

LE DÉFICIT D'EMPATHIE CHEZ L'ADOLESCENT : COMMENT LE CARACTÉRISER ET L'ÉVALUER CLINIQUEMENT ? REVUE DE LA LITTÉRATURE

[Mélanie Piñon](#), [Aline Forestier](#), [Marc Diby](#)

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2016/2 N° 125 | pages 61 à 67

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.125.0061

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-61.htm>

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

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

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

VARIATION

Le déficit d'empathie chez l'adolescent : comment le caractériser et l'évaluer cliniquement ? Revue de la littérature

*Empathy deficit in adolescents : how to characterize and evaluate it clinically ?
A literature review*

Mélanie PIÑON

Infirmière spécialisée en psychiatrie clinique, MAc en Travail social HES-SO Master, Assistante d'enseignement et de recherche HES, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de santé, Genève, Suisse

Aline FORESTIER

Infirmière puéricultrice, psychologue, Ph.Dc IFRS-UNIL, adjointe scientifique HES, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de santé, Genève, Suisse

Marc DIBY

Infirmier expert en soins intensifs, M.Sc santé publique, adjoint scientifique HES, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de santé, Genève, Suisse

RÉSUMÉ

Introduction : l'empathie a longtemps été considérée sous l'angle des sciences humaines. Aujourd'hui, certains postulats neuroscientifiques viennent compléter les modèles théoriques existants.

Contexte : l'observation clinique des adolescents qui présentent des troubles psychiques accompagnés de troubles du comportement et/ou des traits psychopathiques traduit fréquemment un déficit d'empathie. De ce point de vue, il semble important pour les infirmiers d'évaluer la nature et le degré d'empathie des adolescents présentant de tels troubles.

Objectifs : cette revue de la littérature a pour objectif d'exposer les caractéristiques cliniques du déficit d'empathie à partir de sa définition et de décrire les outils d'évaluation clinique.

Méthode : la population cible de cette revue concerne les adolescents de 12 à 18 ans. La revue a été conduite sur PubMed, CINAHL et PsycINFO et porte sur la période de publication allant de 2002 à 2012.

Résultats : vingt-deux articles ont été retenus. L'empathie est définie comme un mécanisme associant plusieurs composantes de l'activité neuronale. L'empathie englobe une composante affective, une composante cognitive, qui reposent sur un substrat neurofonctionnel dysfonctionnel lors de déficit d'empathie. Trois échelles d'évaluation se distinguent : la *Basic empathy scale*, l'*Interpersonal reactivity index* et la *Griffith empathy measure*.

Discussion : trois outils d'évaluation présentent les critères de validité et de fiabilité pour l'utilisation clinique.

Conclusion : le développement de pratiques basées sur des données probantes devra confirmer l'intérêt de ces outils pour les infirmières.

Mots clés : empathie, développement de l'adolescent, déficit, trouble du comportement, échelle.

Pour citer l'article :

Piñon M, Forestier A, Diby M. Le déficit d'empathie chez l'adolescent : comment le caractériser et l'évaluer cliniquement ? Revue de la littérature. Rech Soins Infirm. 2016 Jun;(125):61-67.

Adresse de correspondance :

Mélanie PIÑON : melanie.pinon@hesge.ch

Introduction : empathy has been considered since a long time under the angle of human sciences. Today, certain neuro-scientific postulates complement this knowledge.

Context : observation of adolescents presenting psychiatric disorders, accompanied by conduct disorders and/or psychopathic traits, frequently describe empathy deficits ; nurses should evaluate the nature and the degree of empathy of these adolescents.

Aims : this literature review aims to expose the clinical characteristics of empathy deficit from its definition and to describe the clinical evaluation tools.

Method : target population of this review is children and adolescents from twelve to eighteen years old. The review was carried out with PubMed, CINAHL and PsycINFO, from 2002 to 2012.

Results : twenty-two articles were retained. Empathy is defined as a mechanism combining several components of neuronal activity. Empathy includes a cognitive component, an affective component which are based on a neurofunctional dysfunctional substrate when there is a deficit of empathy.

Three evaluation scales are distinguished : the Basic empathy scale, the Interpersonal reactivity index and the Griffith empathy measure.

Discussion : three evaluation tools present the validity and reliability criteria for clinical use.

Conclusion : the development of evidence based practices should confirm the interest of these tools for nurses.

