnaire commun.....	II
Annexe 3. Structure du questionnaire (partie étudiants)	III
Annexe 4. Adaptation libre de l'échelle JSE-S	XII

Annexe 1. Structure interne du questionnaire commun



Annexe 2. Affiche du questionnaire commun

MÉMOIRES DE RECHERCHE

ENCADRÉS PAR GILLES GUIHARD ET VALÉRIE MARTINAGE



FLORIANE ARDELLIER ET JULIETTE LE DOUARIN
CFUO DE NANTES



Annexe 3. Structure du questionnaire (partie étudiants)

L'Alliance Thérapeutique : Étude sur les ressentis lorsqu'elle est engagée.

Dans le cadre de nos travaux de fin d'études, nous réalisons une enquête portant sur l'alliance thérapeutique et l'empathie à destination des étudiant·e·s en second cycle d'orthophonie et des orthophonistes.

Celle-ci s'appuie sur deux échelles de mesure validées scientifiquement. Elle ne nécessite aucune connaissance spécifique. Vous pouvez ainsi remplir ce questionnaire, peu importe votre approche à l'égard de ces notions. Nous souhaitons en effet obtenir une représentation large de vos ressentis selon vos expériences de relations thérapeutiques.

L'objectif principal de notre recherche est de comprendre si l'empathie peut être considérée comme un facteur corrélé à l'alliance thérapeutique chez les étudiant·e·s en orthophonie et les orthophonistes.

Durée moyenne du questionnaire : 5 minutes

Grâce à votre aide, nous pourrions participer à l'enrichissement de la formation initiale des étudiant·e·s et de la pratique professionnelle des orthophonistes.

Merci pour votre collaboration !

Ce projet est porté par nos co-directeurs Madame Martinage, orthophoniste et enseignante au sein du CFUO de Nantes, ainsi que Monsieur Guihard, maître de conférence des Universités.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez nous contacter par mail :

Etudiantes :

- floriane.ardellier@etu.univ-nantes.fr
- juliette.le-douarin@etu.univ-nantes.fr

Directeur de mémoire :

- gilles.guihard@univ-nantes.fr

Co-directrice de mémoire :

- valerie.martinage@univ-nantes.fr

En cliquant sur “suivant”, vous donnez votre consentement libre et éclairé.

Vous êtes libres d'arrêter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez.

Données socio-démographiques

Quelle est l'année (prévue) de votre obtention du diplôme d'orthophoniste / de logopède / de logopédiste ?

! Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

! Les étudiant·e·s diplômé·e·s en 2023 ou après ne sont pas concerné·e·s par cette étude.

Veillez écrire votre réponse ici : _____

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 25 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans
- 50-54 ans
- 55-59 ans
- 60-64 ans
- 65 ans et plus

Quel est votre genre ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Masculin
- Féminin

Avez-vous effectué vos études en France ou effectuez-vous vos études en France ?

Cette partie de notre enquête s'adresse seulement aux étudiant·e·s de CFUO en France.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

A des fins de suivi d'enquête et non à visée comparative, merci d'indiquer le centre de formation où vous avez eu votre diplôme/ êtes en train de faire vos études :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Amiens
- Besançon
- Bordeaux
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rouen
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours

Merci de lire attentivement les items ci-dessous.

Afin d'obtenir des résultats les plus représentatifs et pertinents possibles en raison de la date de diffusion de l'étude, veuillez suivre la consigne suivante :

- **Si vous êtes actuellement en Master 2**, répondez en vous appuyant sur vos ressentis et expériences cliniques jusqu'en fin de Master 1.
- **Si vous êtes néo-diplômé·e de 2021**, répondez en vous appuyant sur vos ressentis et expériences cliniques jusqu'en fin de Master 2.

Évaluer à l'aide de l'échelle suivante ce qui vous correspond le mieux.

