

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

Etude d'un lien de corrélation entre
l'empathie et la construction de l'alliance
thérapeutique chez les orthophonistes

Présenté par *Floriane ARDELLIER*

Née le 18/07/1996

Présidente du Jury : Madame Creusen Hélène – Orthophoniste, chargée de cours

Directeur du Mémoire : Monsieur Guihard Gilles – MCF, chargé de cours

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

Membres 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 **Floriane ARDELLIER**, 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 proposée vise à déterminer si le degré d'empathie des orthophonistes peut être corrélé positivement avec la capacité à construire une alliance thérapeutique avec leur patient et si ces deux construits évoluent selon les années d'exercice, la durée des études ou la formation suivie.

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 : Saint-Herblain

Le : 14/05/2022

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 **Floriane ARDELLIER** déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Saint-Herblain

Le : 14/05/2022

Signature : 

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier mes directeurs de mémoire, monsieur Guihard et madame Martinage, qui suivent ce projet depuis plus de deux ans. Les échanges étaient riches et toujours dans la bienveillance.

Je remercie l'ensemble des orthophonistes ayant participé à cette étude, à ceux ayant partagé le questionnaire et ayant échangé sur le sujet. J'adresse également mes remerciements aux orthophonistes ayant répondu au pré-test et ayant proposé des modifications.

Je tiens à remercier mes maîtres de stage durant ces cinq années d'étude qui ont enrichi ma pratique future et mes réflexions sur ce thème d'alliance thérapeutique qui me tient à cœur.

Merci à Juliette sans qui ce projet aurait été tout autre.

J'aimerais exprimer toute ma gratitude pour mes proches qui m'ont soutenue lors des années du concours, de mes études et de ce projet. Merci à ma famille, à tous mes relecteurs. Merci à Clara pour ton amitié. Je remercie enfin mon plus grand soutien et pilier, Nicolas.

Table des matières

I. Introduction.....	1
1. L'alliance thérapeutique	2
1.1 Historique de l'alliance thérapeutique	2
1.1.1 Les prémices du concept d'alliance thérapeutique.....	2
1.1.2 Les trois composantes de l'alliance thérapeutique selon Bordin	3
1.2 Le développement de l'alliance thérapeutique	3
1.3 Les facteurs influençant le développement de l'alliance thérapeutique	4
2. L'empathie.....	5
2.1 Vers une construction d'une définition commune de l'empathie	5
2.1.1 L'émergence d'un concept.....	5
2.1.2 La diffusion d'un concept avec Carl Rogers	6
2.1.3 L'empathie : quatre thèmes principaux	6
2.1.4 Distinction entre empathies cognitive et émotionnelle	7
2.2 Différencier empathie/sympathie/compassion.....	9
2.2.1 La distinction empathie/sympathie.....	9
2.2.2 La distinction entre empathie/sympathie/compassion.....	9
2.3 Le concept d'empathie selon Hojat.....	9
2.3.1 Empathie cognitive versus empathie émotionnelle	10
2.3.2 Comprendre versus ressentir	10
2.3.3 Communication de la compréhension	10
2.4 Ce qui peut modifier l'empathie côté thérapeute	10
2.4.1 La différence du sexe	10
2.4.2 L'épuisement au travail.....	11
3. La relation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique	11
3.1 Analyse de la relation entre empathie et alliance thérapeutique.....	11
3.1.1 Mesurer l'alliance thérapeutique selon le modèle de Bordin.....	12

3.1.2 Mesurer l'empathie selon le modèle d'Hojat	13
3.2 L'alliance thérapeutique et l'empathie en orthophonie	14
3.2.1 Les recherches sur l'alliance thérapeutique en orthophonie	14
3.2.2 Les recherches sur l'empathie en orthophonie	14
3.3 L'alliance thérapeutique et l'empathie sont-elles prédictives de l'issue thérapeutique ?	15
4. Buts et hypothèses	16
III. Matériel et méthode.....	17
1. Population.....	17
1.1 Population d'étude	17
1.2 Envoi d'un pré-test du questionnaire	17
1.3 Recrutement de la population	18
2. Matériel.....	18
2.1 La plateforme choisie.....	18
2.2 Structure du questionnaire	18
2.3 Mesure de l'empathie.....	19
2.3.1 Propriétés de l'échelle JSPE.....	19
2.3.2 Adaptation de l'outil JSPE	20
2.4 Mesure de l'alliance thérapeutique	20
2.4.1 Propriétés de l'échelle WAI-SR.....	20
2.4.2 Adaptation de l'outil WAI-SR	20
3. Analyse des données.....	21
3.1 Analyse factorielle confirmatoire.....	21
3.2 Analyse de la mesure d'invariance selon les années d'exercice, la durée des études et la formation.....	22
3.3 Critères de validité des échelles de mesure de l'empathie (JSPE) et de l'alliance thérapeutique (WAI-SR).....	23
3.4 Statistiques descriptives et inférentielles	23

IV. Résultats	24
1. Présentation de la population.....	24
2. Analyse des données.....	27
2.1 Analyses descriptives.....	27
2.2 Analyses factorielles confirmatoires.....	27
2.3 Fiabilité des échelles JSPE et WAI-SR	28
2.4 Analyses de la mesure d'invariance.....	29
2.4.1 MGCFA de l'échelle JSPE.....	29
2.4.2 MGCFA du WAI-SR	31
2.5 Statistiques descriptives et inférentielles	32
2.5.1 Statistiques comparatives	32
2.5.2 Corrélations	34
V. Discussion	38
1. Rappel des objectifs et des hypothèses	38
2. Interprétation des résultats.....	38
2.1 Vérification des structures des échelles et cohérence interne	38
2.2 Vérification de l'hypothèse 1	39
2.2.1 Selon les années d'exercice.....	39
2.2.2 Selon la durée des études.....	40
2.2.3 Selon la formation	40
2.3 Vérification de l'hypothèse 2	40
2.4 Vérification de l'hypothèse 3	42
2.4.1 Selon les années d'exercice.....	42
2.4.2 Selon la durée des études.....	43
2.4.3 Selon la formation	44
3. Considérations sur les outils	44
4. Forces et faiblesses de l'étude	45

5. Perspectives envisagées	45
VI. Conclusion	47
VII. Bibliographie	48
VI. Annexes.....	60

Abréviations

CALPAS : California Psychotherapy Alliance Scale

CARE : Consultation and Relational Empathy Measurement

CC : Compassionate Care, ou soin compassionnel

CFA : confirmatory factor analysis, ou analyses factorielles confirmatoires

CFI : Comparative Fit Index, ou indice comparatif d'ajustement

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DROM-COM : Départements et Régions d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer

DWLS : Diagonally Weighted Least Squares ou méthode des moindres carrés pondérés sur la diagonale

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FOF : Fédération des Orthophonistes de France

GFI : Goodness of Fit Index ou indice de qualité de l'ajustement

HAQ : Helping Alliance Questionnaire

IRC : Item-Rest Correlation ou corrélation entre chaque item et le reste de l'échelle

IRI : Indice de Réactivité Interpersonnelle

JSE-S : Jefferson Scale of Empathy-Student

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

KAS : Kim Alliance Scale

MGCFA : Multi-Group Confirmatory Factor Analysis, ou analyse factorielle confirmatoire multi-groupes

PT : Perspective Taking, ou prise de perspective

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation ou erreur quadratique moyenne de l'approximation

SPS : Standing in Patient's Shoes, ou se tenir dans les pas du patient

SRMR : Standardized Root Mean Square of Residuals ou valeur moyenne standardisée de la racine carrée des résidus

TES : Therapist Empathy Scale

TDE : théorie de l'esprit

TLI : Tucker-Lewis Index ou indice de Tucker-Lewis

VTAS : Vanderbilt Therapeutic Alliance

WAI : Working Alliance Inventory

WAI-SR : Working Alliance Inventory Short-Revised

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Structure factorielle de l'échelle JSPE.

Figure 2 : Structure factorielle de l'échelle WAI-SR.

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon le sexe, le lieu d'exercice et le pays des études.

Tableau 2 : Description des échantillons selon les années d'exercice et la durée des études.

Tableau 3 : Description des échantillons selon les années d'exercice et le type de formation.

Tableau 4 : Description des réponses à l'échelle JSPE.

Tableau 5 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon les années d'exercice.

Tableau 6 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la durée des études.

Tableau 7 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la formation.

Tableau 8 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR.

Tableau 9 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon les années d'exercice.

Tableau 10 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la durée des études.

Tableau 11 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la formation.

Tableau 12 : Analyse factorielle confirmatoire des échelles JSPE et WAI-SR.

Tableau 13 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR.

Tableau 14 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon les années d'exercice.

Tableau 15 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la durée des études.

Tableau 16 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la formation.

Tableau 17 : Invariance de l'échelle JSPE.

Tableau 18 : Invariance de l'échelle WAI-SR^a.

Tableau 19 : Scores calculés pour les échelles JSPE et WAI-SR.

Tableau 20 : Statistiques comparatives des scores JSPE et WAI-SR en fonction des années d'exercice, de la durée des études, de la formation.

Tableau 21 : Analyse des différences de scores de soin compassionnel en fonction du nombre d'années d'exercice.

Tableau 22 : Corrélation entre les deux échelles.

Tableau 23 : Corrélation entre les deux échelles selon les années d'exercice.

Tableau 24 : Corrélation entre les deux échelles selon la durée des études.

Tableau 25 : Corrélation entre les deux échelles selon le type de formation.

I. Introduction

Le décret 2013-798 des compétences des orthophonistes du 30 août 2013 stipule qu'il faut « Établir et entretenir une relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique ». Cette compétence se décline en plusieurs points. Les suivants attirent particulièrement l'attention :

- « Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe »,
- « Négocier les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique »,
- « Rechercher et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient tout au long de l'intervention ».

Ces aptitudes se réfèrent directement aux trois piliers de l'alliance thérapeutique définie par Bordin que sont l'accord sur les objectifs, l'accord sur les tâches pour arriver à ces objectifs et le lien créé avec le patient (1979, dans Gaston, 1990).

Selon Jaffredo (2016), la construction d'une bonne alliance thérapeutique avec le patient est un prérequis à une prise en soin en orthophonie. Plusieurs auteurs s'accordent sur l'importance en orthophonie d'établir une alliance thérapeutique de qualité pour le succès thérapeutique (Duchan & Kovarsky, 2011; Leach, 2005; Nelson, 2011).

La troisième composante de l'alliance thérapeutique selon Bordin est le lien entre le praticien et le patient (1979, dans Gaston, 1990). Ce lien pourrait se référer à une relation de confiance qui nécessite de la bienveillance, de l'écoute et donc de l'empathie de la part du thérapeute. L'empathie, dans ses composantes affectives et cognitives, permet à l'orthophoniste d'identifier et de comprendre les émotions du patient ainsi que ce qui lui arrive tout en restant dans le respect et l'autonomie de ce dernier (Beaulieu-Pillet, 2018).

1. L'alliance thérapeutique

1.1 Historique de l'alliance thérapeutique

1.1.1 Les prémices du concept d'alliance thérapeutique

La notion d'alliance thérapeutique s'est construite dans le champ de la psychanalyse et de la psychothérapie. Freud parle de la relation thérapeute-patient en termes de collaboration, de transfert et de contre-transfert. Cette dyade est liée par un pacte analytique (Freud, 1912, dans Bioy & Bachelart, 2010). La première mention d'alliance thérapeutique dans la littérature provient de Zetzel en 1956 puis en 1966 (dans Bioy & Bachelart, 2010). Elle décrit ce concept comme étant essentiel à l'efficacité de toute thérapie. L'alliance thérapeutique dépend de la stabilité de la relation de confiance unissant un patient et son thérapeute. Les expressions d'alliance thérapeutique, d'alliance de travail, de relation thérapeutique ne sont distinguées qu'à partir des travaux respectifs de Frieswyk (1986, dans Gaston, 1990) et de Luborsky (1976, dans Gaston, 1990). Leurs écrits se complètent et permettent de distinguer l'alliance de travail de l'alliance thérapeutique. L'alliance de travail correspond à la collaboration tournée vers les tâches du traitement. Elle se distingue de ce fait de l'alliance thérapeutique qui se rapporte à la collaboration tournée vers le patient et le thérapeute.

Luborsky décrit l'alliance thérapeutique comme étant un phénomène dynamique pouvant être fragilisé puis restauré lors du travail (dans Despland et al., 2000). Il présente deux phases dans l'alliance. La première phase correspond à l'alliance initiale (ou alliance de type I) qui s'instaure lors des premiers entretiens. Elle s'associe à un climat affectif dans lequel le thérapeute est vu comme soutenant et capable de surmonter les difficultés du patient. L'alliance de type II se retrouve dans la deuxième phase tout au long de la thérapie. Elle se réfère à un travail de collaboration entre le patient et le thérapeute dans le but de passer outre les obstacles. De ce fait, elle est fluctuante.

1.1.2 Les trois composantes de l'alliance thérapeutique selon Bordin

Le concept d'alliance thérapeutique prend de l'ampleur quand Bordin introduit en 1979 trois composantes comme étant l'accord sur les objectifs, l'accord sur les tâches et le lien entre le patient et le thérapeute :

- « l'alliance de travail basée sur la capacité du patient à poursuivre un objectif thérapeutique »

- « l'alliance thérapeutique définie comme le lien affectif du patient au thérapeute »

- « la compréhension et l'engagement affectif du thérapeute pour le patient » (Bordin, cité dans Gaston, 1990, p. 145).

Les travaux de Bordin établissent les fondements théoriques de l'alliance thérapeutique et de nombreux auteurs s'y réfèrent dans le but d'approfondir cette notion.

La définition de l'alliance thérapeutique s'enrichit par la suite en intégrant la notion de partenariat : « Elle peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Elle ne peut se décider, mais se trouve être la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat » (Despland et al., 2006, cité dans Bioy & Bachelart, 2010, p. 3). Kim reconceptualise la construction de l'alliance thérapeutique afin d'inclure le système familial et élargit l'éventail du soin en ajoutant l'autonomisation du patient, aussi appelée « the empowerment » (ou autonomisation) (Lawton et al., 2018a). Il élabore l'échelle Kim Alliance Scale (KAS) afin d'ajouter à la définition de Bordin la notion d'autonomisation (Kim et al., 2001). L'autonomisation prend en compte trois facteurs : le partenariat, l'efficacité d'autonomie et l'égalité. Selon Anderson, l'autonomisation du patient représente un impact majeur dans le traitement du diabète (1995). Keller ajoute que l'autonomisation implique le partage et la prise de décision convenue entre le patient et le thérapeute. Le patient devient ainsi plus responsable de ses soins et développe son estime de soi, sa confiance et son efficacité (1998, dans Kim et al., 2001).

1.2 Le développement de l'alliance thérapeutique

Plusieurs études montrent que la capacité de construire une relation thérapeutique de qualité est perçue comme étant importante pour le succès de la thérapie (Duchan & Kovarsky, 2011; Leach, 2005; Nelson, 2011). En effet, l'alliance thérapeutique est un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky et al, 1985, dans Mateo, 2012).

Flückiger a réalisé en 2018 une méta-analyse sur 295 études publiées entre 1978 et 2017, montrant la forte corrélation entre l'alliance thérapeutique et les résultats d'une prise en charge en psychothérapie (dans Riotte, 2020). Il est à souligner qu'une alliance thérapeutique faible entre un patient et son thérapeute risque d'entraîner un abandon du suivi (Biehal, 2008, dans Sylvestre & Gobeil, 2018).

Selon Sylvestre et Gobeil (2018), une alliance thérapeutique présuppose une confiance mutuelle, de la communication et une prise de décision partagée entre le patient et le thérapeute. L'alliance se crée dès la première séance et se développe. Lawton s'est intéressé à l'alliance thérapeutique orthophoniste-patient aphasique (Lawton et al., 2018a; Lawton et al., 2018b). Lawton (2018b, pp. 554 - 559) dégage trois axes principaux pour développer et maintenir l'alliance : « poser les bases », « accroître la cohésion », « définir le contexte ». Le premier axe repose sur la mutualité et le thérapeute doit encourager le patient à participer au processus d'identification des objectifs. « Accroître la cohésion » comprend les actions entreprises par le thérapeute pour maintenir et renforcer le lien. Il peut résoudre des conflits en négociant les objectifs, en identifiant les obstacles. Il doit être également réactif en ayant la capacité de décrypter les indices non verbaux afin de s'ajuster au patient. Enfin, « définir le contexte » consiste dans la relation à prendre en considération la famille pour garder une continuité relationnelle. Dans son étude qualitative, Lawton définit la disposition à s'engager dans une intervention thérapeutique comme étant liée au besoin du patient à s'adapter aux changements de santé ainsi qu'à sa capacité à percevoir la pertinence de la thérapie.

1.3 Les facteurs influençant le développement de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique serait modulée par plusieurs groupes de facteurs, à savoir les caractéristiques du patient, celles du thérapeute, les échanges intersubjectifs et enfin l'approche utilisée (Braconnier, 2003; Despland et al., 2000). Le clinicien doit pouvoir faire preuve de flexibilité, souligner les forces du patient et être chaleureux (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Horvath & Bedi, 2002, dans Sylvestre & Gobeil, 2018). Son attention doit être portée sur l'expérience subjective du patient afin de faire un retour empathique (Horvath & Bedi, 2002, dans Sylvestre & Gobeil, 2018) « Le changement thérapeutique est plus important lorsque le thérapeute est habile et qu'il apporte confiance, acceptation, reconnaissance, collaboration et le respect du patient dans un environnement qui à la fois supporte le risque et offre une sécurité maximale » (Beutler, 2001, cité dans Corbière et al., 2006, pp. 36 - 45).