Key words : empathy, adolescent development, deficit, conduct disorders, scale.

INTRODUCTION

L'empathie est une notion qui a longuement été étudiée depuis son apparition sous l'appellation « *Einfühlung* » (1) ; ce terme a ensuite été développé par Théodore Lipps (2) et enfin par son élève Sigmund Freud (3). Il est confirmé, à travers différentes études, que l'empathie se fonde, aujourd'hui, sur des mécanismes neuronaux observables. Elle ne peut plus être simplement définie comme une qualité ou un don mais trouve bel et bien ses fondements dans des processus biologiques et physiologiques (4).

En effet, certains postulats neuroscientifiques, dont celui des neurones miroirs viennent compléter les modèles théoriques existants (5, 6). Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer qu'il n'existe pas d'empathie sans neurones miroirs (7).

Jean Decety (8) propose une définition de l'empathie qui réside dans la capacité de reconnaître l'autre en tant que différent de soi (traduction libre). Cela serait représenté par un mécanisme associant trois composantes de l'activité neuronale : le partage affectif entre soi-même et les autres, la conscience de soi et de l'autre afin de distinguer l'autre de soi-même et la flexibilité mentale permettant d'adopter la perspective de l'autre avec un processus de régulation. Il fait aussi part d'une composante affective et d'une composante cognitive de l'empathie.

Hooker (9) définit l'empathie affective comme étant l'état affectif produit en réponse à l'expérience émotionnelle d'un autre et l'empathie cognitive comme la compréhension d'une situation extérieure du point de vue de la personne qui la vit en distinguant l'autre de soi.

La définition de l'empathie implique également que l'on s'intéresse aux bases, aux composantes neurales et processus mis en place pour son mécanisme (10, 11).

Il est à noter que l'empathie affective et l'empathie cognitive se manifestent à travers différentes activations cérébrales.

Il a été constaté l'implication de diverses parties cérébrales dans le processus empathique comme par exemple le cortex prémoteur, le cortex préfrontal inférieur, les pôles temporaux mais aussi le gyrus frontal inférieur et le cortex pariétal inférieur (12). Ces parties cérébrales seraient aussi le siège des neurones miroirs chez l'homme, et rendraient possible l'empathie affective et cognitive ; ces neurones auraient un rôle dans l'imitation et permettraient en partie l'expérience empathique (12).

Le lobe frontal serait lui aussi fortement impliqué dans le mécanisme empathique. Certaines de ses parties seraient activées lors de l'observation ou de l'imitation de processus émotionnels fortement corrélés avec l'empathie (13). De plus, il faut notamment tenir compte de la corrélation entre la maturation du lobe frontal, l'âge et le degré de capacité empathique (13).

Decety confirme lui aussi à travers une étude menée en 2004 l'implication du cortex cingulaire et de l'insula antérieure dans l'expérience empathique (8).

CONTEXTE

En Suisse, le risque de comportement antisocial pour les jeunes de 16 à 20 ans est de 1.35 [95 % IC : 1.14-1.59] (14). Lors de la présence de troubles psychiatriques, un jeune sur

Le déficit d'empathie chez l'adolescent : comment le caractériser et l'évaluer cliniquement ?

Revue de la littérature

cinq a une personnalité antisociale associée. (15). L'actuel *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-V) nomme des critères diagnostiques pour les troubles du comportement « *conduct disorder* » ; dans ces mêmes critères on trouve « *specify if : callous-lack of empathy* » (1).

Actuellement, nous savons que les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent peuvent être précurseurs de troubles de la personnalité à l'âge adulte (16). Ces troubles de la personnalité, plus spécifiquement le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la personnalité narcissique, comportent comme caractéristique diagnostique un manque/déficit d'empathie (17).

La relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière est la base du processus interactif d'évaluation clinique du patient. Cette évaluation clinique en santé mentale doit prendre appui sur des résultats probants issus de la littérature scientifique et clinique afin de dresser un portrait symptomatique précis du patient (18). L'appréciation de l'état psychique du patient requiert de la part de l'infirmière des connaissances en psychopathologie. La classification internationale présentée dans le DSM-V précise la présence d'un déficit d'empathie dans plusieurs psychopathologies. Le dépistage du déficit d'empathie auprès des patients et la connaissance de ses répercussions sont des habiletés requises dans la pratique infirmière en santé mentale.

