

L'empathie dans la relation médecin – patient

Marco Vannotti¹

« La présence appréhende toujours d'abord comme monde ce qu'elle est elle-même originellement » (Biswanger).

Résumé

L'auteur présente une réflexion sur la gestion des émotions dans le cadre de la relation médecin – patient. Dans la relation de soins, l'on entend par empathie ce sens qui permet au médecin – ou au thérapeute – à la fois de ressentir et de comprendre le mode de l'affection du patient. L'exercice d'un tel sens de l'empathie est un travail qui exige des savoirs et du savoir-faire. Comme tel, il suppose un apprentissage. Mais il suppose aussi l'aptitude du soignant à s'engager en personne et à répondre en son nom à celui qui lui confie sa souffrance, sa révolte ou ses craintes. La dimension empathique de la relation de soins demeure l'une des dimensions les plus nécessaires à l'exercice post-moderne de la profession médicale.

Mots clés

Émotion – empathie – relation médecin-malade.

Abstract

The author proposes a way to cope and to use the emotions emerging in the relation physician-patient. Empathy in curative relation is an ability allowing the MD – or the therapist – to feel and to understand at the same time the kind of ailment of the patient. Practicing empathy supposes knowledges and know how, and therefore a learning process. The nursing person must be able to engage her/himself and to answer personally to who shares suffer, revolt and fears. Empathy remains one of the more usefull dimensions for a post-modern practice of medecine.

Key words

Emotion – empathy – physician-patient relation.

-
1. Médecin adjoint. CHU de Lausanne. Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY), Neuchâtel.

1. Introduction

Dans le travail d'implantation d'une pensée systémique en médecine, j'ai été amené à me pencher sur l'empathie dans la relation de soins. Parler d'empathie pose la question de la nature des relations interpersonnelles qu'un médecin établit avec son patient. Cette interrogation suscite une réflexion à plusieurs niveaux. Même si dans les propos qui vont suivre, il s'agira exclusivement de la relation duale qui se noue entre le médecin et son patient, ces considérations ont souvent été utiles dans ma pratique clinique de thérapeute de famille et dans mon activité de formation.

Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin signifie une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité. Les médecins désignés comme les plus empathiques semblent globalement plus altruistes et poursuivent moins de buts personnels – carrière, prestige – que les autres. Par ailleurs, une majorité de patients souhaite une relation de type humain avec leur médecin (cf. Cosnier, 1994).

La relation interpersonnelle entre le médecin et son patient n'est qu'un cas particulier d'une relation intersubjective. L'intersubjectivité doit être considérée comme l'expérience qui se co-construit lorsque deux ou plusieurs personnes se rencontrent. Dans la relation entre deux sujets, une série d'ajustements se met en œuvre pour qu'ils puissent communiquer et se répondre l'un à l'autre. L'art et la poésie, dans les relations médicales, ouvrent la possibilité d'une expérience qui se vit dans le risque et l'épreuve, dans le vacillement et le dénuement dans l'accueil « de l'émerveillement ». Littérature et philosophie aident à créer des modes de penser la relation intersubjective qui demeurent adéquats aux derniers progrès des sciences cognitives et sociales. L'on définit alors l'empathie comme l'une des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre, de partager avec lui son propre vécu tout en entrant en « sympathie » avec le vécu de l'autre. Diverses recherches ont comme objet le domaine de l'intersubjectivité. Par souci de concision, nous évoquerons seulement ici les réflexions autour du rôle des émotions et leurs liens structuraux avec la cognition (cf. Damasio, 1994).

Dans la pratique médicale, l'empathie désigne encore la capacité du médecin à travailler activement sur les émotions. C'est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale. Les modalités d'expression des émotions sont fort hétérogènes. L'on peut assister ainsi à une minimisation de la part des deux interlocuteurs des émotions négatives, telles la peur ou la colère. Les médecins, quant à eux, craignent d'être submergés par un trop-

plein d'émotions de leurs patients – ce qui peut effectivement parfois arriver. Ainsi, il est difficile pour le médecin, au cours de l'interaction, de percevoir l'émotion que le patient ressent dans sa situation d'homme, ou de la contenir si elle se manifeste avec force. Or, pour faire face à l'émotion, le médecin peut reconnaître qu'il est lui-même touché, par exemple par les pleurs ou l'hostilité de son patient, et, de plus, qu'il est en train de résonner à cet état émotionnel. En effet, les hommes sont ainsi faits que, en présence d'une émotion, ils ne peuvent rester sans réagir : il s'agit d'abord d'une réaction involontaire qui dépend de programmes biologiques prédéterminés. Le sujet fonctionne en somme comme une caisse de résonance des émotions des autres. Cette réaction involontaire peut ensuite se coupler à une élaboration cognitive de ce qui se passe dans l'interaction. Le médecin peut d'autant mieux y arriver qu'il demeure ouvert et attentif à son propre vécu (cf. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999 ; Fivaz-Depeursinge, 2001).