1	2	3	
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	
4	5	6	7
Indifférent·e	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

- 1) La compréhension par l'orthophoniste de ce que ressentent les patient·e·s et leur famille n'influence pas le soin prodigué.
- 2) Les patient·e·s se sentent mieux quand l'orthophoniste comprend ce qu'ils·elles ressentent.
- 3) Il est difficile pour un·e orthophoniste de voir les choses selon le point de vue des patient·e·s.
- 4) Dans les relations orthophoniste-patient·e, je considère le fait de comprendre le langage corporel des patient·e·s comme aussi important que comprendre la communication verbale.
- 5) Le sens de l'humour de l'orthophoniste contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.

- 6) Il est difficile pour un·e orthophoniste de voir les choses selon le point de vue des patient·e·s parce que chaque personne est différente.
- 7) Lors d'un entretien initial, l'orthophoniste essaie de ne pas prêter attention aux émotions des patient·e·s.
- 8) Être attentif·ve au vécu des patient·e·s n'influence pas les résultats de leur traitement.
- 9) Lorsque l'orthophoniste prend en soin des patient·e·s, il·elle essaie de se mettre à leur place.
- 10) Les patient·e·s ou leurs familles accordent de l'importance à la compréhension par l'orthophoniste de ce qu'ils·elles ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.
- 11) Les liens émotionnels avec les patient·e·s n'influencent pas les résultats.
- 12) Interroger les patient·e·s sur leur vie personnelle n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à la pathologie.
- 13) L'orthophoniste devrait essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit des patient·e·s en prêtant attention aux signes non verbaux et au langage corporel.
- 14) L'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la pathologie.
- 15) L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.
- 16) Comprendre l'état émotionnel des patient·e·s et de leurs familles est une composante importante de la relation thérapeutique.
- 17) L'orthophoniste devrait essayer de penser comme les patient·e·s pour leur offrir de meilleurs soins.
- 18) L'orthophoniste ne devrait pas se laisser influencer par les fortes relations émotionnelles entre les patient·e·s et leurs familles.
- 19) Je n'éprouve aucun plaisir à lire de la littérature autre que celle liée à ma (future) profession ou à m'intéresser aux arts.
- 20) L'empathie est un facteur thérapeutique participant au traitement des patient·e·s.

WAI-SR

Afin de répondre au questionnaire suivant, arrêtez votre choix sur un·e patient·e (et un·e seul·e) pris en soin par vous au cours de vos stages.

Dans le cadre de cette étude précise, **le·la patient·e à qui vous pensez doit être en capacité de verbaliser son ressenti** (les réponses au questionnaire sont ainsi susceptibles d'être validées de son côté). Vous répondrez cependant seul·e sans votre patient·e.

Hormis certains profils de patient·e·s étant par exemple très jeunes, présentant un lourd polyhandicap ou de graves troubles cognitifs, les critères accordés concernant la pathologie et l'âge de votre patient·e pour remplir cette échelle sont larges.

Afin d'obtenir des résultats les plus représentatifs et pertinents possibles, un décalage quant à votre expérience est requis en raison de la date de diffusion de l'étude.

- Si vous êtes actuellement en Master 2, répondez en vous basant sur votre expérience de Master 1.
- Si vous êtes néo-diplômé·e de 2021, répondez en vous basant sur votre expérience de Master 2.

Vous évalueriez votre ressenti à chaque énoncé en vous basant sur cette échelle :

1	2	3	4	5
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Presque toujours

- 1) Ce·tte patient·e et moi sommes d'accord sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation.
- 2) Je suis sincèrement concerné·e par le bien-être de ce·tte patient·e.
- 3) Nous travaillons sur des objectifs convenus ensemble.
- 4) Ce·tte patient·e et moi sommes tous·tes les deux convaincu·e·s de l'utilité de ce que nous faisons actuellement au cours de cette prise en soin.
- 5) J'estime ce·tte patient·e en tant qu'individu.
- 6) Nous nous sommes mis d'accord sur le type de changement qui serait bon pour ce·tte patient·e.
- 7) Ce·tte patient·e et moi nous respectons l'un·e l'autre.
- 8) Ce·tte patient·e et moi avons une perception commune de ses objectifs.

9) Je respecte ce·tte patient·e même quand il·elle fait des choses que je n'approuve pas.

10) Nous sommes d'accord sur ce qui est important pour ce·tte patient·e de travailler.