La relation soignant-soigné en pédopsychiatrie fait appel à des savoirs spécifiques. La connaissance des différentes psychopathologies et de leurs symptômes constitue la pierre angulaire du jugement clinique infirmier.

La pratique infirmière quotidienne en pédopsychiatrie se base sur une observation régulière et objective de l'adolescent pendant son hospitalisation. La collecte des signes cliniques participe au travail d'évaluation clinique et au processus de diagnostic. Elle vise l'amélioration du processus thérapeutique adapté aux besoins de chaque adolescent (19).

Le déficit d'empathie est reconnu comme étant une dimension commune aux troubles narcissiques et antisociaux. Différentes recherches mettent en évidence que le niveau d'empathie constitue un bon prédicteur des troubles des conduites antisociales et d'association avec des pairs déviants (19, 20, 21).

La compréhension et l'évaluation de ces phénomènes interpersonnels sont nécessaires dans la prise en soin quotidienne. Toutefois, l'identification du déficit d'empathie est effectuée le plus souvent de manière intuitive.

Les éléments collectés doivent être d'une grande précision puisqu'ils soutiennent le processus scientifique thérapeutique (19). Pour ce faire, l'usage d'outils standardisés et valides contribue à la qualité de cette observation.

OBJECTIFS

Basé sur une revue de la littérature, cet article a pour objectifs de présenter les caractéristiques cliniques du déficit d'empathie et de décrire des outils d'évaluation clinique.

MÉTHODE

Les écrits scientifiques ont été recensés à partir d'une liste de mots-clés et *medical subject headings* (MeSH) *terms* établis à partir de la méthode PICO (*Patient, Intervention, Control or Comparison to, Outcome*) : *adolescent, behavior, adolescent development, empathy, deficit, neuron mirror, conduct disorders, scale*.

La recherche s'est menée en quatre temps. Une recherche initiale sur les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINHAL), Pubmed et Psychinfo dont la sélection a été limitée aux articles publiés de janvier 2002 à décembre 2012, de langue anglaise, française et espagnole et, relatifs à une population de 12 à 18 ans. Puis, une sélection sur le titre a exclu ceux traitant de l'autisme, de la schizophrénie, du déficit d'attention, de la dépression, des démences, des abus de substance, la population adulte et âgée ainsi que les articles doublons. A la suite de cela, la sélection des articles a exclu ceux relatifs aux traitements et aux interventions. La dernière étape de sélection s'est faite sur l'article lui-même avec comme derniers critères d'exclusion les thèmes de la peur, l'imitation et les troubles bipolaires.

RÉSULTATS

A l'issue du processus de sélection (Figure 1), 22 articles ont été retenus. La définition de l'empathie et des caractéristiques cliniques du déficit d'empathie concerne 12 articles et 10 portent sur l'évaluation de l'empathie et de son déficit.

HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES DU DÉFICIT D'EMPATHIE

Selon Sebastian (22), le déficit d'empathie serait dû à une réponse neurale diminuée qui serait à l'origine des troubles du comportement.

Il est montré que les adolescents présentant ces troubles montrent une hypoactivité de la partie droite de l'amygdale et de l'insula antérieure pour l'empathie affective.

En 2007, Sterzer (23) énonce qu'il pourrait exister des altérations cérébrales à la base du déficit d'empathie chez des adolescents présentant des troubles des conduites. Le déficit d'empathie est alors défini comme une dysfonction