En 2010, Duff et Bedi expliquent que trois comportements du thérapeute sont responsables de 62 % de la variance d'une mesure de l'alliance, à savoir : faire des commentaires positifs sur le patient, encourager et sourire (dans Nienhuis, 2014). Ces comportements peuvent être une preuve de l'empathie du thérapeute envers son patient (Nienhuis, 2014). Il est à noter que le clinicien doit pouvoir moduler son niveau d'empathie en fonction du patient (Constantino et al., 2010 ; Horvath et Bedi, 2002, dans Sylvestre & Gobeil, 2018). Pour une bonne alliance thérapeutique chez les soignants, Cungi (2006) explique que le thérapeute doit avoir un statut et des compétences explicites, à savoir être empathique, authentique, chaleureux et professionnel. Il ajoute que plus le thérapeute a ces qualités et plus il doit être professionnel. L'inverse est vrai : plus il est professionnel et plus il peut se montrer authentique, empathique, chaleureux.

Les caractéristiques du thérapeute représenteraient 33 % de la variabilité de l'alliance (Nienhuis, 2014). L'alliance dépasserait la technique utilisée lors de la thérapie. Elle permettrait également avec l'empathie une meilleure prédiction du résultat de la thérapie que cette technique de soin (Degeorge, 2008; Soto, 2017). Le patient a aussi un rôle dans l'alliance créée avec son thérapeute. Ses expériences négatives peuvent le rendre méfiant quant à une nouvelle relation thérapeutique (Rooney, 2009, dans Sylvestre & Gobeil, 2018). Sa motivation à vouloir changer, ainsi que ce qu'il pense de l'utilité de sa thérapie peuvent influencer le développement d'une bonne alliance (Sylvestre & Gobeil, 2018).

2. L'empathie

2.1 Vers une construction d'une définition commune de l'empathie

2.1.1 *L'émergence d'un concept*

La notion d'empathie s'est construite à travers différents courants avant de décrire un attribut interpersonnel. Elle trouve ses origines dans le domaine de l'art dans le mot allemand « *Einfühlung* » désignant le « rapport qu'entretient un sujet avec une œuvre d'art, lui permettant d'accéder à son sens » (Vischer, 1873, cité dans Simon, 2009, p. 28). Lipps transpose en 1903 ce terme à la psychologie. Il s'agit alors de « faire l'expérience de lui-même pour accéder à la chose » (cité dans Simon, 2009, p. 28). En phénoménologie, Husserl en 1915 définit l'empathie comme « l'expérience compréhensive de l'existence de l'autre » (cité dans Hochmann, 2014, p. 28). Titchener importe le terme « *Einfühlung* » à l'anglais avec

son néologisme « empathy » (1909, dans Hochmann, 2014). Quant à lui, Southard introduit le rôle essentiel de l'empathie dans la relation entre un thérapeute et son patient (1918, dans Hojat, 2007). En 1960, les travaux de Greenson interprètent l'empathie comme étant « l'expérience des sentiments d'autrui » (cité dans Hochmann, 2014, p.27). Le fait de devoir prendre le point de vue de l'autre tout en gardant conscience de son identité apparaît.

2.1.2 La diffusion d'un concept avec Carl Rogers

Les travaux de Rogers en psychothérapie sont un tournant pour le concept d'empathie qui est alors largement diffusé. Rogers innove en plaçant le patient au centre de la thérapie et définit l'empathie comme la capacité « à percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne, mais sans jamais perdre la condition *comme si* » (cité dans Hojat, 2007, p. 5). Cette condition de faire « comme si » permet à la personne empathique de percevoir l'émotion de l'autre sans oublier la distinction entre lui et autrui.

2.1.3 L'empathie : quatre thèmes principaux

Jusque récemment, les auteurs s'accordaient sur le fait qu'il n'y avait pas de consensus autour de la notion d'empathie (Brunel & Martiny, 2004; Decety, 2004). L'étude d'Eklund et Meranius a recherché des articles entre 1980 et 2019 traitant de l'empathie dans divers domaines comme les neurosciences, les soins infirmiers, la psychologie ou encore la philosophie (2021). Sur les 1774 articles identifiés, 52 ont été retenus selon des critères de qualité des sources. Les auteurs ont constaté que tous les articles commençaient par souligner la multiplicité des définitions de l'empathie (2021). Il n'y aurait visiblement pas de définition commune. Cependant, l'analyse de ces articles a permis d'extraire quatre thèmes principaux apparaissant dans la quasi-totalité des articles, à savoir : partage, différenciation de soi et d'autrui, comprendre, sentiment.

Partage

L'empathie demande de partager les états mentaux, les sentiments semblables à ceux vécus par l'autre. Les sous-thèmes lui correspondant sont le partage d'expérience, le partage de représentations et le partage de sentiments (Eklund & Meranius, 2021).

Différenciation entre soi et les autres

L'empathie nécessite la reconnaissance d'une distinction entre soi et autrui. Il s'agit d'une « reconnaissance que la source de l'émotion n'est pas la sienne » (Cuff et al, 2016, cités dans Eklund & Meranius, 2021, p. 4). Reconnaître cette distinction fait ainsi référence au « comme si » de Rogers : la personne partage les états mentaux de l'autre tout en se souvenant qu'ils ne proviennent pas de lui. Ce thème réunit l'auto-distinction, la différenciation des sentiments et l'objectivité. Il peut être relié à la construction d'une perception cohérente de notre schéma corporel (Decety & Lamm, 2006).

Comprendre

Un autre thème commun aux chercheurs est celui de la compréhension qui a trait au cognitif et nécessite ainsi de « connaître quelque chose de la vie mentale de l'autre personne » (Eklund & Meranius, 2021). Il implique donc le fait de se mettre à la place d'autrui et regroupe les sous-thèmes de la connaissance, de la prise de recul et de la cognition.

Sentiment

Cette dernière partie de l'empathie « implique une réponse affective appropriée à la situation d'une autre personne » (Eklund & Meranius, 2021, p. 4). Elle regroupe les sous-thèmes affect, émotion et sensation.

Il serait ainsi plus pertinent de parler de l'empathie en liant les quatre thèmes mentionnés plutôt que de les séparer. En partant de ce concept, Eklund et Meranius expliquent qu'il est ainsi possible de considérer une empathie à la fois émotionnelle et cognitive (2021). Dans cette configuration, la partie émotionnelle donne envie à la personne empathique d'agir alors que la partie cognitive dicte l'action.

2.1.4 Distinction entre empathies cognitive et émotionnelle

Pour de nombreux auteurs, l'empathie a deux composantes : cognitive et émotionnelle (Decety, 2005; Jeffrey, 2016; Manoukian & Massebeuf, 2008; Narme et al., 2010; Ratka, 2018).

L'empathie émotionnelle, en lien avec les neurones miroirs

L'empathie émotionnelle correspond à la réponse affective faisant suite à la capacité de partager les états émotionnels d'autrui (Jeffrey, 2016). La personne empathique perçoit chez autrui des indices : l'expression faciale, les changements dans la voix, une posture (Thompson et al., 2019). Ces indices déclenchent alors une réponse affective chez l'observateur comme le mimétisme. Ce mimétisme provient des neurones miroirs.

La découverte des neurones miroirs chez le singe est due à Rizollatti et son équipe (1996, dans Georgieff, 2005). Ce réseau neuronal s'active de la même façon quand le singe s'apprête à saisir un aliment ou quand il voit un congénère faire cette même action. L'observation d'une action activerait alors ces neurones par un processus de résonance motrice. Grâce à l'imagerie par résonance magnétique, des chercheurs montrent l'implication chez les êtres humains des neurones miroirs (Buccino et al, 2013 ; Molebergs et al, 2012, dans Mathon, 2013). Ils s'activeraient alors lors des actions de soi comme pour celles d'autrui.

Gallese commence à faire du lien entre l'empathie et les neurones miroirs. Selon lui, l'empathie est un « mécanisme d'appariement neuronal constitué d'un système de neurones miroirs dans le cerveau qui nous permet de nous placer dans les « chaussures mentales » des autres » (2001, 2003, dans Hojat, 2007, p. 7). Le système des neurones miroirs jouerait un rôle important dans l'empathie émotionnelle afin de percevoir et de reconnaître les émotions d'une personne (Preston et de Waal, 2002 ; Decety, 2002, dans Mathon, 2013).

L'empathie cognitive, liée à la théorie de l'esprit

L'empathie cognitive implique de comprendre les états mentaux et les sentiments de la personne en se mettant à sa place (Decety, 2005; Jeffrey, 2016). Cette composante entraîne la personne empathique à communiquer sur sa compréhension des émotions de l'autre (Hojat et al., 2017). Elle comprendrait la conscience de soi permettant de faire la distinction avec autrui, la régulation de l'empathie et la prise de perspective (Narme et al., 2010). L'empathie est liée à la théorie de l'esprit (Cuff et al., 2016).

La notion de théorie de l'esprit (TDE) apparaît en 1978 dans une étude éthologique consistant à voir s'il est possible de prédire le comportement d'autrui chez les chimpanzés (Premack et Woodruff, dans Georgieff, 2005). La TDE correspond à l'aptitude de se représenter les états mentaux d'une autre personne (Georgieff, 2005). Elle constitue une tâche

de méta-représentation : la personne se fait une représentation des représentations d'autrui (Duval et al., 2011). Elle se compose de deux parties : une partie cognitive regroupant tout ce qui a trait aux croyances et intentions, et une partie émotionnelle reposant sur les sentiments (Georgieff, 2005).

Les liens entre la théorie de l'esprit, les neurones miroirs et les diverses formes de l'empathie sont ainsi étroits.

Afin de mieux cerner le concept d'empathie, il convient de le distinguer de la sympathie et de la compassion.

2.2 Différencier empathie/sympathie/compassion

2.2.1 *La distinction empathie/sympathie*

La sympathie a un domaine plus limité que l'empathie et ne se réfère qu'à la partie des émotions. Le sujet empathique fait l'expérience d'autrui en prenant son point de vue quand la personne sympathique expérimente elle-même les émotions d'autrui, elle les partage (Rogers, 1962, dans Hochmann, 2014). Il s'agit dans le cas de la sympathie d'une contagion émotionnelle (Berthoz, 2014). Le sujet ressent alors une motivation envers le bien-être de l'autre (Batson, 2009, dans Decety, 2010).

2.2.2 *La distinction entre empathie/sympathie/compassion*

Empathie, sympathie et compassion sont trois notions proches et pourtant très différentes. Cette difficulté pour bien les individualiser entraîne l'erreur d'utiliser un des termes pour un autre. Sympathie et compassion se rapprochent dans le sens où elles sont toutes deux impliquées quand un malheur arrive à autrui. Des situations graves engendrent la compassion et le sujet peut vouloir aider l'autre, mais une action n'est pas tout le temps suivie (Charlton, 2016, dans Jeffrey, 2016).

2.3 Le concept d'empathie selon Hojat

La définition d'Hojat de l'empathie, élaborée après un examen complet de la littérature, distingue trois mots-clés dans l'empathie : la cognition, la compréhension, la communication (Hojat et al, 2001, Hojat et al, 2003, dans Hojat, 2007).

2.3.1 Empathie cognitive versus empathie émotionnelle

Hojat distingue la partie cognitive de la partie émotionnelle dans l'empathie. Cette distinction est importante parce que l'échelle Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) proposée par Hojat, décrite dans une autre partie, se base sur cette empathie dite cognitive (Hojat et al., 2001). Selon lui, l'attribut cognitif de l'empathie est majoritaire dans le domaine du soin et implique une compréhension des expériences et des préoccupations de l'autre ainsi que la communication de cette compréhension (Hojat et al, 2002, Hojat et al, 2003, dans Hojat, 2007).

Il propose une distinction entre la sympathie qu'il rattache à l'empathie affective et l'empathie dite cognitive (Hojat et al., 2017). La compassion se retrouve alors entre la sympathie et l'empathie, entre l'émotion et la cognition (Hojat, 2007).

2.3.2 Comprendre versus ressentir

Hojat définit la relation empathique comme la capacité du thérapeute à prendre le point de vue du patient tout en gardant la distinction entre lui et son patient. Cela nécessite ainsi la compréhension des émotions de l'autre mais n'implique pas de ressentir la même émotion (Hojat, 2007).

2.3.3 Communication de la compréhension

La compréhension de l'autre ne suffit pas dans la relation de soin. Cette dernière nécessite une étape centrale qu'est la capacité à communiquer la compréhension des états du patient (Carkhuff, 1969, Chessick, 1992, dans Hojat, 2007). Ainsi, « peut-être que si nous souhaitons devenir un meilleur thérapeute, nous devrions laisser nos clients nous dire si nous les comprenons correctement » (Rogers, 1975, cité dans Hojat, 2007, p. 83).

2.4 Ce qui peut modifier l'empathie côté thérapeute

2.4.1 La différence du sexe

Le sexe (considéré ici comme le sexe attribué à la naissance) du soignant joue un rôle sur le niveau d'empathie. Dans la population générale ainsi que chez les médecins, les femmes obtiennent des scores plus élevés (Hojat et al., 2001; Zenasni et al., 2012). Une étude

française plus récente souligne ce même phénomène chez les étudiants en médecine (Guihard, 2021).

2.4.2 L'épuisement au travail

L'épuisement professionnel se définit comme une réaction au stress provoqué par un déséquilibre entre les exigences et les capacités du professionnel dans le milieu du travail. Il entraîne des symptômes physiques, psychiques, comportementaux, relationnels et altère la capacité à interagir avec le patient (Manoukian, 2016; Sorenson et al., 2016). L'étude chez des étudiants en médecine montre une corrélation positive entre un niveau élevé d'épuisement professionnel et des scores faibles pour la dimension du soin compassionnel et celle concernant la faculté à se mettre à la place du patient (Zenasni et al., 2012). De plus, un haut niveau d'empathie prédisposerait d'un épuisement émotionnel chez les soignants (Manoukian, 2016). A l'inverse, un haut degré de bien-être personnel favorise l'empathie des médecins (Zenasni et al., 2012). Selon les études de Thirioux en 2016 et de Wikinson en 2017, l'empathie représente également un meilleur facteur de protection que la compassion chez les soignants (Guihard, 2021).

3. La relation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique

3.1 Analyse de la relation entre empathie et alliance thérapeutique

L'empathie est l'une des caractéristiques les plus étudiées chez les médecins (Benbassat & Baupal, 2004). « Le soin est un engagement humain non neutre » (Thomas et al., 2012, cité dans Manoukian, 2016, p. 41). Cette relation soignant-soigné est ainsi centrée sur l'empathie, l'authenticité et l'acceptation positive inconditionnelle (Manoukian & Masseur, 2008). Il est essentiel pour le thérapeute de pouvoir ajuster le degré d'empathie selon le patient (Duan et Hill, 1996, Martin, 2000, dans Elliott et al., 2011; Greenberg et al., 2001).

Le lien reflétant une relation thérapeutique positive peut être perçu comme la compréhension empathique du patient par son thérapeute (Vitinius et al., 2018). L'empathie est ainsi pour de nombreux chercheurs au cœur de l'alliance thérapeutique (Hojat et al., 2017; Leonard et al., 2018; Soto, 2017). Nienhuis souligne dans sa méta-analyse que l'alliance thérapeutique est très étroitement connectée aux perceptions de l'empathie et de l'authenticité

du thérapeute (2014). Toutefois, la corrélation entre l'empathie et le niveau d'expérience clinique n'est pas claire. En effet, l'article de Greenberg et al., (2001) note la corrélation négative entre le niveau d'expérience du thérapeute et le résultat de l'empathie. L'empathie serait ainsi plus forte chez les thérapeutes moins expérimentés, et aurait tendance à diminuer avec l'expérience. Cependant, l'étude de Lelorain mesure l'empathie chez des médecins et explique qu'elle ne serait pas liée à l'expérience du thérapeute (2013).

L'analyse de la relation alliance thérapeutique-empathie implique de pouvoir mesurer ses construits.

3.1.1 Mesurer l'alliance thérapeutique selon le modèle de Bordin

Afin de mesurer l'alliance thérapeutique, trois approches sont proposées : l'auto-questionnaire du patient, l'auto-questionnaire du thérapeute, le questionnaire réalisé par un juge extérieur en se référant à des enregistrements vidéo ou audio (Despland et al., 2000).

Les quatre outils mesurant l'alliance thérapeutique les plus utilisés sont le California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), le Helping Alliance Questionnaire (HAQ), le Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS) et le Working Alliance Inventory (WAI) (Elvins & Green, 2008, dans Bottemine, 2017). Ces outils en version raccourcie sont davantage employés au cours du temps (Flückiger et al., 2018).

Le Working Alliance Inventory Short-Revised (WAI-SR) (Hatcher & Gillaspy, 2006) est un outil permettant de mesurer l'alliance thérapeutique, selon la définition de Bordin. Il est ainsi constitué de trois facteurs : les objectifs, les tâches, le lien. C'est une version courte du WAI (Hatcher & Gillaspy, 2006). Cet outil différencie mieux les dimensions tâches, objectifs et liens que la première version du WAI (Horvath & Greenberg, 1989). Il présente une bonne cohérence interne et une bonne fiabilité : le coefficient alpha de Cronbach se situe entre 0,91 et 0,92 pour le score total de l'échelle, et entre 0,85 et 0,90 pour les sous-scores (Hatcher & Gillaspy, 2006).

Une version française a été élaborée par Bottemine (2017) et peut ainsi être proposée aux soignants. Elle présente une bonne validité convergente (Munder et al., 2010).

3.1.2 Mesurer l'empathie selon le modèle d'Hojat

Différents instruments permettent l'évaluation de l'empathie dans la population générale comme l'Indice de Réactivité Interpersonnelle (IRI) développé par Davis (1983) ou l'échelle d'empathie (Hogan, 1969). Selon Magee et Hojat, les scores d'empathie des médecins sont plus élevés que ceux de la population générale (1998, dans Hojat et al., 2001).

Le choix se porte ainsi sur la recherche d'un outil spécifique à la population de soignants. Hong et Han ont réalisé une méta-analyse portant sur les outils mesurant l'empathie chez les professionnels de soin (2020). Les trois outils obtenant les meilleurs scores dans cette étude sont le JSPE (Hojat et al., 2001), le Consultation and Relational Empathy Measurement (CARE) (Mercer et al., 2004) et le Therapist Empathy Scale (TES) (Decker et al., 2014).