Renseignements supplémentaires

Dans quel(s) lieu(s) ce·tte patient·e est-il/elle suivi·e ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Cabinet libéral/ à domicile
- Centre/structure/hôpital

Veillez préciser le type de centre concerné :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- C.A.M.S.P.
- C.M.P
- C.M.P.P.
- Centre d'accueil de jour
- Centre de Santé Mentale
- Établissement et service d'aide par le travail
- Foyer d'accueil médicalisé et centre d'expertise autisme
- I.M.E/ I.M.Pro/ I.T.E.P.
- Institut d'éducation motrice
- Institut d'éducation sensorielle
- S.E.S.S.A.D.
- S.S.R.
- Structure hospitalière (service de neurologie, rééducation fonctionnelle, gériatrie, psychiatrie, HDJ, etc.)
- Unité d'Enseignement en Maternelle
- Autre _____

De quel suivi orthophonique bénéficie le-la patient·e concerné·e ?

Pour un caractère d'homogénéité nationale, nous vous proposons un appui sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en date du 1er juillet 2019.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rééducation des troubles de l'articulation
- Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle
- Rééducation vélo-tubo-tympanique
- Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées
- Rééducation des dysphagies
- Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité
- Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire
- Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit
- Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique, etc.)
- Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture
- Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral
- Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral (de 3 à 6 ans inclus)
- Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence
- Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ ou éducation à la pratique de la lecture labiale
- Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)
- Rééducation et/ ou maintien et/ ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique

- Rééducation et/ ou maintien et/ ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives
- Rééducation des dysphasies
- Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire

Dans quelle tranche d'âge se situe le-la patient-e concerné-e ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 10 ans
- 10- 19 ans
- 20- 29 ans
- 30- 39 ans
- 40- 49 ans
- 50- 59 ans
- 60- 69 ans
- 70- 79 ans
- 80 ans et plus

Quelle est la modalité de prise en soin de ce-tte patient-e ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Suivi en présentiel
- Suivi en téléorthophonie
- Suivi en présentiel et en téléorthophonie

Merci pour votre aide apportée à notre projet !

N'hésitez pas à diffuser notre enquête à vos collègues !

Vous pourrez nous contacter par mail si vous souhaitez connaître les résultats de l'enquête.

- floriane.ardellier@etu.univ-nantes.fr
- juliette.le-douarin@etu.univ-nantes.fr

Annexe 4. Adaptation libre de l'échelle JSE-S

Modèle comme suit :

Traduction française validée.

<i>Adaptation libre dans le cadre de l'étude.</i>

Item 1 :

La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.
--

<i>La compréhension par l'orthophoniste de ce que ressentent les patient·e·s et leur famille n'influence pas le soin prodigué.</i>
--

Item 2 :

Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent.
--

<i>Les patient·e·s se sentent mieux quand l'orthophoniste comprend ce qu'ils·elles ressentent.</i>
--

Item 3 :

Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients.
--

<i>Il est difficile pour un·e orthophoniste de voir les choses selon le point de vue des patient·e·s.</i>

Item 4 :

Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade.
--

<i>Dans les relations orthophoniste-patient·e, je considère le fait de comprendre le langage corporel des patient·e·s comme aussi important que comprendre la communication verbale.</i>
--

Item 5 :

Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique.

<i>Le sens de l'humour de l'orthophoniste contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.</i>

Item 6 :

Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent.

Il est difficile pour un·e orthophoniste de voir les choses selon le point de vue des patient·e·s parce que chaque personne est différente.

Item 7 :

L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire.

Lors d'un entretien initial, l'orthophoniste essaie de ne pas prêter attention aux émotions des patient·e·s.

Item 8 :

L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.

Être attentif·ve au vécu des patient·e·s n'influence pas les résultats de leur traitement.

Item 9 :

Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.

Lorsque l'orthophoniste prend en soin des patient·e·s, il·elle essaie de se mettre à leur place.

Item 10 :

Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.

Les patient·e·s ou leurs familles accordent de l'importance à la compréhension par l'orthophoniste de ce qu'ils·elles ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.

Item 11 :

Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical ; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.