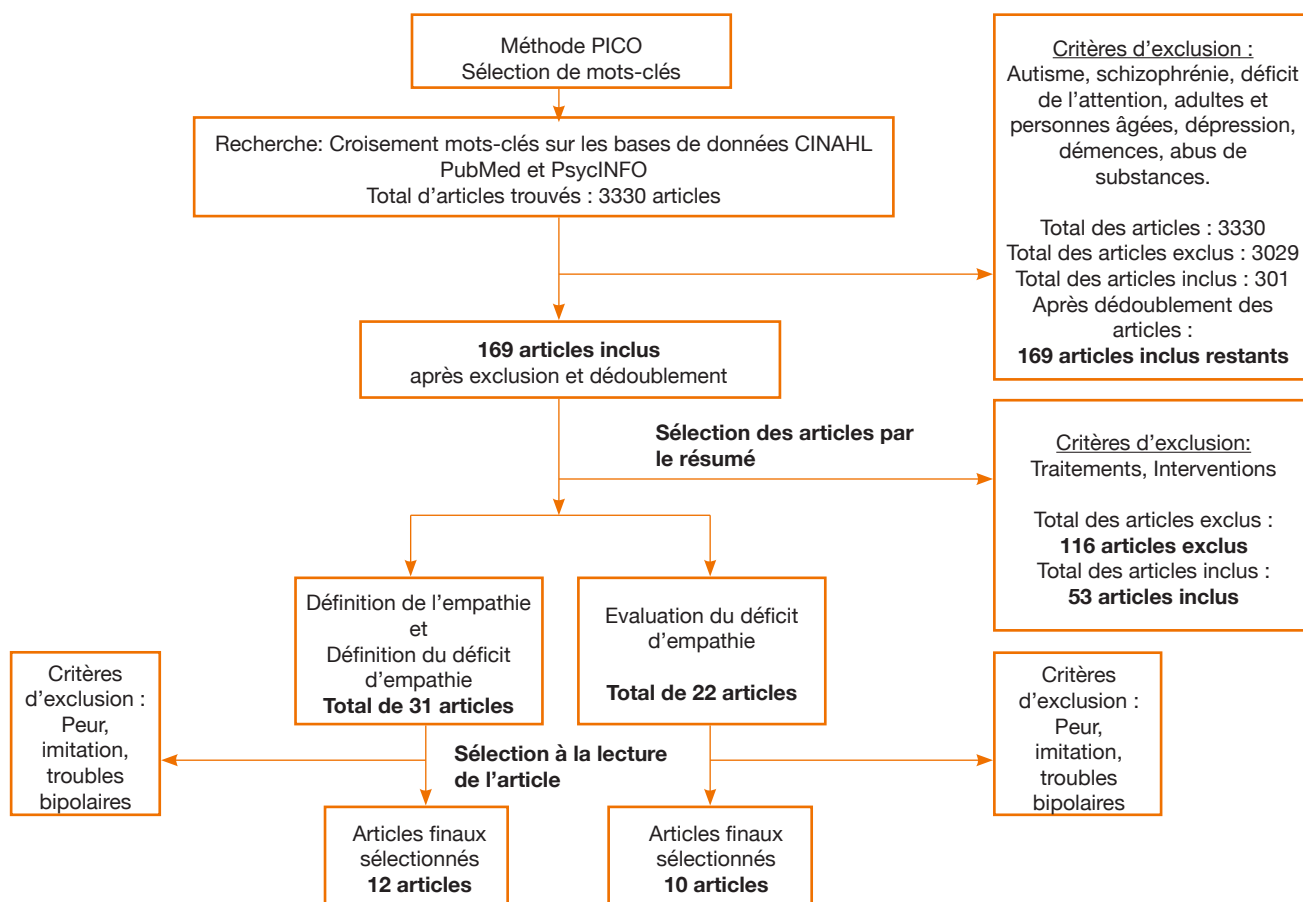


Figure 1.
Diagramme de sélection des articles recensés

neurale des circuits impliqués dans la reconnaissance des expressions émotionnelles indiquant la détresse des autres. Les régions impliquées dans l'expérience émotionnelle, comme par exemple l'amygdale, présentant une lésion, sont fortement corrélées avec un déficit d'empathie.

Pour De Wied (24), le déficit d'empathie serait un facteur de risque du développement de troubles du comportement. Plusieurs hypothèses au déficit d'empathie sont proposées, telles qu'une mauvaise régulation des émotions ou une mauvaise perception des émotions. L'une d'elles, selon eux, serait que les adolescents avec des troubles du comportement montrent une empathie réduite car ils seraient trop sensibles à la détresse des autres et auraient des problèmes de régulation de leurs émotions. De plus, le déficit n'est pas toujours total mais peut être partiel : les adolescents atteints de ces troubles peuvent présenter une faible empathie pour les émotions négatives et une forte empathie pour celles qui sont positives. Il faut donc être attentif à l'évaluation du déficit.

Concernant le déficit d'empathie chez des adolescents présentant une personnalité narcissique, Ritter (25) propose de mettre en évidence la différence entre le déficit

dans l'empathie cognitive et celui dans l'empathie affective. L'empathie cognitive concerne la compréhension d'une situation extérieure du point de vue de la personne qui la vit en distinguant l'autre de soi ; l'empathie affective est définie comme étant l'état affectif produit en réponse à l'expérience émotionnelle d'un autre (9). Effectivement, l'évaluation des deux types d'empathie à travers deux questionnaires de mesure, permet de constater que chez ces patients le déficit se situe au niveau de l'empathie affective et que l'empathie cognitive n'est pas altérée par ce trouble de la personnalité (25).