L'échelle JSPE est à l'origine proposée aux médecins et son utilisation a été élargie aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants dans le soin (Hojat et al., 2001, 2002). Elle est l'une des plus utilisées dans la recherche (Sulzer et al., 2016). Le JSPE propose une fiabilité et une validité modérées et élevées, une validité de construction et de critère ainsi qu'une bonne cohérence interne (Hong & Han, 2020). Sa cohérence interne présente un alpha de Cronbach de 0,87 (Hojat et al., 2001). De plus, cet outil s'est construit dans un contexte de soin. Le JSPE est le seul outil de la sélection de l'étude de Hong et Han à remplir les deux critères de praticité et d'application que sont la facilité à remplir le questionnaire et la pertinence de l'outil pour mesurer l'empathie chez les soignants (2020).

Le JSPE a été traduit et validé en français et les analyses confirmatoires soulignent une structure à trois facteurs proche du questionnaire anglais et dans d'autres langues (Zenasni et al., 2012).

Le JSPE ainsi que les échelles CARE et TES sont les meilleurs outils évaluant l'empathie des soignants, mais certains des critères de l'étude de Hong et Han présentent des scores faibles. Cette étude souligne la nécessité de développer des outils mesurant l'empathie avec des propriétés psychométriques plus adéquates (Hong & Han, 2020).

3.2 L'alliance thérapeutique et l'empathie en orthophonie

3.2.1 *Les recherches sur l'alliance thérapeutique en orthophonie*

Actuellement, il existe peu d'études en orthophonie sur l'alliance thérapeutique et la majorité provient de l'étranger. Dans le domaine de l'aphasie, les études de Lawton sont à souligner (2018a; 2018b) et sont plus amplement détaillées dans la partie 1.2 « Le développement de l'alliance thérapeutique ».

Plusieurs études se sont intéressées à l'alliance thérapeutique chez des personnes ayant un bégaiement (Fourie, 2009; Sønsterud et al., 2019). L'étude qualitative de Fourie s'est concentrée sur ce que perçoivent les patients adultes ayant un bégaiement des qualités et caractéristiques de leur orthophoniste, ainsi que de la manière dont cela facilite la relation thérapeutique. Le bégaiement entraîne des expériences négatives nécessitant une relation sûre, réconfortante avec un orthophoniste qui peut démontrer ses compétences tout en étant chaleureux et attentionné (Van Riper & Ericksen, 1996, dans Fourie, 2009). Les patients trouvent que leur orthophoniste doit être compréhensif, gracieux, érudit, inspirant et les rendre autonomes.

En France, le rôle important de l'alliance thérapeutique dans la dysphonie dysfonctionnelle a été montré dans un mémoire d'orthophonie (Chappot de la Chanonie & Le Cam, 2019).

Le WAI-SR a été plusieurs fois utilisé. Sønsterud conclut dans son étude sur le bégaiement que c'est un bon outil permettant de mesurer l'alliance thérapeutique en orthophonie (2019). Riotte a mesuré l'alliance thérapeutique entre un stagiaire en orthophonie et un patient présentant un trouble spécifique des apprentissages avec l'échelle WAI-SR (2020). Cependant, en raison du confinement lié à la covid-19, Riotte n'a pas pu recueillir l'auto-questionnaire côté patient. Il serait intéressant de pouvoir approfondir ses travaux.

3.2.2 *Les recherches sur l'empathie en orthophonie*

Le mémoire de Moreau Taverne propose les entretiens de 20 orthophonistes afin de discerner leur vision de la notion d'empathie (2012). Il en résulte que les définitions sont vagues, souvent mélangées avec des notions proches comme la sympathie et la compassion. Une des peurs des orthophonistes interviewés est d'ailleurs de tomber dans cette compassion,

cette contagion émotionnelle au lieu de rester dans l'empathie. Ils se situeraient plus dans l'empathie cognitive ou dans l'empathie cognitive et affective. Ceux étant dans cette deuxième catégorie ont suivi des formations sur le développement personnel. L'auteur conclut sur l'intérêt dans la formation initiale de mieux définir l'empathie et de la dissocier de la sympathie, de la compassion afin de permettre aux futurs orthophonistes d'améliorer les prises en soin en améliorant la relation avec les patients.

Le mémoire en orthophonie de Pont cherche à évaluer la fluctuation de l'empathie selon les années d'expérience (2011). Durant les sept premières années d'exercice, l'empathie n'évoluerait pas ou peu selon les orthophonistes interrogés. Elle a tendance à augmenter par la suite pour 23 des 37 orthophonistes interrogés. Cependant, l'outil utilisé est un entretien semi-dirigé et ne permet pas d'analyser précisément l'empathie. L'évaluation de l'empathie avec une échelle comme la JSPE permettrait d'éclairer cette notion en orthophonie.

3.3 L'alliance thérapeutique et l'empathie sont-elles prédictives de l'issue thérapeutique ?

L'alliance thérapeutique expliquerait mieux la variance de l'issue thérapeutique que le traitement lui-même (Wampold, 2001, dans Nienhuis, 2014). La méta-analyse d'Horvath et Symonds de 24 études sur l'alliance thérapeutique en psychothérapie montre que cette alliance représenterait 26 % de la prédiction de l'issue thérapeutique (1991, Knerr et al., 2011). Une méta-analyse plus récente portait ce chiffre à 22 % (Martin et al, 2000, dans Knerr et al., 2011).

Flückiger explique dans son étude que les « résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle l'association entre l'alliance et le résultat n'est pas principalement un épiphénomène lié aux caractéristiques de l'admission et aux gains thérapeutiques précoces associés » (2018, p. 330). L'alliance thérapeutique est aussi liée aux résultats de thérapie chez les enfants et adolescents (Shirk et al, 2011, dans Soto, 2017).

Elliott réalise deux méta-analyses montrant que l'empathie est un prédicteur modérément fort de l'issue en psychothérapie (2011, 2018). Il explique par ailleurs que l'empathie auto-évaluée par le thérapeute permet de prédire l'issue de la thérapie. Cette prédiction est inférieure à celle de l'évaluation de l'empathie du thérapeute perçue par le patient. Cette dissociation pourrait s'expliquer du fait que le thérapeute a tendance à mieux discerner les nuances entre l'alliance et l'empathie (Nienhuis, 2014).

4. Buts et hypothèses

A ce jour, peu d'études traitent de l'alliance thérapeutique ou de l'empathie chez les orthophonistes et le lien entre ces deux notions n'a pas encore été questionné dans ce métier. Le but de cette étude est d'évaluer par un auto-questionnaire le degré d'empathie des orthophonistes ainsi que leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec leur patient. Les objectifs de cette recherche sont de déterminer si le degré d'empathie des orthophonistes peut être corrélé positivement avec la capacité à construire une alliance thérapeutique avec leur patient et si ces deux construits évoluent selon les années d'exercice, la durée des études ou la formation suivie.

Hypothèse 1 : l'empathie est corrélée positivement avec la capacité à construire une alliance thérapeutique chez les orthophonistes.

Hypothèse 2 : la capacité à établir une alliance thérapeutique évolue en fonction du nombre d'années d'exercice des orthophonistes, de la durée des études ou de la formation.

Hypothèse 3 : l'empathie évolue selon le nombre d'années d'exercice des orthophonistes, la durée des études ou la formation.

III. Matériel et méthode

1. Population

Ce travail est réalisé dans le cadre d'un plus vaste projet et en parallèle d'une étude concernant la corrélation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en master 1 et en master 2 en orthophonie, réalisée par Juliette Le Douarin. La première question du questionnaire porte sur l'année d'obtention du diplôme. Les répondants ont été séparés selon l'année d'obtention du diplôme en orthophonie. Les orthophonistes exerçant avant 2020 (inclus) appartiennent à la population de ce mémoire.

1.1 Population d'étude

Tous les orthophonistes francophones ayant obtenu leur diplôme avant 2020 (inclus) pouvaient répondre au questionnaire.

Sont exclus de la population de ce mémoire les orthophonistes néo-diplômés de 2021 ou n'ayant pas encore obtenu leur diplôme, ainsi que les orthophonistes en recherche d'emploi ou à la retraite.

1.2 Envoi d'un pré-test du questionnaire

Avant le lancement officiel du questionnaire, un pré-test a été envoyé à 10 orthophonistes volontaires ainsi qu'à 10 étudiants en orthophonie afin de vérifier la bonne compréhension des consignes. Des modifications ont ainsi pu être apportées (voir dans la partie matériel : « adaptation de l'outil JSPE » et « adaptation de l'outil WAI-SR »).

Une orthophoniste a soulevé la question de l'intérêt de ce mémoire. Pour elle, il ne serait pas approprié puisqu'il n'y aurait pas d'étude scientifique sur l'empathie des médecins. Or, de nombreuses études portent sur ce point ou sur l'empathie des étudiants en médecine, comme celles de Benbassat et Baumal (2004) et Guihard (2021). De plus, l'échelle JSPE a été construite en premier lieu pour évaluer l'empathie des médecins (Hojat et al., 2001). Ainsi, il paraît pertinent de réaliser cette étude chez les orthophonistes.

1.3 Recrutement de la population

La population a été recrutée grâce à la diffusion d'un questionnaire en ligne sur LimeSurvey. Les orthophonistes pouvaient répondre du 14 octobre 2021 au 31 janvier 2022. Ce questionnaire a été largement diffusé et partagé par mail auprès de maîtres de stage et de professeurs qui avaient donné leur accord, ainsi qu'aux Fédération Orthophonique de France (FOF) et Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), aux différentes associations d'écoles orthophoniques françaises. Des publications ont été réalisées auprès de groupes d'orthophonistes et de logopèdes sur le réseau social Facebook entre mi-octobre et fin janvier (Liste détaillée en annexe 1).

Les publications et les mails envoyés comportaient le lien du questionnaire, un texte ainsi qu'une affiche exposant les informations concernant la population ciblée, l'objectif principal de ces deux mémoires et la durée du questionnaire (annexes 2 et 3). Le message a été adapté aux logopèdes et logopédistes. Les adresses mail ont été indiquées afin que les répondants souhaitant échanger sur le sujet ou poser des questions puissent le faire. Une liste des personnes souhaitant être recontactées et voulant lire ce mémoire a été tenue.

2. Matériel

2.1 La plateforme choisie

La plateforme LimeSurvey a été choisie afin de garantir l'anonymat des répondants. Ils pouvaient également interrompre à tout moment le questionnaire et le reprendre plus tard. Cette plateforme permet de voir en temps réel la progression du questionnaire avec une barre d'avancement. Elle respecte le consentement libre et éclairé de la personne.

2.2 Structure du questionnaire

En cliquant sur le lien du questionnaire, le répondant voit apparaître un message d'accueil (annexe 4) expliquant l'objectif principal de cette étude, la population concernée, la durée approximative du questionnaire ainsi qu'un message axé sur la garantie de l'anonymat. Il explique également que les données seront utilisées seulement dans le cadre de cette étude. Il est notifié qu'il peut interrompre à tout moment le questionnaire. Afin de respecter le consentement libre et éclairé selon les principes de la déclaration d'Helsinki (2013), la phrase

« en cliquant sur *suivant*, vous donnez votre consentement libre et éclairé » clôture le message d'accueil.

Le questionnaire utilisé dans l'enquête se compose d'items reliés aux données socio-démographiques, des items du JSPE mesurant l'empathie chez le soignant et d'autres mesurant l'alliance thérapeutique (WAI-SR). La première question concerne l'année d'obtention du diplôme et permet de séparer les répondants et de ne sélectionner que ceux correspondant à cette étude (structure du questionnaire : annexe 5). Après une partie permettant de recueillir les remarques des participants, un message de fin apparaît avec notamment les noms et mails des personnes à contacter si le répondant a des questions ou souhaite recevoir le mémoire terminé (annexe 6).

2.3 Mesure de l'empathie

2.3.1 Propriétés de l'échelle JSPE

L'échelle JSPE est un auto-questionnaire de 20 items. 10 items sont formulés négativement (1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19) nécessitant une inversion du score (Zenasni et al., 2012). Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert de 7 points, 1 correspond à « pas du tout d'accord » et 7 à « tout à fait d'accord » (Tavakol et al., 2011). Le score total de l'échelle varie de 20 à 140 et une valeur élevée indique une forte empathie clinique. Comme mentionné dans la partie théorique 2.3 de ce mémoire, les questions du JSPE se réfèrent principalement à l'empathie cognitive (Hojat et al., 2001). La cohérence interne de cette échelle est forte (α de Cronbach = 0,87) (Hojat et al., 2001). Les items de l'échelle s'organisent autour de trois facteurs. Les items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 20 appartiennent à la dimension « Perspective Taking » appelée ici « prise de perspective ». Les items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19 constituent la dimension « Compassionate Care » ou « soin compassionnel ». La dimension « Walking in Patient's Shoes », ou « se tenir dans les pas du patient », se compose des items 3 et 6.

L'échelle JSPE française présente une structure similaire et présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,84$) (Zenasni et al., 2012).

Dans la présente étude, les indicateurs de cohérence interne (alpha de Cronbach (α), oméga de McDonald (ω) et Meilleure Borne Inférieure ou GLB) ont été calculés pour les

échantillons 1 (n = 632) et 2 (n = 511) et valaient respectivement $\alpha = 0,82/0,83$ $\omega = 0,80/0,81$ et $GLB = 0,90$ et $0,91$.

2.3.2 Adaptation de l'outil JSPE

Afin de correspondre à la population des orthophonistes, la version française de l'échelle JSPE traduite par Zenasni en 2012 a été adaptée (annexes 7 et 8). Le pré-test envoyé à plusieurs étudiants et orthophonistes a permis de détailler l'échelle de Likert en précisant l'intitulé correspondant à chaque chiffre (annexes 9 et 10).

2.4 Mesure de l'alliance thérapeutique

2.4.1 Propriétés de l'échelle WAI-SR

L'auto-questionnaire WAI-SR se compose de 10 items formulés positivement pour la version thérapeute. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 « rarement » à 5 « presque toujours » (Munder et al., 2010). Le score total varie de 10 à 50, une note élevée représentant un fort degré d'alliance thérapeutique. L'échelle WAI-SR présente une bonne cohérence interne avec un α de Cronbach situé entre 0,91 et 0,92 (Hatcher & Gillaspay, 2006). Elle comporte trois dimensions : tâches, lien, objectifs. Les items 1, 2 et 10 appartiennent à la dimension « tâche ». La dimension « objectifs » se compose des items 4, 6 et 8. Les items 3, 5, 7 et 9 constituent la dimension « lien ». La version française du WAI-SR utilisée chez des stagiaires en orthophonie présente une bonne cohérence interne avec un $\alpha = 0,77$ (Riotte, 2020). Cette étude présente une bonne cohérence interne pour les échantillons 1 (n = 632) et 2 (n = 511) avec des indicateurs correspondant respectivement à $\alpha = 0,85/0,85$ $\omega = 0,86/0,61$ et $GLB = 0,89/0,89$.

2.4.2 Adaptation de l'outil WAI-SR

Des modifications de la traduction française du WAI-SR effectuée par Bottemine en 2017 ont été réalisées pour une adaptation à la population des orthophonistes (annexe 11). Les termes « identification des émotions » et « sentiment » sont modifiés au profit de respectivement « compréhension des émotions » et « émotion » (items 1, 2 et 10). La consigne pour l'échelle du WAI-SR a également été réécrite pour une meilleure

compréhension. Une précision a été faite concernant le choix du patient sur lequel l'orthophoniste s'appuie pour compléter les items du WAI-SR (annexe 12).

3. Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels JASP 0.16.1 et Excel (JASP TEAM, 2020; Microsoft Excel, 2010). Deux échantillons ont été analysés : l'échantillon 1 correspondait à tous les répondants ($n = 632$) tandis que l'échantillon 2 était constitué des orthophonistes femmes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer (DROM-COM) ($n = 511$).

Les corrélations entre chaque item et le reste de l'échelle (item-rest correlation ou IRC) ont été calculées pour chaque item du WAI-SR et du JSPE, dans chaque échantillon et dans des sous-groupes constitués à partir de l'échantillon 2 (années d'exercice, durée des études, formation). Une valeur IRC $> 0,2$ a été choisie comme un seuil d'acceptabilité pour chaque item (Streiner & Norman, 2008).

3.1 Analyse factorielle confirmatoire

Des analyses confirmatoires ont été effectuées sur les données issues de l'échantillon 2 afin de vérifier la stabilité du modèle structural. Les données n'ont pas permis au modèle du WAI-SR de s'ajuster selon le modèle à trois facteurs proposé par Hatcher et Gillapsy (2006). Une solution convergente a été impossible à calculer dans ces conditions (résultats non montrés). Cette étude propose un modèle unidimensionnel.

Les indicateurs d'ajustement utilisés dans l'échantillon 2 correspondaient à : l'indice comparatif d'ajustement (comparative fit index ou CFI) ayant une valeur optimale $> 0,90$, l'indice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis index ou TLI) avec une valeur optimale $> 0,95$, la valeur moyenne standardisée de la racine carrée des résidus (standardized root mean square of residuals ou SRMR) et sa valeur optimale $< 0,08$, l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (root mean square of error approximation ou RMSEA) avec une valeur optimale $< 0,06$ et l'indice de qualité de l'ajustement (Goodness of fit index ou GFI) avec une valeur optimale $> 0,90$ (Hu & Bentler, 1999). Dans un grand échantillon (> 200 participants), la valeur du rapport de khi carré sur le degré de liberté (χ^2/ddl) doit être ≤ 2 (Alavi et al., 2020). Toutes ces valeurs devraient être présentées dans les études afin d'avoir une meilleure

vision de la qualité de l'ajustement entre le modèle théorique et les données de l'étude (Alavi et al., 2020).