Les liens émotionnels avec les patient·e·s n'influencent pas les résultats.

Item 12 :

Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas comprendre ce dont ils se plaignent.

Interroger les patient·e·s sur leur vie personnelle n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à la pathologie.

Item 13 :

Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales à l'a l'attitude corporelle.

L'orthophoniste devrait essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit des patient·e·s en prêtant attention aux signes non verbaux et au langage corporel.

Item 14 :

Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie.

L'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la pathologie.

Item 15 :

L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée.

L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.

Item 16 :

La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade

Comprendre l'état émotionnel des patient·e·s et de leurs familles est une composante importante de la relation thérapeutique.

Item 17 :

Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.

L'orthophoniste devrait essayer de penser comme les patient·e·s pour leur offrir de meilleurs soins.

Item 18 :

Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille.

L'orthophoniste ne devrait pas se laisser influencer par les fortes relations émotionnelles entre les patient·e·s et leurs familles.

Item 19 :

La lecture de la littérature non médicale ou les œuvre artistiques ne m'apportent aucun plaisir.

Je n'éprouve aucun plaisir à lire de la littérature autre que celle liée à ma (future) profession ou à m'intéresser aux arts.

Item 20 :

Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.

L'empathie est un facteur thérapeutique participant au traitement des patient·e·s.

Titre du Mémoire : Étude de l'empathie et de l'alliance thérapeutique chez les étudiants en second cycle d'orthophonie.

RÉSUMÉ

Les concepts d'empathie et d'alliance thérapeutique sont peu étudiés chez les étudiants en orthophonie. Il paraît donc pertinent de se questionner sur leur savoir-être lorsqu'ils réalisent des stages cliniques. Les objectifs de cette étude sont d'explorer l'existence d'une relation entre leur empathie et leur capacité à former une alliance thérapeutique avec un patient et d'analyser la variation de ces construits durant le second cycle de formation orthophonique. Pour cela, une enquête comprenant l'inventaire de l'alliance thérapeutique-court révisé (WAI-SR) (Hatcher & Gillapsy, 2006) et l'échelle d'empathie de Jefferson-version étudiante (JSE-S) (Hojat et al., 2018) a été diffusée en ligne. 277 réponses complètes ont été récoltées. Une analyse factorielle confirmatoire a objectivé la non-adéquation des modèles structuraux de ces échelles pour cette population. Les hypothèses d'une structure bidimensionnelle pour la JSE-S et d'une structure unidimensionnelle pour le WAI-SR ont ensuite été confirmées. Ces échelles ont rapporté une bonne fiabilité. Une analyse factorielle confirmatoire multi-groupe a démontré que la mesure des deux construits était identique pour tous les répondants. Par conséquent, il a été affirmé l'existence d'une corrélation significativement positive et moyenne entre ces construits chez les étudiants mais aucune variation n'a été retrouvée. De futures recherches sont nécessaires afin compléter ces conclusions.

MOTS-CLÉS : alliance thérapeutique, empathie, étudiants en orthophonie, JSE-S, WAI-SR

ABSTRACT

The concepts of empathy and therapeutic alliance are not well studied by speech and language therapy students. It therefore seems relevant to question their soft skills when they are on clinical placements. The aims of this study are to explore the relationship between their empathy and their ability to form a therapeutic alliance with a patient and to analyse the variation of these constructs during the second cycle of speech and language therapy formation. For this purpose, a survey including the Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) (Hatcher & Gillapsy, 2006) and the Jefferson Scale of Empathy-Student Version (JSE-S) (Hojat et al., 2018) was disseminated online. 277 complete responses were collected. A confirmatory factor analysis showed that the structural models of these scales did not match for this population. The hypothesis of a two-dimensional structure for the JSE-S and a one-dimensional structure for the WAI-SR was then confirmed. These scales reported good reliability. A multigroup confirmatory factor analysis showed that the measurement of both constructs was identical for all respondents. Therefore, a significantly positive and mean correlation between these constructs among students was asserted but no variation was found. Future research is needed to complement these findings.

KEY WORDS : therapeutic alliance, empathy, speech therapy students, JSE-S, WAI-SR