Gini (26) établit la corrélation entre le manque de réponse empathique et la participation dans l'agression ou la défense des autres.

Dadds (27) constate qu'il y a un déficit d'empathie affective important chez les hommes présentant des traits psychopathiques, indépendamment de l'âge. Cependant, chez les femmes de la même population aucun déficit dans l'empathie affective n'est constaté. Or, un déficit en empathie cognitive est démontré chez les enfants et adolescents des deux sexes qui présentent des traits psychopathiques.

Le déficit d'empathie chez l'adolescent : comment le caractériser et l'évaluer cliniquement ?

Revue de la littérature

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Trois outils d'évaluation se distinguent dans la littérature : les échelles *Basic empathy scale (BES)*, *Interpersonal reactivity index (IRI)* et *Griffith empathy measure (GEM)*.

La BES (28) est développée à partir d'une revue systématique et d'une méta-analyse que les auteurs ont conduit. C'est une échelle auto-évaluative qui représente un instrument valide d'évaluation de la réponse empathique. Toutefois, elle peut aussi être utilisée de façon hétéro-évaluative. Cette dernière évalue tant l'empathie cognitive qu'affective (29). De plus, Albiero (29) l'ont validée chez les adolescents.

Les auteurs examinent également la validité de la BES (28,30) et la comparent à quatre autres échelles d'auto-évaluation de l'empathie et du déficit d'empathie : le *Questionnaire measure of emotional empathy (QMEE)* (31), la *Hogan empathy scale (HES)* (32), la *Balanced empathy emotional scale (BEES)* (29) et IRI (33). Albiero et al. (29) critiquent deux de ces échelles et remarquent que la QMEE n'évalue que l'empathie affective. Par ailleurs, cette échelle mène à une confusion de l'empathie et de la sympathie. L'échelle HES, quant à elle, n'évalue que l'empathie cognitive.

Jolliffe et Farrington (28) se sont intéressés à l'utilisation de la BES dans une population d'adolescents et montrent, à travers leur étude clinique, une validité significative de cette mesure. Ils informent aussi de la corrélation positive existant entre la BES et l'IRI qui mesure elle aussi l'empathie affective et cognitive.

Geng (34) confirme la fiabilité et validité de la BES dans une étude portant sur les adolescents présentant des troubles des conduites. De plus, cette échelle permet aussi de remarquer que l'empathie cognitive et l'empathie affective augmentent en fonction de l'âge dans cette population cible.

L'IRI de Davis est une mesure d'auto-évaluation fortement utilisée pour évaluer l'empathie (35). Effectivement, à travers plusieurs items, l'empathie cognitive et l'empathie affective peuvent être mesurées. Silfver et Helkama (35) confirment également la validité et la fiabilité de l'IRI pour évaluer l'empathie. En outre, cette échelle permet aussi de mettre en lien l'empathie avec le sentiment de culpabilité (22, 30).

Une étude comparative mettant en lien l'IRI et des techniques de neuroimagerie, permet aussi d'affirmer la corrélation entre un déficit d'empathie constaté par l'évaluation IRI et la neuroimagerie fonctionnelle montrant une dysfonction du cortex préfrontal. (36)

Lauterbach et Hosser (37) testent eux aussi la fonctionnalité et la validité de l'IRI dans une population d'agresseurs. Ils arrivent à la conclusion que cette échelle est valide, suffisante

et montre une corrélation positive entre le déficit d'empathie et le risque d'agression.

Selon les auteurs, cette échelle permettrait aux professionnels de prévenir le risque d'agression violente. En conclusion, ils recommandent son utilisation chez les personnes présentant un risque hétéro-agressif.

La GEM adaptée du *Bryant index of empathy (BIE)* est une échelle mixte (auto/hétéro-évaluative) qui évalue elle aussi l'empathie et le déficit d'empathie. (27, 38)

Cette échelle mesure l'empathie affective et cognitive et peut être utilisée en observation directe ou sous forme de questionnaire. Elle représente, selon les auteurs, une mesure fiable et valide de l'empathie chez les enfants et les adolescents.