3.2 Analyse de la mesure d'invariance selon les années d'exercice, la durée des études et la formation

La vérification de la stabilité de l'interaction item/facteur entre les différents groupes constitués est nécessaire avant de comparer les scores mesurés dans ces groupes. Cette vérification se nomme la mesure de l'invariance d'items (Dimitrov, 2010; Putnick & Bornstein, 2016). L'analyse factorielle confirmatoire multi-groupes (multi-group confirmatory factor analysis ou MGCFA) testant la valeur statistique des modèles factoriels concaténés intervient dans la mesure de l'invariance (Putnick & Bornstein, 2016). Les MGCFA ont été réalisées sur l'échantillon 2 (n = 511) selon les années d'exercice (≤ 10 ans, 11-20 ans, 21-30 ans, ≥ 31 ans), la durée des études (3 ans, 4 ans, 5 ans) et la formation (formation initiale, formation continue). Les tests statistiques se sont portés sur les trois niveaux d'invariance (configural, métrique, scalaire) et sur les transitions entre les niveaux. Les trois niveaux d'invariance configural, métrique et scalaire permettent de répondre respectivement aux questions : « la structure du construit mesuré par l'échelle est-elle la même dans les groupes analysés ? », « la compréhension de chaque item est-elle la même dans les groupes analysés ? » et « la compréhension de la réponse à chaque item est-elle la même dans les groupes analysés ? ». Un test de khi carré (χ^2) a permis de valider les niveaux d'invariance. Les critères utilisés pour cette validation correspondaient au CFI ($> 0,9$) et au RMSEA ($< 0,06$). Les transitions entre les niveaux configural et métrique, puis métrique et scalaire ont été calculées en considérant les valeurs absolues des variations de CFI (Δ CFI) et de RMSEA (Δ RMSEA). La validation statistique s'opérait quand les valeurs absolues de Δ CFI et Δ RMSEA accompagnant une transition étaient respectivement inférieures à 0.01 et 0.02 (Cheung & Rensvold, 2002). Si ces deltas sont supérieurs aux seuils fixés, alors il est nécessaire de regarder les valeurs du RMSEA et du CFI. Un RMSEA qui diminue (entre configural et métrique, et métrique et scalaire) couplé à un CFI qui augmente montrent que le modèle se porte bien et permet de le valider statistiquement. Si le RMSEA augmente et le CFI diminue, alors le modèle se dégrade (Cheung & Rensvold, 2002).

3.3 Critères de validité des échelles de mesure de l'empathie (JSPE) et de l'alliance thérapeutique (WAI-SR)

Les indicateurs de cohérence interne α de Cronbach, ω de McDonald et GLB ont été calculés comme estimateurs de la fidélité des échelles JSPE et WAI-SR dans les deux échantillons et les sous-groupes. Pour ces trois indicateurs, plus la valeur se rapproche de 1 et plus l'échelle est fidèle. Un score $\geq 0,7$ est correct, bon s'il est $> 0,8$ et très bon s'il est $> 0,9$. Un GLB égal à 0,90 signifie que la cohérence interne a 95 % de chance d'être supérieure à 0,90. Les avis divergent concernant l' α de Cronbach. Longtemps utilisée seule, cette valeur serait moins précise que l' ω de McDonald pour mesurer la fiabilité (Crutzen & Peters, 2017; Hayes & Coutts, 2020; McNeish, 2018). La valeur de l' ω de McDonald était quant à elle moins utilisée puisque moins connue des chercheurs, moins apprise lors des études et les logiciels ne l'incorporaient pas toujours (Hayes & Coutts, 2020). L'étude récente d'Edwards et al. suggère cependant que l' α de Cronbach estime la fiabilité de manière assez précise pour un modèle à un facteur, avec des résultats similaires à l' ω de McDonald (2021). Les estimations GLB et ω de McDonald peuvent présenter un biais quand les échantillons sont petits (Edwards et al., 2021), ce qui n'est pas le cas de l'échantillon 2 ($n = 511$).

3.4 Statistiques descriptives et inférentielles

Les scores d'empathie et d'alliance thérapeutique ont été calculés dans l'échantillon 2, en considérant les effectifs totaux des sous-groupes selon les critères « années d'exercice », « durée des études » et « formation ». Des tests de Shapiro-Wilk ont conclu à des distributions non normales (une valeur de $p > 0,05$ indique une distribution normale). L'analyse statistique des différences de scores entre les groupes constitués a été réalisée avec les tests appropriés (une valeur de $p < 0,05$ correspondant à une valeur significative), soit un test de Kruskal-Wallis afin d'analyser plus de deux groupes, puis un test de Mann-Whitney quand il fallait comparer les groupes deux à deux. Les corrélations entre les échelles JSPE et WAI-SR selon les groupes constitués ont été estimées à partir du calcul du coefficient de Spearman (ρ_s) et en considérant une valeur de $p < 0,05$ comme significative. La corrélation était considérée comme faible, moyenne, forte ou très forte lorsque la valeur de ρ_s s'inscrivait entre 0,2 et 0,4, entre 0,4 et 0,6, entre 0,6 et 0,8 et au-delà de 0,8.

IV. Résultats

1. Présentation de la population

632 réponses complètes ont été recueillies et regroupées dans l'échantillon 1. Les caractéristiques de cet échantillon sont décrites dans les tableaux 1, 2 et 3. Les réponses obtenues aux différents items des échelles sont données dans les annexes 13 à 20. Des analyses factorielles confirmatoires de l'échantillon 1 ont été réalisées (résultats non concluants non montrés du fait du nombre trop faible de répondants hommes, ayant réalisé leurs études hors France ou ne travaillant pas actuellement en France et dans les DROM-COM).

Selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 27 642 orthophonistes exercent en France et dans les DROM-COM au 1^{er} janvier 2021. Les hommes représentent 3,1 % de la profession (2021). Les 10 hommes de cette cohorte (échantillon 1) ont réalisé leurs études en France et y travaillent. Ne représentant que 1,64 % des orthophonistes de France (DROM-COM compris), valeur ainsi inférieure aux données de la DREES, le choix a été fait de les écarter dans l'échantillon 2. De plus, comme expliqué dans la partie « la différence de sexe », le niveau d'empathie peut différer si le répondant est un homme ou une femme. Les orthophonistes ayant réalisé leurs études en Belgique ou travaillant hors France et DROM-COM sont également écartés, étant trop peu représentés.

Les analyses portent donc majoritairement sur l'échantillon 2 correspondant aux 511 orthophonistes femmes ayant réalisé leurs études en France et travaillant dans ce pays ou dans les DROM-COM. Ces 511 répondantes représentent 1,85 % de la population totale des orthophonistes exerçant en France.

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon le sexe, le lieu d'exercice et le pays des études.

		Effectif	%
Sexe	Féminin	622	98,42
	Masculin	10	1,58
Pays d'exercice	France et DROM-COM	608	96,2
	Belgique	5	0,79
	Autre	19	3,01
Pays des études	France	536	84,81
	Belgique	87	13,77
	Suisse	4	0,63
	Autre	5	0,79

Echantillon 1 / E1 : tous les répondants (n = 632).

Des regroupements ont été créés selon les années d'exercice (≤ 10 ans, 11-20 ans, 21-30 ans et ≥ 31) et selon la durée des études (3, 4 ou 5 années) (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2021). Un dernier regroupement a été formé selon la formation suivie (initiale ou continue). Ainsi, il est normal de ne pas retrouver d'orthophonistes avec 31 ou plus années d'exercice et ayant réalisé 5 années d'études en orthophonie, le passage à 5 ans d'étude ayant été réalisé en 2013 (tableaux 2 et 3). Pour les orthophonistes ayant répondu « autre » pour le pays d'exercice : 1 Hong Kong, 1 Maroc, 1 chômage, 1 retraitée, 1 Suisse. Pour les orthophonistes ayant répondu « autre » concernant le pays des études : 2 « Allemagne », 1 « Maroc », 1 Italie », 1 « Espagne ».

Tableau 2 : Description des échantillons selon les années d'exercice et la durée des études.

		Echantillon	Années d'exercice				Total
			≤10 ans	11-20 ans	21-30 ans	≥31 ans	
Durée des études	3 ans	E1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	50 (7,9%)	50 (7,9%)
		E2	0 (0%)	1 (0,2%)	0 (0%)	55 (1,8%)	56 (11%)
	4 ans	E1	176 (27,9%)	171 (27,1%)	95 (15%)	12 (1,9%)	454 (71,8%)
		E2	138 (27%)	163 (31,9%)	93 (18,2%)	2 (0,4%)	396 (77,5%)
	5 ans	E1	128 (20,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	128 (20,3%)
		E2	59 (48,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	59 (11,6%)
Total	E1	304 (48,1%)	171 (27,1%)	95 (15%)	62 (9,8%)	632 (100%)	
	E2	197 (38,6%)	164 (32,1%)	93 (18,2%)	57 (11,2%)	511 (100%)	

Echantillon 1 / E1 : tous les répondants (n = 632).

Echantillon 2 / E2 : répondantes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM (n = 511).

Tableau 3 : Description des échantillons selon les années d'exercice et le type de formation.

		Echantillon	Années d'exercice				Total
			≤10 ans	11-20 ans	21-30 ans	≥31 ans	
Type de formation	Initiale	E1	255 (40,4%)	157 (24,8%)	91 (14,4%)	62 (9,8%)	565 (89,4%)
		E2	154 (30,1%)	164 (32,1%)	93 (18,2%)	44 (8,6%)	455 (89%)
	Continue	E1	49 (7,8%)	14 (2,2%)	4 (0,6%)	0 (0%)	67 (10,6%)
		E2	43 (8,4%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (2,5%)	56 (11%)
Total	E1	304 (48,1%)	171 (27,1%)	95 (15%)	62 (9,8%)	632 (100%)	
	E2	197 (38,6%)	164 (32,1%)	93 (18,2%)	57 (11,2%)	511 (100%)	

Echantillon 1 / E1 : tous les répondants (n = 632).

Echantillon 2 / E2 : répondantes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM (n = 511).

2. Analyse des données

2.1 Analyses descriptives

Le calcul de la corrélation de chaque item avec son échelle respective ($r_{\text{item-score}}$), des scores moyens et des écarts-types a été effectué pour les échantillons 1 et 2 (tableaux 4 et 8 : annexes 13 et 17). Les items 1 et 18 obtiennent une corrélation avec le JSPE de 0,15 et 0,19 dans l'échantillon 2, ce qui est inférieur à la valeur fixée de 0,2. Cependant, en vérifiant la structure factorielle de cette échelle, ces items ont des degrés de corrélation avec leur facteur « soin compassionnel » de respectivement 0,19 et 0,25, deux valeurs acceptables (figure 1 : annexe 21).

Les scores moyens et les écarts-types ont été calculés plus précisément dans l'échantillon 2 selon les années d'exercice, la durée des études et la formation suivie pour les deux échelles utilisées (les tableaux 5 à 7 concernent l'échelle JSPE et les tableaux 8 à 11 se rapportent à l'échelle WAI-SR, ils se trouvent en annexes : annexes 14 à 20).

L'observation des structures factorielles des échelles montre que l'échelle JSPE présente bien les trois dimensions « prise de perspective », « soin compassionnel » et « se tenir dans les pas du patient » proposées par Hojat (2001) (figure 1 : annexe 1). Comme expliqué dans la partie méthode, l'échelle WAI-SR de cette étude se présente sous la forme d'un modèle unidimensionnel appelé dans cette étude « alliance thérapeutique » (figure 2 : annexe 22).

2.2 Analyses factorielles confirmatoires

Les analyses factorielles confirmatoires (ou CFA) des structures ont été réalisées pour les échelles JSPE et WAI-SR (tableau 12). Les valeurs présentées dans ce tableau sont toutes optimales et soulignent ainsi une stabilité supérieure dans les modèles structuraux des deux échelles. Le modèle structural à trois facteurs du WAI-SR proposé par Hatcher et Gillapsy (2006) a été testé par une analyse factorielle confirmatoire. Les données n'ont pas permis au modèle de s'ajuster et de facto, une solution convergente a été impossible à calculer (résultats non montrés).

Tableau 12 : Analyse factorielle confirmatoire des échelles JSPE et WAI-SR.

	JSPE	WAI-SR ^a
χ^2/ddl	1,59	1,56
CFI	0,97	0,99
TLI	0,96	0,99
RMSEA	0,03	0,03
SRMR	0,06	0,06
GFI	0,96	0,99

^a : modèle unidimensionnel.

L'échantillon correspondait aux orthophonistes femmes (E2 ; n = 511). Khi carré sur le degré de liberté (χ^2 / ddl) ; CFI : Comparative Fit Index (indice comparatif d'ajustement) ; TLI : Tucker-Lewis Index (indice de Tucker-Lewis) ; RMSEA : Root mean square error of approximation (erreur quadratique moyenne de l'approximation) ; SRMR : Standardized root mean square residual (valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus) ; GFI : Goodness of fit index (indice de qualité d'ajustement).

2.3 Fiabilité des échelles JSPE et WAI-SR

Les valeurs alpha de Cronbach, oméga de McDonald et la meilleure borne inférieure (GLB) ont été calculées pour les échantillons 1 et 2 et présentées dans les tableaux 16 à 19. Ces valeurs sont toutes améliorées ou similaires dans l'échantillon 2 par rapport à l'échantillon 1, ce qui conforte l'idée de travailler sur un échantillon ne comportant que les femmes ayant étudié en France et travaillant en France (DROM-COM compris) (tableau 16).

Concernant l'échantillon 2, les valeurs de cohérence interne pour les scores totaux du JSPE et du WAI-SR sont bonnes. Les facteurs « soin compassionnel » et « se tenir dans les pas du patient » présentent des valeurs plus faibles. Les analyses de la cohérence interne selon les années d'exercice, la durée des études et la formation sont proposées dans les tableaux 14 à 16 (annexes 23 à 25). Les résultats sont similaires à ceux du tableau 13 : les valeurs sont bonnes pour les scores totaux des deux échelles tandis que les valeurs des deux mêmes sous facteurs du JSPE présentent des valeurs plus faibles ($< 0,7$). Les deux échelles présentent une bonne cohérence interne tandis que deux des trois facteurs du JSPE présentent une cohérence interne plus modérée.

Tableau 13 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR :

	E1	E2
Echelle JSPE	0,82 ; 0,80 ; 0,90	0,83 ; 0,81 ; 0,91
Prise de perspective	0,83 ; 0,81 ; 0,88	0,85 ; 0,83 ; 0,90
Soin compassionnel	0,59 ; 0,60 ; 0,69	0,60 ; 0,61 ; 0,70
Se tenir dans les pas du patient	0,64 ; 0,64 ; 0,64	0,66 ; 0,65 ; 0,65
Echelle WAI-SR	0,85 ; 0,86 ; 0,89	0,85 ; 0,86 ; 0,89

E1 : tous les répondants (n = 632) ; E2 : répondantes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM (n = 511). Les valeurs correspondent aux coefficients α de Cronbach, ω de McDonald et à la meilleure borne inférieure (GLB).

2.4 Analyses de la mesure d'invariance

2.4.1 MGCFAs de l'échelle JSPE

Les résultats des analyses montrent que les niveaux d'invariance configurale, métrique et scalaire de l'échelle JSPE sont validés pour les regroupements selon les années d'exercice, la durée des études et le type de formation (tableau 17).

Tableau 17 : Invariance de l'échelle JSPE.

Niveau d'invariance	Années d'exercice		Durée des études		Formation	
	Valeur	Variation entre niveaux concaténés ($ \Delta $)	Valeur	Variation entre niveaux concaténés ($ \Delta $)	Valeur	Variation entre niveaux concaténés ($ \Delta $)
Configural						
χ^2 /ddl	1.03		1.24		1.21	
CFI	0,99	-	0,96	-	0,98	-
TLI	0,99	-	0,86	-	0,97	-
RMSEA	0,02	-	0,04	-	0,03	-
SRMR	0,10	-	0,09	-	0,07	-
GFI	0,91	-	0,91	-	0,95	-
Métrique						
χ^2 /ddl	0.94		1.13		1.20	
CFI	1,00	0,00	0,98	0,02	0,98	0,00
TLI	1,01		0,98		0,98	
RMSEA	0,00	0,00	0,03	0,01	0,03	0,00
SRMR	0,09		0,08		0,07	
GFI	0,91		0,92		0,95	
Scalaire						
χ^2 /ddl	0.94		1.12		1.20	
CFI	1,00	0,00	0,98	0,00	0,98	0,00
TLI	1,01		0,98		0,98	
RMSEA	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00
SRMR	0,09		0,08		0,07	
GFI	1,00		1,00		1,00	

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM. Khi carré sur le degré de liberté (χ^2 /ddl) ; CFI : Comparative Fit Index (indice comparatif d'ajustement) ; TLI : Tucker-Lewis Index (indice de Tucker-Lewis) ; RMSEA : Root mean square error of approximation (erreur quadratique moyenne de l'approximation) ; SRMR : Standardized root mean square residual (valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus) ; GFI : Goodness of fit index (indice de qualité d'ajustement).

2.4.2 MGCFA du WAI-SR

Les résultats des analyses MGCFA montrent que les niveaux d'invariance configurale, métrique et scalaire de l'échelle WAI-SR sont validés pour les regroupements selon les années d'exercice, la durée des études et le type de formation (tableau 18).

Tableau 18 : Invariance de l'échelle WAI-SR^a.

Niveau d'invariance	Années d'exercice		Durée des études		Formation	
	Valeur	Variation entre niveaux concaténés (Δ)	Valeur	Variation entre niveaux concaténés (Δ)	Valeur	Variation entre niveaux concaténés (Δ)
Configural						
χ^2 /ddl	1.21		1.59		1.42	
CFI	0,99	-	0,97	-	0,99	-
TLI	0,98	-	0,97	-	0,98	-
RMSEA	0,04	-	0,06	-	0,04	-
SRMR	0,11	-	0,09	-	0,08	-
GFI	0,95	-	0,95	-	1,00	-
Métrique						
χ^2 /ddl	0.95		1.06		1.36	
CFI	1,00	0,01	1,00	0,03	0,99	0,00
TLI	1,00		1,00		0,99	
RMSEA	0,00	0,04	0,02	0,04	0,04	0,00
SRMR	0,09		0,08		0,08	
GFI	0,97		0,97		0,98	
Scalaire						
χ^2 /ddl	0.90		1.06		1.29	
CFI	1,00	0,00	1,00	0,00	0,99	0,00
TLI	1,01		1,00		0,99	
RMSEA	0,00	0,00	0,02	0,00	0,03	0,01
SRMR	0,09		0,08		0,07	
GFI	1,00		1,00		1,00	

^a : modèle unidimensionnel.