DISCUSSION

Dans le cadre de cette revue de la littérature, les éléments caractéristiques de la définition de l'empathie ont été mis à jour.

Ces caractéristiques donnent de nouvelles orientations de prise en charge du déficit d'empathie par rapport aux approches classiques psychanalytiques.

La notion de déficit d'empathie est, elle aussi, basée sur des processus neuroscientifiques.

Les auteurs s'accordent pour affirmer que le déficit d'empathie peut être défini et attribué à diverses raisons neurobiologiques (22, 23, 24, 25). Ils spécifient également la différence entre empathie cognitive et empathie affective.

Il devient dès lors important de préciser le type de déficit d'empathie et d'évaluer celui-ci avec des moyens *sui generis*.

A l'issue de cette revue de la littérature, trois outils d'évaluation sont retenus.

Ces trois outils présentent des caractéristiques de validité, fiabilité et d'utilisation clinique satisfaisantes pour le domaine de la pédopsychiatrie : la BES (28) l'IRI (33) et la GEM (38) adaptée du BIE (30).

La BES utilisée dans plusieurs études (27, 28, 33) montre une utilisation valide et efficace dans une population d'adolescents présentant des troubles psychiques du type troubles du comportement. Cette échelle permet effectivement la mesure des deux facettes de l'empathie et ainsi une évaluation significative du type de déficit ; de plus elle est utilisable de façon auto - ou hétéro-évaluative.

L'IRI montre une corrélation positive importante avec la BES (28), ce qui explique probablement la raison pour laquelle elle

ressort de diverses études. Or, celle-ci met en lien l'empathie avec la culpabilité (35) ce qui n'est peut-être pas nécessaire selon le patient à évaluer mais montre un intérêt dans l'existence d'un risque d'hétéro-agressivité (37).

La GEM mesure l'empathie cognitive et affective ; elle peut être utilisée en observation directe ou sous forme de questionnaire d'auto-évaluation et représenterait un bon outil de mesure chez les enfants et les adolescents (38).

LIMITATIONS

La méthodologie de cette revue de la littérature a interrogé un nombre limité de bases de données. De plus, elle est délimitée sur une période de 10 ans en intégrant uniquement des articles de trois langues différentes. Elle ne répond donc pas aux critères d'une revue systématique. Ce travail pourrait être actualisé et complété par l'étude des méthodologies utilisées pour démontrer les qualités psychométriques des trois outils d'évaluation retenus.

Des études ultérieures devront confirmer l'amélioration de la qualité des soins grâce à l'utilisation de ces outils d'évaluation.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature ouvre de nouvelles perspectives dans la prise en charge des adolescents présentant des troubles du comportement et/ou des traits psychopathiques. L'usage des outils d'évaluation permettrait aux équipes soignantes de fonder leur pratique sur des données probantes, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. Une fois l'*effectiveness* démontré, une étude pourrait être menée sur l'efficacité des soins et thérapies visant à réduire le déficit d'empathie.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Vischer R. Über das optische Formgefühl: Ein Beitrag zur Ästhetik. Leipzig: Credner; 1873. 49 p.
2. Lipps T. Einfühlung, inner nachahmung, und organempfindaug. Archiv für die gesamte Psychologie. 1903; p. 465-519.
3. Freud S. Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Deuticke; 1905. 205 p.
4. Pinon M. L'empathie sous le miroir des neurosciences [Mémoire de soins infirmiers]. Genève: Haute école de santé Genève; 2013.
5. Decety J. Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. Rev Neuropsychol. 2010 Jun;2(2): 133.
6. Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. Psychiatr Enfant. 2009 Mar; Vol. 51(2):357-93.
7. Oughourlian JM. Vos neurones sont des miroirs : c'est pourquoi vous pouvez communiquer. CLES [Internet]. [cité 18 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.cles.com/enquetes/article/vos-neurones-sont-des-miroirs-c-est-pourquoi-vous-pouvez-communiquer>
8. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. Behav Cogn Neurosci Rev. 2004 Jun;3(2):71-100.
9. Hooker CI, Verosky SC, Germine LT, Knight RT, D'Esposito M. Neural activity during social signal perception correlates with self-reported empathy. Brain Res. 2010 Jan;(1308):100-13.
10. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Les neurones miroirs. Paris: Odile Jacob; 2008. 236 p.
11. Damasio AR. Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions. Paris: Odile Jacob; 2003. 346 p.
12. Baird AD, Scheffer IE, Wilson SJ. Mirror neuron system involvement in empathy: a critical look at the evidence. Soc Neurosci. 2011 Jan;6(4):327-35.
13. Greimel E, Schulte-Rüther M, Fink GR, Piefke M, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, et al. Development of neural correlates of empathy from childhood to early adulthood: an fMRI study in boys and adult men. J Neural Transm Vienna Austria 1996. 2010 Jun; 117(6):781-91.
14. Surís J-C, Michaud P-A, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. Pediatrics. 2008 Nov;122(5):1113-8.
15. Righini NC, Narring F, Navarro C, Perret-Catipovic M, Ladame F, Jeannin A, et al. Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt of overwhelming suicidal ideation. Swiss Med Wkly. 2005 Jul;135(29-30):440-7.
16. Schmeck K, Schluter-Muller S, Foelsch PA, Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013 Jul;7(1):27.
17. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V. 5e éd. Arlington Virginia; 2013. 991 p.
18. Truchon S. L'évaluation clinique : cet incontournable. InfoiiQ [Internet]. [cité 18 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/levaluation-clinique-cet-incontournable/2013>
19. Morasz L, Perrin-Niquet A, Barbot C, Morasz C. L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 336 p.
20. Barry TD, Thompson A, Barry CT, Lochman JE, Adler K, Hill K, et al. The importance of narcissism in predicting proactive and reactive aggression in moderately to highly aggressive children. Aggress Behav. 2007 Jun;33(3):185-97.