L'échantillon correspondait aux répondantes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM (E2 ; n = 511). Durée des études en 3, 4 ou 5 ans. Formation initiale ou continue. Khi carré sur le degré de liberté (χ^2 /ddl). CFI : Comparative Fit Index (indice comparatif d'ajustement) ; TLI : Tucker-Lewis Index (indice de Tucker-Lewis) ; RMSEA : Root mean square error of approximation (erreur quadratique moyenne de l'approximation) ; SRMR : Standardized root mean square residual (valeur standardisée de l'erreur quadratique moyenne des résidus) ; GFI : Goodness of fit index (indice de qualité d'ajustement).

2.5 Statistiques descriptives et inférentielles

Les items des échelles JSPE et WAI-SR sont invariants selon les années d'exercice, la durée des études et le type de formation. Il est donc légitime d'analyser les différences entre les groupes de scores obtenus pour l'échelle JSPE et ses facteurs et pour l'échelle WAI-SR.

2.5.1 Statistiques comparatives

Les scores moyens, les médianes, les écarts-types et les intervalles interquartiles ont été calculés (tableau 19).

Tableau 19 : Scores calculés pour les échelles JSPE et WAI-SR.

		Années d'exercice				Durée des études			Formation	
		≤ 10	11-20	21-30	≥ 31	3 ans	4 ans	5 ans	Initiale	Continue
JSPE	M	111,9	115,1	114,9	112,9	113,3	113,0	111,7	113,8	111,6
	Me	112,0	115,0	115,0	112,0	114,0	114,0	113,0	114,0	110,5
	SD	12,1	10,6	12,4	12,8	13,0	11,8	11,0	114,0	10,9
	IIQ	14,0	15,0	17,0	16,0	17,3	15,0	15,0	12,0	16,5
PT	M	55,5	56,8	57,9	57,1	57,2	15,0	55,2	56,6	55,6
	Me	55,0	56,5	58,0	57,0	57,5	56,6	55,0	57,0	55,0
	SD	8,2	7,2	7,6	7,9	7,9	57,0	7,5	7,8	7,4
	IIQ	10,0	10,0	12,0	9,0	9,3	7,8	9,5	10,0	11,0
CC	M	45,6	47,2	45,5	44,4	44,5	46,2	45,4	46,0	45,5
	Me	46,0	47,0	45,0	44,0	44,0	47,0	46,0	46,0	47,0
	SD	5,3	4,5	5,5	6,5	6,5	5,1	5,0	5,3	5,4
	IIQ	7,0	7,0	9,0	9,0	9,0	7,0	7,5	7,0	6,5
SPS	M	10,8	11,2	11,5	11,5	11,6	11,1	11,1	11,2	10,6
	Me	11,0	11,0	12,0	12,0	12,0	11,0	11,0	11,0	11,0
	SD	2,4	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,4	2,1	2,5
	IIQ	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0
WAI-SR	M	44,0	44,0	43,9	43,4	43,6	43,8	44,5	44,0	43,1
	Me	44,0	44,5	45,0	44,0	45,0	44,0	45,0	44,0	43,5
	SD	4,4	4,8	4,9	5,4	5,5	4,7	4,1	4,7	4,7
	IIQ	7,0	7,0	7,0	8,0	8,0	7,0	6,0	7,0	7,0

M : moyenne. Me : médiane. SD : écart-type. IIQ : intervalle interquartile.

PT : prise de perspective. CC : soin compassionnel. SPS : se tenir dans les pas du patient.

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Les scores ont été comparés par test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons en fonction des années d'exercice et de la durée des études et par un test de Mann-Whitney pour la comparaison selon le type de formation (tableau 20).

Tableau 20 : Statistiques comparatives des scores JSPE et WAI-SR en fonction des années d'exercice, de la durée des études, de la formation.

		JSPE	PT	CC	SPS	WAI-SR
Années d'exercice	K (p)	6,94 (0,07)	6,54 (0,09)	13,20 (0,004)	7,59 (0,06)	0,47 (0,93)
Durée des études	K (p)	1,88 (0,39)	2,64 (0,27)	4,70 (0,10)	3,00 (0,22)	0,57 (0,75)
Formation	K (p)	3,19 (0,07)	2,23 (0,14)	0,42 (0,52)	2,77 (0,10)	2,16 (0,14)

PT : prise de perspective. CC : soin compassionnel. SPS : se tenir dans les pas du patient.

K : valeur de la statistique.

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Tests de Kruskal-Wallis et de Spearman utilisés selon le nombre de sous-groupes à analyser. La significativité de différence est indiquée par la valeur de p en considérant que $p < 0,05$ correspond à une différence significative, notée en gras dans le tableau.

Les résultats montrent que les scores des différents groupes de durée des études ne varient pas significativement. Les scores obtenus selon le type de formation ne diffèrent pas non plus. Enfin, les scores obtenus en fonction des années d'exercice ne sont pas différents à l'exception du score du facteur « soin compassionnel ». L'analyse post-hoc de ces différences (tableau 21) a révélé que le soin compassionnel du groupe « 11-20 ans » est supérieur au soin compassionnel des groupes ≤ 10 ans, 21-30 ans et ≥ 31 ans.

Tableau 21 : Analyse des différences de scores de soin compassionnel en fonction du nombre d'années d'exercice.

	Années d'exercice					
	1 et 2	1 et 3	1 et 4	2 et 3	2 et 4	3 et 4
U (p)	13475,00 (0,01)	9415,50 (0,70)	6250,50 (0,19)	8991,50 (0,02)	5923,50 (0,00)	2885,00 (0,36)

Groupe 1 : ≤ 10 ans. Groupe 2 : 11-20 ans. Groupe 3 : 21-30 ans. Groupe 4 : ≥ 31 ans.

U : valeur de la statistique

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

La significativité de différence est indiquée par une valeur de $p < 0,05$ en gras dans le tableau.

2.5.2 Corrélations

Des analyses de corrélation entre les différents facteurs des échelles ont été réalisées (tableau 22). Les résultats montrent des corrélations positives entre le score total WAI-SR et le score total JSPE ainsi qu'entre le score total WAI-SR et les scores des facteurs de l'échelle JSPE.

Tableau 22 : Corrélation entre les deux échelles.

	Prise de perspective	Soin compassionnel	Se tenir dans les pas du patient	Total JSPE
Soin compassionnel	0,4			
Se tenir dans les pas du patient	0,3	0,2		
Total JSPE	0,9	0,7	0,5	
Total WAI-SR	0,4	0,2	0,3	0,4

L'échantillon correspondait aux répondantes ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM (E2 ; n = 511).

Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différents scores d'échelles et de facteurs. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,001$.

Les corrélations réalisées entre les deux échelles selon les années d'exercice sont presque toutes significatives à $p < 0,05$ (valeurs significatives en gras dans le tableau 23). Il existe des corrélations moyennes entre les scores totaux du JSPE et du WAI-SR chez les 10 ans ou moins, les 11-20 ans et les 21-30 années d'exercice. Les valeurs non corrélées se retrouvent toutes dans la tranche des ≥ 31 ans (valeurs non mises en gras). Il est intéressant de

regarder la corrélation entre les différentes dimensions du JSPE et le total du WAI-SR, et en particulier le facteur « prise de perspective » qui est lié à l'empathie dite cognitive. Cette dimension est moyennement corrélée avec le score total du WAI-SR pour les différentes tranches ≤ 10 ans, 11-20 ans et 21-30 ans. Le soin compassionnel et le WAI-SR sont faiblement corrélés chez les ≤ 10 années d'exercice au WAI-SR, et moyennement corrélés chez les 11-20 ans et 21-20 ans. « Se tenir dans les pas du patient » et le WAI-SR sont moyennement corrélés dans les quatre tranches.

Tableau 23 : Corrélation entre les deux échelles selon les années d'exercice.

		Prise de perspective	Soin compassionnel	Se tenir dans les pas du patient	Total JSPE
≤ 10 ans	Soin compassionnel	0,3			
	Se tenir dans les pas du patient	0,3	0,2		
	Total JSPE	0,9	0,7	0,5	
	Total WAI-SR	0,4	0,2	0,3	0,4
11-20 ans	Soin compassionnel	0,5			
	Se tenir dans les pas du patient	0,2	0,2		
	Total JSPE	0,9	0,8	0,4	
	Total WAI-SR	0,4	0,3	0,3	0,4
21-30 ans	Soin compassionnel	0,5			
	Se tenir dans les pas du patient	0,5	0,4		
	Total JSPE	0,9	0,8	0,6	
	Total WAI-SR	0,5	0,3	0,5	0,5
≥ 31 ans	Soin compassionnel	0,4			
	Se tenir dans les pas du patient	0,1	0,1		
	Total JSPE	0,8	0,8	0,3	
	Total WAI-SR	0,2	0,04	0,3	0,2

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différents scores d'échelles et de facteurs. Les corrélations significatives sont notées en gras.

Le tableau 24 présente les corrélations entre les deux échelles selon la durée des études. Les valeurs en gras sont significatives. Les corrélations entre le WAI-SR et le score total du JSPE sont faibles chez les 3 ans d'études et les 5 ans d'études. Elle est cependant moyenne chez les orthophonistes ayant réalisé leurs études en 4 ans. La prise de perspective et le total du WAI-SR sont moyennement corrélés chez les 4 et 5 ans d'études. La corrélation

entre le facteur « soin compassionnel » et le WAI-SR est dite moyenne chez les 4 années d'études. Le facteur « se tenir dans les pas du patient » et le score total du WAI-SR sont moyennement corrélés chez les 3 ans et 4 ans d'études.

Tableau 24 : Corrélations entre les deux échelles selon la durée des études.

	Prise de perspective	Soin compassionnel	Se tenir dans les pas du patient	Total JSPE	
3 ans	Soin compassionnel	0,4			
	Se tenir dans les pas du patient	0,1	0,1		
	Total JSPE	0,8	0,8	0,3	
	Total WAI-SR	0,2	0,08	0,4	0,1
4 ans	Soin compassionnel	0,4			
	Se tenir dans les pas du patient	0,3	0,2		
	Total JSPE	0,9	0,7	0,5	
	Total WAI-SR	0,4	0,3	0,4	0,5
5 ans	Soin compassionnel	0,3			
	Se tenir dans les pas du patient	0,1	0,3		
	Total JSPE	0,9	0,7	0,4	
	Total WAI-SR	0,3	0,06	0,1	0,3

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différents scores d'échelles et de facteurs. Les corrélations significatives sont notées en gras.

La corrélation entre le WAI-SR et le score total du JSPE est moyenne chez les orthophonistes ayant suivi une formation initiale, et faible pour celles ayant réalisé une formation continue (tableau 25). Il est possible de constater des corrélations moyennes entre la prise de perspective et le WAI-SR dans les deux types de formation. Le soin compassionnel et le WAI-SR sont faiblement corrélés chez les répondants ayant suivi une formation initiale. Le facteur « se tenir dans les pas du patient » et la dimension du WAI-SR sont moyennement corrélés chez les répondants ayant suivi une formation initiale ou continue.

Tableau 25 : Corrélations entre les deux échelles selon le type de formation.

		Prise de perspective	Soin compassionnel	Se tenir dans les pas du patient	Total JSPE
Initiale	Soin compassionnel	0,4			
	Se tenir dans les pas du patient	0,3	0,3		
	Total JSPE	0,9	0,8	0,5	
	Total WAI-SR	0,4	0,2	0,3	0,4
Continue	Soin compassionnel	0,3			
	Se tenir dans les pas du patient	0,4	0,2		
	Total JSPE	0,9	0,6	0,4	
	Total WAI-SR	0,4	0,01	0,3	0,3

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différents scores d'échelles et de facteurs. Les corrélations significatives sont notées en gras.

V. Discussion

1. Rappel des objectifs et des hypothèses

Les objectifs étaient ainsi de déterminer si un lien de corrélation pouvait être caractérisé entre l'empathie des orthophonistes et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec leurs patients et si ces deux construits varient selon les années d'exercice, la durée des études ou la formation suivie. Deux échelles ont été utilisées : le WAI-SR et le JSPE, mesurant respectivement l'alliance thérapeutique et l'empathie.

Pour ce faire, une première hypothèse a été établie : « l'empathie est corrélée positivement avec la capacité à construire une alliance thérapeutique chez les orthophonistes ». Une seconde hypothèse a été formulée afin de déterminer si le nombre d'années d'exercice, la durée des études ou la formation influençaient l'alliance thérapeutique : « la capacité à établir une alliance thérapeutique évolue en fonction du nombre d'années d'exercice des orthophonistes, de la durée des études ou la de formation ». La troisième hypothèse concernait l'évolution de l'empathie : « l'empathie évolue selon le nombre d'années d'exercice des orthophonistes, la durée des études ou la formation ».

2. Interprétation des résultats

632 personnes ont répondu au questionnaire. Le nombre de répondants hommes ou d'orthophonistes n'ayant pas réalisé leurs études en France ou ne travaillant pas en France ou dans les DOM-COM était trop peu important et de ce fait non analysable statistiquement. Il a été choisi de les écarter. Ainsi, les analyses se sont concentrées sur les 511 orthophonistes (femmes, études réalisées en France, travail actuel en France ou dans les DOM-COM).

2.1 Vérification des structures des échelles et cohérence interne

Les analyses factorielles confirmatoires (CFA) effectuées ont montré que l'échelle JSPE à trois facteurs fonctionnait de façon optimale tandis que le modèle initial du WAI-SR selon Hatcher et Gillapsy (2006) ne fonctionnait pas convenablement pour des orthophonistes françaises. Un modèle unidimensionnel du WAI-SR a donc été utilisé. Les valeurs calculées pour l' α de Cronbach, l' ω de McDonald et la meilleure borne inférieure (GLB) ont souligné de bonnes cohérences internes pour les deux échelles utilisées. Les analyses factorielles

confirmatoires multi-groupes ont démontré que les structures des échelles JSPE et WAI-SR étaient invariantes et que les orthophonistes (toutes catégories confondues) comprenaient les items et la formulation des réponses de manière identique. Toutes ces vérifications réalisées sur les modèles structuraux des échelles ont permis de réaliser des analyses comparatives de qualité.

2.2 Vérification de l'hypothèse 1

Hypothèse 1 : « l'empathie est corrélée positivement avec la capacité à construire une alliance thérapeutique chez les orthophonistes ». Cette étude présente différents niveaux de corrélation entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes. L'empathie chez les orthophonistes et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec leurs patients sont corrélées moyennement. Cette hypothèse est validée.

Il est important de rappeler qu'une corrélation ne signifie pas qu'il s'agit d'un lien de causalité. Une corrélation positive entre ces deux notions ne signifie pas qu'une bonne empathie découle d'une bonne alliance thérapeutique ou inversement. Un fort lien de corrélation pourrait indiquer un lien de cause à effet mais d'autres variables seraient alors à prendre en considération.

L'étude entre davantage dans les détails en montrant une corrélation faible entre le niveau d'alliance thérapeutique et le facteur « soin compassionnel » appartenant à l'empathie. La capacité à construire une alliance thérapeutique est corrélée moyennement avec les deux facteurs de l'empathie suivants : la « prise de perspective » et « se tenir dans les pas du patient ». Les analyses des corrélations entre l'alliance thérapeutique et l'empathie chez les orthophonistes selon les profils des orthophonistes, à savoir leurs années d'exercice, la durée de leurs études et la formation qu'elles ont suivie sont proposées ci-après.

2.2.1 Selon les années d'exercice

Des regroupements selon les années d'exercice des orthophonistes ayant répondu au questionnaire ont été créés : les ≤ 10 ans, les 11-20 années, les 21-30 années et les ≥ 31 années d'exercice. Ces groupes étant bien équilibrés, des analyses ont pu être menées et ont amené aux corrélations significatives suivantes : l'empathie et l'alliance thérapeutique sont corrélées moyennement dans les groupes des 10 ans ou moins, des 11-20 années et des 21-30 années d'exercice. Dans la tranche des 31 ou plus années d'exercice, il n'est pas possible de

conclure à une absence de corrélation ou à une corrélation puisque la valeur de p dépasse le seuil de significativité. Chaque facteur de l'échelle d'empathie obtient une corrélation moyenne à faible avec l'alliance thérapeutique, à l'exception des facteurs « prise de perspective » et « soin compassionnel » dans la tranche des 31 ou plus années d'exercice pour laquelle aucune conclusion ne peut aboutir.

2.2.2 Selon la durée des études

Le critère « durée des études » a donné lieu aux regroupements suivants dans cet échantillon : les orthophonistes ayant réalisé 3 années d'études, celles ayant suivi 4 années de formation et celles ayant suivi des études en orthophonie en 5 ans. Des corrélations significatives existent : l'alliance thérapeutique et l'empathie sont corrélées faiblement chez les orthophonistes ayant réalisé 3 ou 5 années d'études. Chez celles ayant effectué 4 années d'études, cette corrélation est dite moyenne. Chez les 3 ans d'études, « se tenir dans les pas du patient » est moyennement corrélé avec l'alliance thérapeutique. Les trois facteurs de l'échelle d'empathie sont moyennement corrélés à l'alliance thérapeutique chez les 4 ans d'études. La prise de perspective est moyennement corrélée à l'alliance thérapeutique chez les 5 ans d'études. Les différences de corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'empathie chez les 3 et 5 ans d'études pourraient être statistiquement analysées dans le futur.