Le déficit d'empathie chez l'adolescent : comment le caractériser et l'évaluer cliniquement ?

Revue de la littérature

21. Frick PJ, Stickle TR, Dandreaux DM, Farrell JM, Kimonis ER. Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. *J Abnorm Child Psychol*. 2005 Aug;33(4):471-87.
22. Sebastian CL, McCrory EJP, Cecil CAM, Lockwood PL, De Brito SA, Fontaine NMG, et al. Neural responses to affective and cognitive theory of mind in children with conduct problems and varying levels of callous-unemotional traits. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Aug;69(8):814-22.
23. Sterzer P, Stadler C, Poustka F, Kleinschmidt A. A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *NeuroImage*. 2007 Aug;37(1):335-42.
24. De Wied M, Gispens-de Wied C, van Boxtel A. Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Eur J Pharmacol*. 2010 Jan;626(1):97-103.
25. Ritter K, Dziobek I, Preissler S, Rüter A, Vater A, Fydrich T, et al. Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Res*. 2011 May;187(1-2):241-7.
26. Gini G, Albiro P, Benelli B, Altoè G. Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggress Behav*. 2007 Oct;33(5):467-76.
27. Dadds MR, Hawes DJ, Frost ADJ, Vassallo S, Bunn P, Hunter K, et al. Learning to 'talk the talk': the relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 May;50(5):599-606.
28. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc*. 2006 Aug;29(4):589-611.
29. Albiro P, Matricardi G, Speltri D, Toso D. The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the « Basic Empathy Scale ». *J Adolesc*. 2009 Apr;32(2):393-408.
30. Bryant BK. An index of empathy for children and adolescents. *Child Dev*. 1982;53(2):413.
31. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers*. 1972 Dec;40(4):525-43.
32. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol*. 1969 Feb;33(3):307.
33. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980 Jan;(10):85.
34. Geng Y, Xia D, Qin B. The basic empathy scale: a chinese validation of a measure of empathy in adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Aug;43(4):499-510.
35. Silfver M, Helkama K. Empathy, guilt, and gender: a comparison of two measures of guilt. *Scand J Psychol*. 2007 Jun;48(3):239-46.
36. Spinella M. Prefrontal substrates of empathy: psychometric evidence in a community sample. *Biol Psychol*. 2005 Dec;70(3):175-81.
37. Lauterbach O, Hossler D. Assessing empathy in prisoners-A shortened version of the Interpersonal Reactivity Index. *Swiss J Psychol Z Für Psychol Suisse Psychol*. 2007 Jun;66(2):91-101.
38. Dadds MR, Hunter K, Hawes DJ, Frost ADJ, Vassallo S, Bunn P, et al. A measure of cognitive and affective empathy in children using parent ratings. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008 Jun;39(2):111-22.