2.2.3 Selon la formation

Le type de formation a créé deux groupes distincts : les répondantes ayant suivi une formation initiale et celles ayant suivi une formation continue. L'empathie et l'alliance thérapeutique sont corrélées dans ces deux groupes. Dans le premier, cette corrélation est moyenne tandis que dans le second elle est faible. Les trois facteurs de l'empathie sont faiblement à moyennement corrélés à l'alliance thérapeutique dans les deux types de formation, à l'exception du facteur « soin compassionnel » avec l'alliance thérapeutique dans la formation continue (les résultats ne sont pas significatifs).

2.3 Vérification de l'hypothèse 2

Hypothèse 2 : « la capacité à établir une alliance thérapeutique évolue en fonction du nombre d'années d'exercice des orthophonistes, de la durée des études ou de la formation. ». Les analyses statistiques des réponses à l'échelle WAI-SR dans les différents groupes (années

d'exercice, durée des études, formation) ne montrent pas de différence significative. Ainsi, l'alliance thérapeutique n'évolue pas selon le nombre d'années d'exercice, la durée des études ou la formation suivie. L'hypothèse 2 est rejetée.

Il est intéressant de se questionner sur les causes pouvant amener à cette stabilité de l'alliance thérapeutique dans les différents regroupements. Il paraît étrange que durant toute la carrière orthophonique (à l'exception de la première année d'exercice qui n'est pas analysée dans ce mémoire), le niveau d'alliance thérapeutique ne bouge pas. A ce stade des recherches, il est possible de proposer des hypothèses. Les répondantes de l'étude semblaient très investies, sensibles, voire sensibilisées à ces questionnements. De nombreuses orthophonistes avaient fait part de leur intérêt pour cette recherche. Il pourrait être possible que le biais de recrutement soit important. Le biais de désirabilité sociale a peut-être été sous-estimé. Les notions d'empathie et d'alliance thérapeutique étant centrales au métier d'orthophoniste, certaines participantes auraient pu consciemment ou non augmenter leurs réponses pour ne pas se sentir à la marge et ainsi paraître davantage dans l'empathie et dans l'alliance thérapeutique.

Une autre idée pourrait être soulevée. Afin de mesurer l'alliance thérapeutique, il a été demandé aux participantes répondant aux questions du WAI-SR de choisir un patient pris en soin ou ayant été pris en soin par elles. Ce choix pourrait paraître anodin, mais un grand nombre de répondantes ont expliqué dans les commentaires du questionnaire qu'il était plus difficile de répondre lorsque le patient choisi était un jeune enfant. Il pourrait être souligné que les jeunes enfants n'ont parfois pas conscience de leur trouble ou de la raison de leur venue. Une relation d'alliance thérapeutique entre l'orthophoniste et un jeune patient, centrée sur des objectifs communs et des tâches à effectuer pour y arriver pourrait être de ce fait plus difficile à construire. Cette problématique pourrait se retrouver chez des patients anosognosiques.

En revenant sur le choix du patient lors des items du WAI-SR, une question apparaît : « faut-il choisir un patient avec qui la relation est solide ou un patient avec qui la relation autour d'objectifs a du mal à s'établir ? » De nombreuses orthophonistes avaient alors justifié leur choix en expliquant avoir sélectionné un patient motivé et acteur dans sa rééducation, avec qui l'alliance thérapeutique était justement bien en place. Les situations étaient-elles hétérogènes, ou au contraire, similaires avec des alliances thérapeutiques solides ? En émettant l'hypothèse de profils homogènes, ce choix pourrait être déterminant pour cette

étude : les relations étant toutes fortes, il n'y aurait pas de différences significatives dans les regroupements.

2.4 Vérification de l'hypothèse 3

Hypothèse 3 : « l'empathie évolue selon le nombre d'années d'exercice des orthophonistes, la durée des études ou la formation ». Les analyses statistiques ont souligné une différence significative du soin compassionnel (composante de l'empathie) pour le groupe des 11-20 années d'exercice. En revanche, les années d'exercice, la durée des études ou encore le type de formation des orthophonistes ne modifient pas l'empathie, la prise de perspective ou encore leur capacité à s'inscrire dans les pas du patient. L'hypothèse 3 est partiellement validée.

2.4.1 Selon les années d'exercice

Les premiers résultats ont montré des différences significatives pour l'échelle JSPE selon les années d'exercice pour le facteur « soin compassionnel ». Les orthophonistes ayant entre 11 et 20 années d'exercice présentent un meilleur soin compassionnel que celles ayant 10 années ou moins, entre 21 et 30 années ou 31 et plus années d'exercice.

Pourquoi le soin compassionnel est-il plus important chez les 11-20 années d'exercices que dans les autres groupes (≤ 10 ans, 21-30 ans, ≥ 31 ans) ? Il pourrait être possible de penser que ces personnes ont acquis suffisamment d'expérience avec les patients pour savoir quoi dire et comment le dire, poser des limites dans la bienveillance. Cette tranche d'années d'exercice concorderait peut-être avec l'âge où une grande partie des orthophonistes deviennent mères. Se questionner sur le fait qu'être parent permettrait d'être davantage dans la compréhension des patients et des parents et ainsi de créer une bonne alliance thérapeutique semble intéressant.

Pourquoi cette dimension de l'empathie ou l'empathie dans son ensemble ne varie-t-elle pas chez les ≤ 10 ans ? Les orthophonistes avec 10 ans ou moins d'années d'exercice pourraient ne pas être sûres de leur pratique car elles n'auraient pas encore acquis suffisamment d'expérience clinique. Elles pourraient ne pas se sentir capables de prendre en soin un patient, penser ne pas avoir assez de connaissances théoriques. Elles ressentiraient un syndrome de l'imposteur. Ce syndrome s'exprime par l'incapacité à s'attribuer un succès, le sentiment de ne pas être à la hauteur et la peur d'être découvert (Harvey & Katz, 1985, dans Chassangre,

2016). Elles pourraient ainsi se dévaloriser lors de leurs réponses au questionnaire. Une autre façon de voir cela pourrait être de penser qu'en ayant moins d'expérience clinique, elles mettraient une barrière entre elles et les patients pour se protéger de la compassion.

Comment expliquer que l'empathie reste la même chez les orthophonistes avec plus de 20 années d'exercice ? Plusieurs idées peuvent être proposées. Les orthophonistes plus expérimentées ont réalisé leurs études en 3 ou 4 ans et n'ont pas ou peu eu de cours sur l'empathie et l'alliance thérapeutique. Elles auraient expérimenté diverses situations durant leurs carrières et sauraient mieux comment réagir par rapport à leur début d'exercice. La notion d'alliance thérapeutique serait ancrée en elles et elles en feraient usage de façon très fluide et inconsciente. Les patients leur feraient davantage confiance car elles seraient installées depuis très longtemps. Une autre approche peut être proposée par le biais de désirabilité sociale. Les orthophonistes de plus de 20 années d'expérience pourraient se sentir lassées et fatiguées de leur travail. Elles pourraient mettre une distance avec le patient pour éviter de basculer dans la compassion. Cette protection ferait en sorte qu'elles seraient moins dans l'alliance thérapeutique. Elles pourraient alors choisir des réponses plus élevées pour ne pas paraître moins dans l'alliance thérapeutique.

2.4.2 Selon la durée des études

L'étude a montré que l'empathie ne varie pas selon la durée des études des participantes. Pourquoi ? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées en gardant l'idée du biais de désirabilité sociale. Les études en 3 ans étaient très courtes et les étudiantes devaient très rapidement prendre en soin des patients. Ce phénomène semble se retrouver en Belgique lorsque les études sont également en 3 ans dans les Hautes Ecoles. Les études sont davantage centrées sur la pratique, avec des stages demandant à l'étudiant de préparer et de réaliser les séances avec les patients (« Les études en logopédie (orthophonie) en Belgique », s. d.). A l'inverse, les études en 5 ans sont très chargées en connaissances à acquérir. La dernière année nécessite la réalisation d'un mémoire en parallèle des stages et des préparations des séances. Réaliser des recherches chez les orthophonistes dans d'autres pays serait alors pertinent afin de comparer avec les orthophonistes de cette étude.

2.4.3 Selon la formation

Il n'existe pas de différence de niveau d'empathie entre les orthophonistes ayant réalisé une formation initiale et celles ayant suivi une formation continue. Les années de formation en orthophonie permettraient de se créer des compétences de savoir, de savoir-être et de savoir-faire pour tout le monde.

3. Considérations sur les outils

Les résultats obtenus pour la mesure de l'empathie avec l'échelle JSPE concordent avec ceux de la littérature et montrent que cet outil avec ses trois facteurs a bien une bonne validité de construit (Hong & Han, 2020).

Les données montrent que la structure à trois facteurs pour l'échelle WAI-SR établie par Hatcher et Gillapsy (2006) ne s'applique pas aux réponses obtenues dans cette étude. A l'opposé, les analyses montrent que les 10 items de l'échelle WAI-SR se structurent en un seul facteur nommé dans cette étude « alliance thérapeutique ». Les raisons de cette divergence de structure ne sont pas évidentes à établir. Il est cependant possible d'avancer que Hatcher et Gillapsy ont utilisé la méthode « estimation du maximum de vraisemblance » afin de montrer la structure des analyses factorielles confirmatoires. Cette méthode présuppose que les données soient distribuées normalement et correspondent à des échelles dites « à intervalles ». Cette vérification de la normalité n'a pas été réalisée dans le travail de Hatcher et Gillapsy (2006). Par ailleurs, les réponses obtenues aux items cotés par une échelle de Likert correspondent à des données ordinales. Il est à noter que leurs travaux datent de 2006, époque où les logiciels n'étaient pas les mêmes et ne proposaient pas les mêmes calculs qu'en 2022. Dans l'étude réalisée dans ce mémoire, les réponses aux items 1 à 10 ne se distribuaient pas normalement et la méthode « estimation par maximum de vraisemblance » n'a pas été utilisée. La méthode des moindres carrés pondérés sur la diagonale (DWLS) a ainsi été préférée (puisque la distribution des variables n'était pas normale). Hatcher et son équipe (2020) reviennent sur ce qu'ils avaient avancé concernant le modèle à trois facteurs du WAI-SR en réalisant de nouvelles analyses. Cette étude montre que ce modèle à trois facteurs ne converge pas et qu'une structure à deux facteurs (objectifs-tâches, lien) serait préférable et fonctionnerait mieux. Les travaux de Falkenström présentent une structure du WAI-SR (côté patient) en également deux facteurs (2015). Il n'est finalement pas si étonnant de ne pas retrouver les trois facteurs du WAI-SR dans cette étude chez les orthophonistes.

4. Forces et faiblesses de l'étude

La force de cette étude est l'aspect méthodologique. Les vérifications statistiques de la cohérence interne, du niveau d'invariance ainsi que des structures des échelles ont toutes été réalisées. Ce travail a permis d'analyser les liens de corrélation entre les échelles dans de bonnes conditions statistiques. Les différences mathématiques ne sont donc pas dues à des différences d'interprétations d'outils selon un critère (par exemple le critère « durée des études ») puisque les items des échelles sont invariants.

Un autre point fort est le nombre de répondants conséquent ($n = 511$) assurant une bonne qualité des analyses statistiques. De nombreuses orthophonistes ont fait part de l'intérêt qu'elles avaient pour ce sujet, ce qui peut susciter un biais de recrutement. Cette étude a pour la première fois permis d'analyser statistiquement le lien entre le degré d'empathie chez les orthophonistes en France et leur capacité à construire une alliance thérapeutique avec leurs patients. Elle s'inscrit dans un travail transversal plus large en parallèle d'un mémoire sur le lien entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les étudiants en master d'orthophonie.

Le biais de désirabilité sociale peut avoir eu un rôle dans cette étude : les répondantes ont pu vouloir paraître sous un jour plus favorable en choisissant des réponses plus élevées aux échelles de Likert (Savès, 2021). Les orthophonistes de cette étude ne sont pas tout à fait représentatives de la population puisque l'échantillon analysé ne comporte que des femmes (les hommes étant trop peu nombreux). Le choix de l'échelle mesurant l'alliance thérapeutique peut être amélioré afin de convenir davantage à la population des orthophonistes. Le WAI-SR est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'alliance thérapeutique chez les soignants, mais n'est finalement peut-être pas le plus adéquat à la population ciblée. Bien que plusieurs études sur l'alliance thérapeutique chez des orthophonistes aient utilisé le WAI-SR, les vérifications de la structure à trois facteurs n'ont pas été réalisées (Riotte, 2020; Sønsterud et al., 2019). Cette vérification a été faite dans cette présente étude et la structure à trois facteurs ne fonctionnait pas. L'utilisation d'une structure unidimensionnelle du WAI-SR a donc été préférée, permettant des analyses statistiques plus fiables et solides.

5. Perspectives envisagées

Les données socio-démographiques ont permis de connaître davantage les répondants (années d'exercice, durée des études par exemple). La recherche scientifique a montré que

différents facteurs relatifs aux caractéristiques des soignants influencent l'alliance thérapeutique (Sylvestre & Gobeil, 2018). Certains facteurs comme l'épuisement professionnel impactent le niveau d'empathie du soignant (Zenasni et al., 2012). Ces points n'ont pas été abordés dans ce questionnaire puisque les objectifs se concentraient sur le lien entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes et sur les variations de ces deux notions (selon les années d'exercice, la durée des études et la formation suivie). Une étude questionnant l'épuisement professionnel et l'empathie chez les orthophonistes à l'aide d'échelles pertinentes serait ainsi nécessaire pour faire avancer les recherches.

D'autres études pourraient également se pencher sur les autres caractéristiques des soignants influençant l'alliance thérapeutique et l'empathie. De plus, du fait des objectifs de cette étude, les profils des patients n'ont pas été davantage analysés. Plusieurs recherches ont par ailleurs souligné l'influence des caractéristiques des patients sur l'alliance thérapeutique (Sylvestre & Gobeil, 2018). Des analyses permettant d'interroger les orthophonistes et leurs patients seraient pertinentes dans les domaines de l'empathie et de l'alliance thérapeutique et demanderaient plusieurs études, le sujet étant très vaste. Ainsi, de nombreux projets pourraient voir le jour et prendre la suite de ces travaux concernant l'alliance thérapeutique et l'empathie chez les orthophonistes en France et dans les pays francophones, ainsi que chez leurs patients.

VI. Conclusion

Les objectifs de ce travail étaient d'analyser le possible lien entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes et d'objectiver si ces construits sont amenés à varier suivant le profil des orthophonistes (années d'exercice, durée des études, formation suivie). Afin de rechercher cette corrélation, deux outils ont été utilisés sous la forme de questionnaires psychométriques : le WAI-SR concernait l'alliance thérapeutique et le JSPE mesurait l'empathie. Il y avait des données concernant leurs structures dans la littérature scientifique, mais aucune concernant le comportement de ces outils dans la population des professionnels en orthophonie n'existait.

Ce travail est innovant et il a d'abord été vérifié que les outils employés possédaient des caractéristiques psychométriques stables au sein des différentes catégories constituant les échantillons (années d'exercice : inférieures ou égales à 10 ans, entre 11 et 20 ans, 21 à 30 ans, 31 ou plus années ; la durée des études en 3, 4 ou 5 ans ; la formation initiale ou continue). Cette étude a montré que les échelles utilisées étaient invariantes et se constituaient d'une bonne cohérence interne. Grâce à ces caractéristiques d'invariance et de cohérence, il est possible d'affirmer qu'il existe une corrélation moyenne dite positive entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes. Cette étude permet de constater différents niveaux de corrélation selon les années d'exercice, la durée des études et la formation suivie. Elle montre également d'autres corrélations entre l'alliance thérapeutique et les différents facteurs constituant l'empathie. Les analyses ne montrent pas de variation de l'alliance thérapeutique selon les différents regroupements effectués (années d'exercice, durée des études et formation). La seule variation soulignée concernant l'empathie est le facteur « soin compassionnel » qui est plus fort chez les 11-20 années d'exercice que dans les autres sous-groupes (≤ 10 , 21-30, ≥ 31 années).

Des projets pourraient voir le jour et permettre d'analyser les profils des patients. En se penchant sur les caractéristiques propres des thérapeutes, il est pertinent de se questionner sur ce qui pourrait renforcer l'alliance thérapeutique et l'empathie chez les orthophonistes.

VII. 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)
- 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>
- Anderson, R., Funnell, M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient Empowerment : Results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 18, 943-949. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.7.943>
- Association Médicale Mondiale (AMM). (2013). Déclaration d'Helsinki. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.
- Beaulieu-Pillet, L. (2018, janvier). Quand empathique rime avec éthique. *L'orthophoniste*, 375, 18-21.
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 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. In M. Botbol, N. Garret-Gloanec, & A. Besse, *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. (p. 77-98). Doin.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326. Cairn.info.

- Bottemine, T. (2017). *Traduction de la Working Alliance Inventory Short Version (WAI SR) en français par une méthode de consensus Delphi avec une traduction Aller/Retour*. Université de Brest.
- Braconnier, A. (2003). Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique psychanalyse et /ou psychothérapie. *Le Carnet PSY*, 83(6), 30-37. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.083.0030>
- Brunel, M. L., & Martiny, C. (2004). *Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers – Carrierologie – Revue francophone internationale*. 9(3), 473-500.
- Chappot de la Chanonie, H., & Le Cam, L. (2019). *Influence de l'alliance thérapeutique dans la rééducation du patient adulte avec dysphonie dysfonctionnelle*. Faculté Sorbonne Université.
- Chassangre, K. (2016). *La modestie pathologique : Pour une meilleure compréhension du syndrome de l'imposteur*. Toulouse le Mirail.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 36-45. <https://doi.org/10.1002/mpr.27>
- Crutzen, R., & Peters, G.-J. Y. (2017). 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. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Retz.

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Decety, J. (2004). L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? *L'empathie*, 53-88.
- Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie. *PSN*, 3(1), 16. <https://doi.org/10.1007/BF03006827>
- Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie, Volume 2(2)*, 133-144.
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *TheScientificWorldJOURNAL*, 6, 1146-1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Decker, S. E., Nich, C., Carroll, K. M., & Martino, S. (2014). Development of the Therapist Empathy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 339-354. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000039>
- Décret 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/referentiel-competences-orthophoniste_267387.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*. Université de Massachusetts Amherst.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Mlancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique: Un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 2315(2315). <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>

- 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>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Démographie des professionnels de santé*. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Duchan, J. F., & Kovarsky, D. (2011). Rapport and Relationships in Clinical Interactions. *Topics in Language Disorders*, 31, 297–299. <https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e31823baf91>
- 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(1), 41-51. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rne.031.0041>
- Edwards, A. A., Joyner, K. J., & Schatschneider, C. (2021). A simulation study on the performance of different reliability estimation methods. *Educational and Psychological Measurement*, 81(6), 1089-1117. <https://doi.org/10.1177/0013164421994184>
- 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 (Chicago, Ill.)*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Falkenström, F., Hatcher, R. L., & Holmqvist, R. (2015). 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>

- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2021). *Livret professionnel 2021 de l'orthophoniste*. <https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/ressources-livret-pro/livret-pro/livret-professionnel-2020-de-lorthophoniste/>
- 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. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fourie, R. J. (2009). Qualitative study of the therapeutic relationship in speech and language therapy: Perspectives of adults with acquired communication and swallowing disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 979-999. <https://doi.org/10.1080/13682820802535285>
- Gaston, L. (1990). The concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 143-153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Georgieff, N. (2005). Intérêts de la notion de “ théorie de l'esprit ” pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 341-371. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psy.482.0341>
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Guihard, G. (2021). Measurement invariance analysis of two empathy scales in a sample of French first year students registered in health formation. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01936-9>
- 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. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory-Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for 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>
- Hochmann, J. (2014). Une histoire de l'empathie. In M. Botbol, N. Garret-Gloanec, & A. Besse, *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*. (p. 15-46). Doin.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Springer Science + Business Media.
- 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., 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), S58.
- 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>
- Horvath, A., & Greenberg, L. (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>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jaffredo, N. (2016). Vous avez dit orthophoniste ? In I. Ali & C. Wolf, *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste*. (Erès, p. 185-218).
- JASP TEAM. (2020). *Jasp 0.16.1*.
- Jeffrey, D. (2016). 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>
- Kim, S. C., Boren, D., & Solem, S. L. (2001). The Kim Alliance Scale : Development and Preliminary Testing. *Clinical Nursing Research*, 10(3), 314-331.
<https://doi.org/10.1177/c10n3r7>
- 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>
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P., & Serrant, L. (2018). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in

- aphasia rehabilitation post-stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 550-563. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12368>
- Leach, M. J. (2005). Rapport : A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(4), 262-265. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.05.005>
- Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., & Rigal, L. (2013). 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>
- Les études en logopédie (orthophonie) en Belgique. (s. d.). *Euroguidance*. Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.euroguidance-france.org/partir-en-europe/belgique/les-etudes-en-logopedie-orthophonie/>
- Manoukian, A. (2016). La souffrance au travail : Les soignants face au burn-out. In *La souffrance au travail : Les soignants face au burn-out / Alexandre Manoukian*. Lamarre.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e édition). <https://www.decitre.fr/livres/la-relation-soignant-soigne-9782757302002.html>
- Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 64-66). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-64.htm>

- 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>
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure : Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699-705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
- Microsoft Excel. (2010). *Excel*.
- Moreau Taverne, C. (2012). *L'empathie : Une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière*. Université Lille 2.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). 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>
- 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*, 2(4), 292-298. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rne.024.0292>
- Nelson, N. W. (2011). New Perspectives on Rapport and Relationships. *Topics in Language Disorders*, 31(4), 293–296. <https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e31823d1f9c>
- Nienhuis, J. (2014). *A meta-analytic review of the relationships between the therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy*. [University of Louisville]. <https://doi.org/10.18297/etd/1063>

- Pont, D. (2011). *Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste* [Université Henri Poincaré]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01879756>
- 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: DR*, 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). <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*. Université de Nantes.
- Savès, M. (2021). *Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives (semaine 5)*. <https://lms.fun-mooc.fr/courses/course-v1:ubordeaux+28004+session05/courseware/a96bcddb50b443d293043c37106c5d7e/c64e00811904c258540924e877ebe4b/>
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98(3), 28-31. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>
- 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. PubMed. <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: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 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*. Université Brigham Young, Provo, Etats-Unis.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales : A practical guide to their development and use* (4^e éd.). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001>
- 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. In *Langage et pratiques* (p. 14-23).
- Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Medical Education*, 11(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-54>
- Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J., & Chakrabarti, B. (2019). Chapter 12 - Empathy and emotion regulation : An integrative account. In N. Srinivasan (Éd.), *Progress in Brain Research* (Vol. 247, p. 273-304). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>
- 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.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00660>
- Zenasni, F., Boujut, E., Buffel, C., Catu-pinault, A., Tavani, J.-L., Rigal, L., Jaury, P., Magnier, A. M., Falcoff, H., & Sultan, S. (2012). Development of a French-Language

Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and Association with Practice Characteristics and Burnout in a Sample of General Practitioners The Jefferson Scale of Physician. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(4), 759-766.

VI. Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : Liste des groupes d'orthophonistes sur le réseau social Facebook dans lesquels le questionnaire a été publié.	I
Annexe 2 : Message publié concernant le questionnaire.....	II
Annexe 3 : Affiche du questionnaire.....	III
Annexe 4 : Message d'accueil du questionnaire.....	III
Annexe 5 : Structure du questionnaire.....	V
Annexe 6 : Message de fin du questionnaire.....	V
Annexe 7 : Version française du JSPE.	VI
Annexe 8 : Version française du JSPE adaptée aux orthophonistes.....	VII
Annexe 9 : Echelle de Likert du JSPE dans sa version originale.	VIII
Annexe 10 : Echelle de Likert du JSPE proposée dans ce questionnaire.....	VIII
Annexe 11 : Echelle WAI-SR traduite en français adaptée aux orthophonistes	VIII
Annexe 12 : Consignes améliorées de l'échelle du WAI-SR.....	IX
Annexe 13 : Tableau 4 : Description des réponses à l'échelle JSPE.....	X
Annexe 14 : Tableau 5 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon les années d'exercice.....	XI
Annexe 15 : Tableau 6 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la durée des études.....	XII
Annexe 16 : Tableau 7 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la formation...	XIII
Annexe 17 : Tableau 8 : description des réponses à l'échelle WAI-SR.....	XIV
Annexe 18 : Tableau 9 : description des réponses à l'échelle WAI-SR selon les années d'exercice.....	XV
Annexe 19 : Tableau 10 : description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la durée des études.....	XVI

Annexe 20 : Tableau 11 : description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la formation.	XVII
Annexe 21 : Figure 1 : structure factorielle de l'échelle JSPE.	XVIII
Annexe 22 : Figure 2 : structure factorielle de l'échelle WAI-SR.	XVIII
Annexe 23 : Tableau 14 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon les années d'exercice.	XIX
Annexe 24 : Tableau 15 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la durée des études.	XIX
Annexe 25 : Tableau 16 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la formation.	XX

Annexe 1 : Liste des groupes d'orthophonistes sur le réseau social Facebook dans lesquels le questionnaire a été publié.

- Tous les logopèdes de Facebook
- Ortho-Infos
- Mémoires en Orthophonie
- Gwada orthos
- Orthophonistes autrement
- ORA
- Coaching entre orthophonistes
- Les clés de la réussite orthophonique.
- Orthophonie et qualité de vie (prévention du burn out)
- orthophonistes France
- orthophonistes et étudiants orthophonistes
- Orthophonistes de l'Ain
- Ortho Auvergne
- Orthophonistes Vaucluse 84
- Orthophonistes de Franche-Comté
- Je suis orthophoniste : réflexions autour de la posture professionnelle
- Orthophonistes en action
- Ch'tis...Z'Orthos
- Les orthos en Picardie
- Mezeg al Lavar / Bigoud'Orthos - Les Orthophonistes de Bretagne
- Orthophonistes d'Aquitaine
- Orthophonistes Pays de la Loire
- Orthophonistes de la Manche
- Orthophonistes des Landes
- Les orthos de Corse
- Les Orthos du Tarn
- Les Orthos du 06
- Orthos du 37
- Orth'Haute-Savoie
- Les orthos du Noriz
- Orthophonistes de Hyères/Toulon et alentours
- Orthos d'Alsace (67-68)
- Les orthos de la Drôme
- Orthophonistes du 13
- ORTHO-73
- Les ortho du loiret
- Orthophonistes de l'Aveyron
- Orthos d'Ardèche
- Les Orthos du Var
- Orthophonistes du Val d'Oise
- Orthos de Normandie
- Orthophonistes du Calvados

Annexe 2 : Message publié concernant le questionnaire.

[À DESTINATION DES M2 ET ORTHOPHONISTES DIPLÔMÉ·E·S]

Bonjour à toutes et à tous,

Vous êtes orthophoniste ou en M2 d'orthophonie ? Nous avons besoin de vous !

Nous sommes 2 étudiantes en M2 en orthophonie au CFUO de Nantes.

Dans le cadre de notre mémoire nous réalisons une enquête portant sur l'alliance thérapeutique et l'empathie. Nous comptons sur vous afin de récolter un maximum de réponses !

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 M2 d'orthophonie et les orthophonistes.

La durée de notre questionnaire est d'environ 5 minutes.

Vous pouvez accéder à notre questionnaire en ligne via ce lien : <https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/194969?lang=fr>

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

Merci d'avance pour votre participation !

Juliette Le Douarin & Floriane Ardellier – M2 CFUO Nantes

Nb : l'affiche a été créée par ALLDee, voici le lien de tout ce qu'elle a réalisé en 3D, n'hésitez pas à y jeter un œil ! <https://www.artstation.com/alld>

Annexe 3 : Affiche du questionnaire.



Affiche réalisée en 2021 par Athénaïs Cheval-Peyre, alias ALLDee.
<https://www.artstation.com/alld>

Annexe 4 : Message d'accueil du questionnaire.

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 2nd 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 conférences 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

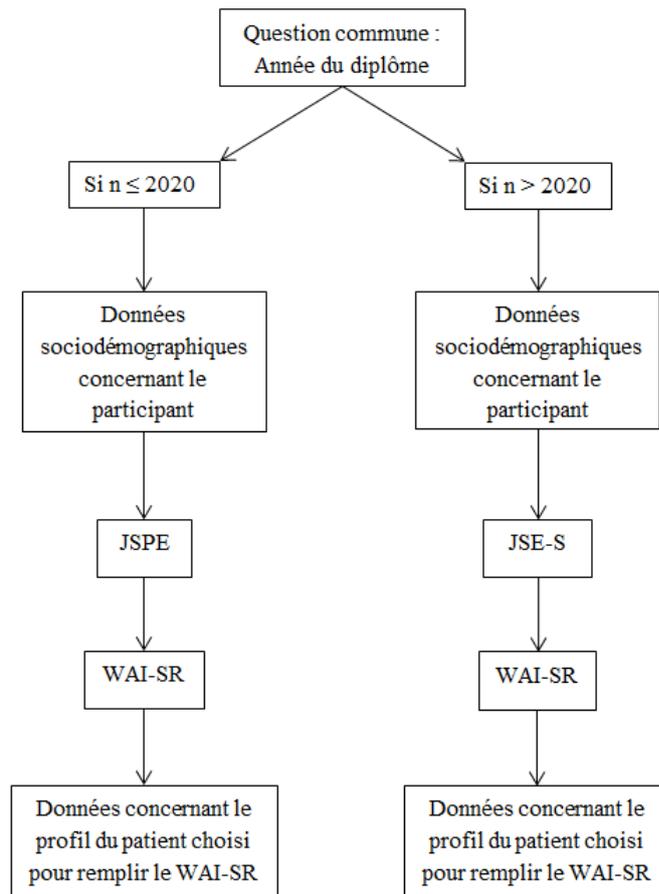
Co-directrice de mémoire :

- 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.

Annexe 5 : Structure du questionnaire.



N : population.

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

JSE-S : Jefferson Scale of Empathy-Student

WAI-SR : Working Alliance Inventory Short-Revised

Annexe 6 : Message de fin du questionnaire.

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 7 : Version française du JSPE.

- 1) La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.
- 2) Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent.
- 3) Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients.
- 4) Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade.
- 5) Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique.
- 6) Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent.
- 7) L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire.
- 8) L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.
- 9) Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.
- 10) Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.
- 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.
- 12) Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent.
- 13) Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle.
- 14) Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie.
- 15) L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée.
- 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.
- 17) Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.
- 18) Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille.

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

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

Traduction en français de Zenasni (2012) du JSPE (Hojat, 2001).

Annexe 8 : Version française du JSPE adaptée aux orthophonistes.

1) la compréhension des sentiments des patient·e·s et de leur famille n'influence pas ma décision de traitement.

2) Les patient·e·s se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.

3) Il est difficile pour moi de voir les choses selon le point de vue des patient·e·s.

4) Dans les relations avec les patient·e·s, je considère le fait de comprendre leur langage corporel comme aussi important que comprendre leur communication verbale.

5) Avoir un bon sens de l'humour contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.

6) Il m'est difficile 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, j'essaie de ne pas prêter attention aux émotions des patient·e·s.

8) Etre attentif au vécu des patient·e·s n'influence pas les résultats de leur traitement.

9) Lorsque je soigne des patient·e·s, j'essaie de me mettre à leur place.

10) Les patient·e·s ou leurs familles accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, 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) J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit des patient·e·s en prêtant de l'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) Ma compréhension des émotions des patient·e·s et de leurs familles est une composante importante de la relation thérapeutique.

17) J'essaie de penser comme les patient·e·s pour leur offrir de meilleurs soins.

18) Je ne me laisse pas influencer par les fortes relations émotionnelles entre les patient·e·s et leurs familles.

- 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 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.

Adaptation de la traduction en français de Bottemine (2018) du WAI SR (Hatcher et Gillapsy, 2005).

Annexe 12 : Consignes améliorées de l'échelle du WAI-SR.

Afin de répondre au questionnaire suivant, vous arrêterez votre choix sur un·e patient·e (et un·e seul·e) pris en soin ou ayant été pris en soin par vous.

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 patients porteurs d'un lourd polyhandicap, des patients présentant de graves troubles cognitifs, des tout-petits,... par exemple, les critères accordés concernant la pathologie et l'âge de votre patient·e sont larges.

En vous basant sur votre expérience clinique, répondez de 1 "rarement" à 5 "presque toujours" aux affirmations suivantes.

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

Annexe 13 : Tableau 4 : Description des réponses à l'échelle JSPE.

Item	$r_{\text{item-score}}$ dans	Score moyen (écart-type)	$r_{\text{item-score}}$ dans	Score moyen (écart-type)
	(E1 ; 632)	dans (E1 ; n = 632)	(E2 ; 511)	dans (E2 ; n = 511)
1	0,17	5,2 (1,6)	0,15	5,2 (1,6)
2	0,55	6,4 (0,9)	0,59	6,4 (0,9)
3	0,28	5,7 (1,2)	0,28	5,8 (1,1)
4	0,39	5,8 (1,2)	0,39	5,8 (1,2)
5	0,38	5,6 (1,3)	0,36	5,6 (1,3)
6	0,26	5,4 (1,4)	0,26	5,4 (1,4)
7	0,32	6,3 (1,2)	0,29	6,3 (1,2)
8	0,41	5,8 (1,4)	0,46	5,8 (1,4)
9	0,44	5,1 (1,6)	0,45	5,0 (1,6)
10	0,56	5,8 (1,1)	0,55	5,8 (1,1)
11	0,34	5,5 (1,4)	0,37	5,5 (1,4)
12	0,29	6,2 (1,2)	0,30	6,1 (1,3)
13	0,43	5,7 (1,2)	0,44	5,7 (1,2)
14	0,41	6,4 (1,0)	0,40	6,4 (1,0)
15	0,52	5,8 (1,3)	0,53	5,8 (1,3)
16	0,64	6,1 (1,1)	0,65	6,0 (1,1)
17	0,42	4,3 (1,5)	0,45	4,3 (1,5)
18	0,17	4,0 (1,4)	0,19	4,0 (1,4)
19	0,22	6,6 (1,0)	0,22	6,6 (0,9)
20	0,60	6,2 (1,0)	0,63	6,2 (1,0)

E1 : tous les répondants (n = 632) ; E2 : répondantes (n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

$r_{\text{item-score}}$: corrélation de l'item avec l'échelle.

Annexe 14 : Tableau 5 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon les années d'exercice.

Item	Années d'exercice			
	≤ 10 ans	11-20 ans	21-30 ans	≥ 31 ans
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	5,23 (1,62)	5,32 (1,56)	4,95 (1,65)	4,95 (1,92)
2	6,26 (0,98)	6,41 (0,73)	6,47 (0,75)	6,30 (1,05)
3	5,65 (1,17)	5,79 (1,02)	5,90 (1,12)	5,84 (1,18)
4	5,72 (1,25)	5,77 (1,17)	5,83 (1,19)	5,86 (1,27)
5	5,58 (1,26)	5,34 (1,34)	5,86 (1,25)	5,79 (1,29)
6	5,14 (1,57)	5,38 (1,27)	5,60 (1,26)	5,63 (1,37)
7	6,26 (1,22)	6,57 (0,90)	6,44 (0,94)	5,83 (1,69)
8	5,71 (1,52)	5,92 (1,36)	5,94 (1,29)	5,67 (1,39)
9	4,86 (1,59)	5,23 (1,47)	5,12 (1,55)	4,91 (1,69)
10	5,67 (1,21)	5,95 (0,96)	5,95 (0,98)	5,70 (1,35)
11	5,36 (1,40)	5,70 (1,31)	5,36 (1,54)	5,39 (1,44)
12	6,10 (1,27)	6,35 (0,94)	5,96 (1,50)	5,93 (1,50)
13	5,55 (1,24)	5,63 (1,21)	5,88 (1,08)	5,79 (1,21)
14	6,31 (0,99)	6,55 (0,82)	6,30 (1,13)	6,32 (1,07)
15	5,67 (1,36)	5,75 (1,27)	6,07 (1,18)	5,98 (1,23)
16	5,95 (1,16)	6,10 (0,94)	6,10 (1,12)	6,07 (1,02)
17	4,07 (1,54)	4,43 (1,55)	4,23 (1,59)	4,44 (1,44)
18	4,10 (1,36)	4,10 (1,33)	3,85 (1,50)	3,74 (1,51)
19	6,57 (1,03)	6,65 (0,75)	6,73 (0,74)	6,58 (1,12)
20	6,15 (1,01)	6,18 (0,92)	6,40 (0,80)	6,25 (1,04)

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 15 : Tableau 6 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la durée des études.

Item	Durée des études		
	3 ans	4 ans	5 ans
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	5,04 (1,91)	5,25 (1,60)	4,85 (1,69)
2	6,03 (1,06)	6,37 (0,86)	6,24 (0,84)
3	5,86 (1,18)	5,75 (1,11)	5,75 (1,14)
4	5,93 (1,26)	5,77 (1,17)	5,66 (1,45)
5	5,73 (1,31)	5,60 (1,29)	5,25 (1,31)
6	5,71 (1,35)	5,31 (1,40)	5,31 (1,51)
7	5,82 (1,71)	6,41 (1,01)	6,41 (1,39)
8	5,71 (1,40)	5,91 (1,33)	5,24 (1,85)
9	4,91 (1,69)	5,05 (1,54)	5,03 (1,59)
10	5,75 (1,34)	5,84 (1,07)	5,68 (1,20)
11	5,38 (1,43)	5,52 (1,38)	5,25 (1,56)
12	5,93 (1,51)	6,13 (1,23)	6,37 (1,13)
13	5,82 (1,22)	5,65 (1,23)	5,63 (1,00)
14	6,32 (1,08)	6,37 (1,00)	6,58 (0,70)
15	5,98 (1,24)	5,82 (1,26)	5,51 (1,51)
16	6,07 (1,02)	6,04 (1,06)	5,97 (1,22)
17	4,43 (1,45)	4,25 (1,57)	4,12 (1,49)
18	3,71 (1,50)	4,04 (1,39)	4,14 (1,31)
19	6,61 (1,12)	6,63 (0,89)	6,59 (0,83)
20	6,25 (1,05)	6,22 (0,94)	6,15 (0,93)

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 16 : Tableau 7 : Description des réponses à l'échelle JSPE selon la formation.

Item	Formation	
	Initiale	Continue
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	5,20 (1,62)	5,02 (1,84)
2	6,35 (0,89)	6,34 (0,77)
3	5,80 (1,10)	5,46 (1,18)
4	5,77 (1,24)	5,80 (1,00)
5	5,57 (1,32)	5,68 (1,10)
6	5,39 (1,37)	5,11 (1,73)
7	6,34 (1,19)	6,34 (0,90)
8	5,79 (1,45)	5,98 (1,15)
9	5,01 (1,59)	5,18 (1,31)
10	5,82 (1,13)	5,71 (1,06)
11	5,49 (1,43)	5,02 (1,84)
12	6,16 (1,23)	5,91 (1,47)
13	5,70 (1,18)	5,41 (1,41)
14	6,42 (0,97)	6,13 (1,03)
15	5,82 (1,30)	5,64 (1,21)
16	6,06 (1,09)	5,84 (0,94)
17	4,30 (1,54)	3,91 (1,54)
18	4,02 (1,40)	4,00 (1,38)
19	6,60 (0,93)	6,79 (0,65)
20	6,24 (0,96)	6,04 (0,83)

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 17 : Tableau 8 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR.

Item	$r_{\text{item-score}}$ dans	Score moyen (écart-type)	$r_{\text{item-score}}$ dans	Score moyen (écart-type)
	(E1 ; 632)	dans (E1 ; n = 632)	(E2 ; 511)	dans (E2 ; n = 511)
1	0,60	4,2 (0,8)	0,60	4,1 (0,8)
2	0,44	4,6 (0,6)	0,45	4,6 (0,6)
3	0,60	4,2 (0,9)	0,61	4,2 (0,9)
4	0,64	4,3 (0,8)	0,64	4,3 (0,8)
5	0,39	4,8 (0,5)	0,41	4,8 (0,5)
6	0,60	4,1 (0,9)	0,61	4,0 (1,0)
7	0,47	4,8 (0,4)	0,48	4,8 (0,4)
8	0,64	4,0 (0,8)	0,66	4,0 (0,8)
9	0,39	4,6 (0,6)	0,39	4,6 (0,6)
10	0,67	4,4 (0,7)	0,68	4,4 (0,7)

E1 : tous les répondants (n = 632) ; E2 : répondantes (n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

$r_{\text{item-score}}$: corrélation de l'item avec l'échelle.

Annexe 18 : Tableau 9 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon les années d'exercice.

Item	Années d'exercice			
	≤ 10 ans	11-20 ans	21-30 ans	≥ 31 ans
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	4,13 (0,71)	4,17 (0,80)	4,07 (0,82)	4,19 (0,74)
2	4,62 (0,58)	4,65 (0,57)	4,63 (0,62)	4,49 (0,71)
3	4,22 (0,90)	4,20 (0,89)	4,16 (0,86)	4,09 (0,91)
4	4,29 (0,76)	4,24 (0,76)	4,31 (0,83)	4,26 (0,79)
5	4,80 (0,51)	4,82 (0,51)	4,82 (0,47)	4,63 (0,65)
6	4,03 (0,96)	4,02 (0,97)	4,07 (0,94)	4,04 (0,96)
7	4,85 (0,37)	4,83 (0,44)	4,81 (0,45)	4,70 (0,57)
8	4,01 (0,86)	4,01 (0,88)	3,99 (0,80)	4,12 (0,80)
9	4,60 (0,60)	4,66 (0,60)	4,62 (0,59)	4,51 (0,69)
10	4,39 (0,67)	4,41 (0,68)	4,39 (0,74)	4,35 (0,74)

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 19 : Tableau 10 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la durée des études.

Item	Durée des études		
	3 ans	4 ans	5 ans
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	4,23 (0,74)	4,11 (0,78)	4,22 (0,70)
2	4,50 (0,71)	4,61 (0,60)	4,76 (0,50)
3	4,11 (0,93)	4,19 (0,88)	4,22 (0,93)
4	4,25 (0,79)	4,27 (0,77)	4,34 (0,80)
5	4,63 (0,65)	4,80 (0,51)	4,88 (0,42)
6	4,05 (0,98)	4,04 (0,95)	3,97 (0,98)
7	4,71 (0,56)	4,82 (0,43)	4,90 (0,31)
8	4,14 (0,82)	4,00 (0,84)	4,03 (0,91)
9	4,55 (0,66)	4,61 (0,61)	4,68 (0,57)
10	4,38 (0,75)	4,38 (0,68)	4,48 (0,70)

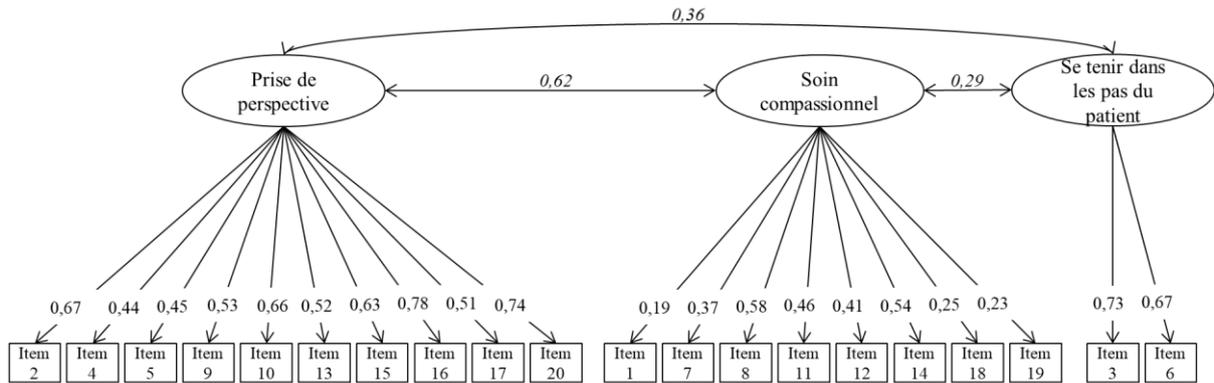
L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 20 : Tableau 11 : Description des réponses à l'échelle WAI-SR selon la formation.

Item	Formation	
	Initiale	Continue
	Score moyen (écart-type)	Score moyen (écart-type)
1	4,14 (0,77)	4,14 (0,67)
2	4,63 (0,60)	4,54 (0,60)
3	4,20 (0,88)	4,07 (0,99)
4	4,29 (0,77)	4,14 (0,77)
5	4,82 (0,49)	4,61 (0,71)
6	4,05 (0,94)	3,91 (1,05)
7	4,82 (0,44)	4,80 (0,40)
8	4,02 (0,85)	4,04 (0,81)
9	4,62 (0,62)	4,57 (0,54)
10	4,40 (0,70)	4,32 (0,66)

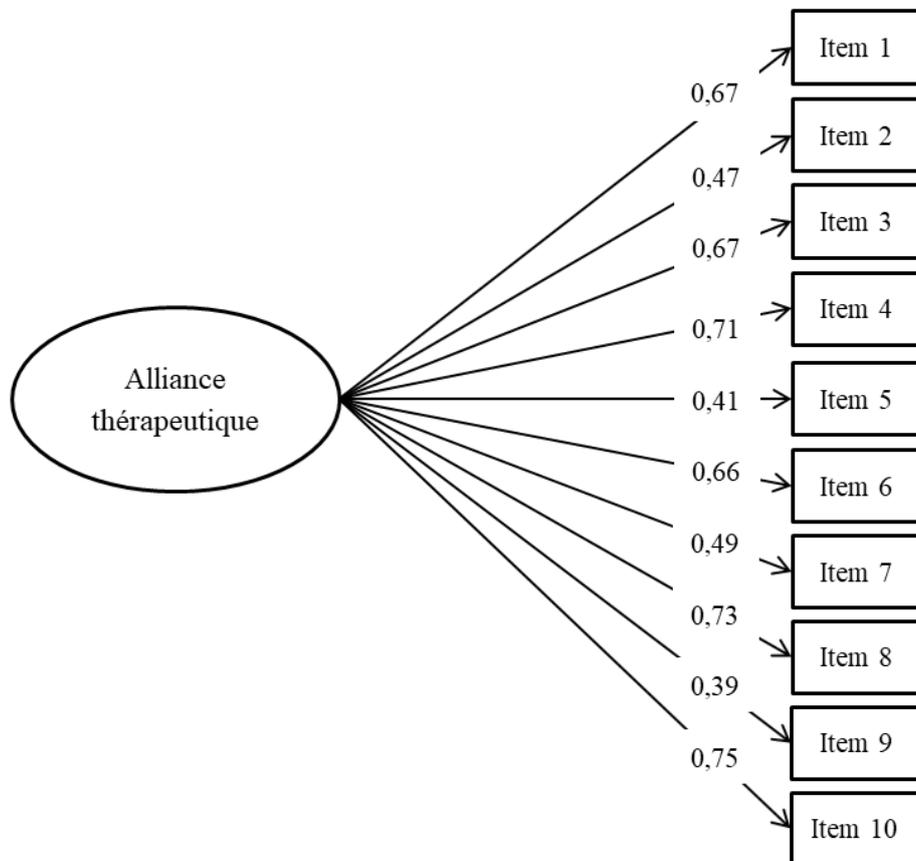
L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM.

Annexe 21 : Figure 1 : Structure factorielle de l'échelle JSPE.



Modèle à trois facteurs du JSPE. Les valeurs correspondent au coefficient de régression linéaire de chaque item avec sa variable latente (facteur). Les valeurs en italique correspondent au coefficient de corrélation entre 2 variables latentes.

Annexe 22 : Figure 2 : Structure factorielle de l'échelle WAI-SR.



Modèle à un facteur du WAI-SR. Les valeurs correspondent au coefficient de régression linéaire de chaque item avec le construit « alliance thérapeutique ».

Annexe 23 : Tableau 14 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon les années d'exercice.

	Années d'exercice			
	≤ 10 ans	11-20 ans	21-30 ans	≥ 31 ans
Echelle JSPE	0,82 ; 0,80 ; 0,92	0,81 ; 0,80 ; 0,92	0,86 ; 0,84 ; 0,95	0,84 ; 0,82 ; 0,95
Prise de perspective	0,86 ; 0,84 ; 0,91	0,83 ; 0,82 ; 0,90	0,87 ; 0,84 ; 0,92	0,83 ; 0,81 ; 0,92
Soin compassionnel	0,56 ; 0,58 ; 0,72	0,54 ; 0,58 ; 0,72	0,62 ; 0,63 ; 0,74	0,69 ; 0,69 ; 0,82
Se tenir dans les pas du patient	0,67 ; 0,58 ; 0,72	0,68 ; 0,67 ; 0,67	0,64 ; 0,64 ; 0,64	0,53 ; 0,53 ; 0,53
Echelle WAI-SR	0,82 ; 0,83 ; 0,90	0,86 ; 0,87 ; 0,91	0,86 ; 0,88 ; 0,92	0,89 ; 0,89 ; 0,95

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM. Les valeurs correspondent aux coefficients α de Cronbach, ω de McDonald et à la meilleure borne inférieure (GLB).

Annexe 24 : Tableau 15 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la durée des études.

	Durée des études		
	3 ans	4 ans	5 ans
Echelle JSPE	0,84 ; 0,82 ; 1,00	0,84 ; 0,82 ; 0,90	0,76 ; 0,75 ; 0,94
Prise de perspective	0,83 ; 0,82 ; 0,92	0,86 ; 0,84 ; 0,90	0,80 ; 0,80 ; 0,89
Soin compassionnel	0,70 ; 0,70 ; 0,82	0,60 ; 0,61 ; 0,70	0,43 ; 0,56 ; 0,76
Se tenir dans les pas du patient	0,55 ; 0,54 ; 0,54	0,66 ; 0,65 ; 0,65	0,73 ; 0,71 ; 0,71
Echelle WAI-SR	0,90 ; 0,90 ; 0,95	0,85 ; 0,87 ; 0,90	0,84 ; 0,86 ; 0,86

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM. Les valeurs correspondent aux coefficients α de Cronbach, ω de McDonald et à la meilleure borne inférieure (GLB).

Annexe 25 : Tableau 16 : Indicateur de cohérence interne des échelles JSPE et WAI-SR selon la formation.

	Formation	
	Initiale	Continue
Echelle JSPE	0,83 ; 0,81 ; 0,91	0,82 ; 0,79 ; 0,94
Prise de perspective	0,85 ; 0,83 ; 0,90	0,86 ; 0,85 ; 0,93
Soin compassionnel	0,59 ; 0,61 ; 0,70	0,69 ; 0,64 ; 0,82
Se tenir dans les pas du patient	0,67 ; 0,61 ; 0,70	0,60 ; 0,57 ; 0,57
Echelle WAI-SR	0,85 ; 0,87 ; 0,91	0,83 ; 0,84 ; 0,94

L'échantillon correspondait aux répondantes (E2 ; n = 511) ayant réalisé leurs études en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM. Les valeurs correspondent aux coefficients α de Cronbach, ω de McDonald et à la meilleure borne inférieure (GLB).

Etude d'un lien de corrélation entre l'empathie et la construction de l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes.

RESUME

Les concepts d'empathie et d'alliance thérapeutique chez les soignants sont étudiés, mais le lien entre ces deux notions n'a pas encore été analysé chez les orthophonistes. Les objectifs de cette étude sont d'explorer ce lien et d'analyser si ces construits sont amenés à varier suivant le profil des orthophonistes (années d'exercice, durée des études, formation suivie). Une enquête comportant des outils mesurant ces deux construits, à savoir le JSPE et le WAI-SR, a permis d'analyser les réponses de 511 orthophonistes femmes ayant étudié en France et travaillant en France ou dans les DROM-COM. Une analyse factorielle confirmatoire a solutionné un modèle unidimensionnel pour le WAI-SR. Les échelles ont présenté une bonne cohérence interne. Les analyses ont objectivé l'existence d'une corrélation significativement positive qualifiée de moyenne entre l'empathie et l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes. L'hypothèse supposant que « la capacité de construire une alliance thérapeutique évolue selon le nombre d'années d'exercice » n'a pas pu être validée. Par ailleurs, les résultats soulignent que les orthophonistes ayant entre 10 et 20 années d'exercice présentaient un soin compassionnel (une des composantes de l'empathie) plus important que les autres groupes (≤ 10 , 21-30, ≥ 31). De futures études questionnant les facteurs qui renforcent l'empathie et l'alliance thérapeutique seraient pertinentes.

MOTS-CLES

Alliance thérapeutique, Empathie, Corrélation, Orthophoniste, Enquête

ABSTRACT

The concepts of empathy and therapeutic alliance among caregivers have been studied, but the link between these two concepts has not yet been analyzed among speech-language pathologists (SLPs). The objectives of this study are to explore this link and to analyze whether these constructs are likely to vary according to the profile of speech-language pathologists (years of practice, length of study, training). A survey including tools measuring these two constructs, namely the JSPE and the WAI-SR, was used to analyze the responses of 511 female speech-language pathologists who had studied in France and worked in France or in the DROM-COM. A confirmatory factor analysis solved a unidimensional model for the WAI-SR. The scales showed good internal consistency. The analyses showed a significantly positive correlation between empathy and the therapeutic alliance among speech therapists. The hypothesis that "the ability to build a therapeutic alliance changes with the number of years of practice" could not be validated. On the other hand, the results highlight that SLPs with 10 to 20 years of practice exhibited greater compassionate care (one component of empathy) than the other groups (≤ 10 , 21-30, ≥ 31). Future studies questioning factors that enhance empathy and the therapeutic alliance would be relevant.

KEY WORDS

Therapeutic alliance, Empathy, Correlation, Speech therapist, Survey