Les médecins peuvent-ils améliorer leurs stratégies relationnelles, et notamment la manière d'aborder les problèmes émotionnels de leurs patients et les leurs propres ? Si la relation à l'autre se noue de manière involontaire, inconsciente, car elle dépend de programmes biologiques que nous ne saurions maîtriser, nous devrions admettre que notre capacité d'améliorer notre empathie est nulle. Mais l'on ne peut être à ce point déterministe ! L'on postule au contraire ici que le médecin peut moduler sa manière d'écouter, de répondre, d'intervenir, pour en arriver à modifier – dans une mesure restreinte, mais significative – son habileté à rencontrer l'autre. Il peut aussi se former à une telle démarche (cf. Freud, 1913/1953).

Pour exercer le praticien à améliorer la relation empathique, nous proposons un processus en six étapes qui prône une attitude active. Le médecin invite le patient à qualifier son propre vécu émotionnel et à évoquer le contexte événementiel et signifiant auquel il se rattache. Il légitime l'émotion éprouvée et exprimée par le patient – ce qui signifie que l'émotion est reconnue comme bien-fondée en fonction du contexte et de l'histoire propres du sujet. Pour légitimer l'état du patient, le médecin doit pouvoir reconnaître que les sentiments du patient sont tout à fait compréhensibles et « normaux » dans sa situation. Cela lui permet de respecter les actions entreprises jusque-là par le patient pour y faire face. C'est à cette condition seulement qu'il peut lui offrir un soutien pour le futur. La *légitimation* du vécu du patient est le point central de la relation empathique. Elle donne au patient la confirmation que le médecin peut le comprendre, peut reconnaître le bien-fondé de ses pensées et de ses émotions. C'est aussi par cette voie que le médecin et le patient peuvent expérimenter, l'espace d'un bref moment, un vécu partagé et, par là, participer à l'humanité de l'autre (cf. Glick, 1993).

2. Le rôle du médecin est-il d'être empathique avec son patient ?

Deux conceptions s'opposent dans la définition du rôle du médecin :

- celle du médecin efficace, imperturbable, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité ;
- celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, à son histoire.

Les tenants d'une approche objective du patient et de sa maladie pensent que les médecins qui cultivent l'empathie risquent d'être trop émotionnellement impliqués auprès de leur patient pour prendre les décisions qui, quelquefois, s'imposent.

À l'inverse, les partisans d'une médecine considérée comme plus humaniste soutiennent que, sans empathie, le médecin ne sait pas qui est son patient, et ne peut donc prendre avec lui les décisions adéquates le concernant.

En fait, le dialogue entre soignant et soigné devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique. (Rey-Wicki & Vannotti, 1994)

Un paradigme intégratif a dès lors été proposé pour la pratique médicale (Glick, 1993) ;

« Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie, d'une part, empathie et humanisme, d'autre part. » Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre ».

La consultation est alors conçue comme une activité interactionnelle complexe, comme une entreprise commune à laquelle médecin et patient collaborent.

Par exemple, « le tableau clinique n'est pas simplement offert par le malade, mais résulte d'une co-construction dans laquelle l'induction organisatrice du médecin est souvent décisive » (Cosnier, 1994).

Bien que partenaires dans cette relation, le médecin et le patient n'ont pas les mêmes rôles ; c'est en effet au médecin que revient la responsabilité, à chaque phase de la consultation, d'articuler :

- les aspects techniques de la pratique médicale,
- la gestion de la relation, et notamment des phénomènes empathiques contribuant à la connaissance de l'autre.

Si tous les médecins ne pensent pas que l'empathie soit à cultiver, quelles sont les caractéristiques personnelles, sociales ou encore organisationnelles discriminant les médecins empathiques de ceux qui le sont moins ?

D'après une étude (Glick, 1993) réalisée dans un hôpital israélien de 750 lits, les médecins désignés comme les plus empathiques par leurs collègues sont globalement plus altruistes et poursuivent moins de buts personnels que les autres. Ces médecins portent une plus grande attention aux facteurs psychosociaux. Ils mettent l'accent davantage sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités et d'investir beaucoup de temps et d'effort dans leur profession que sur le statut, le salaire, l'apparence personnelle ou la confiance en soi ; mais – et c'est peut-être le revers de la médaille – ils sont plus insatisfaits de leur manque de temps pour la famille et les loisirs.

Une telle étude souligne que la pratique d'une médecine empathique relève d'un ensemble de caractéristiques personnelles qui participent d'une certaine vision du monde ; celle-ci ne peut pas être partagée par tous les praticiens.

Le patient s'attend-il à un médecin empathique ?

La satisfaction des patients par rapport à l'attitude du médecin apparaît comme un élément central dans leur engagement dans le traitement et, par conséquent, dans l'évolution de la maladie elle-même. Différentes études montrent qu'une majorité de patients souhaite une relation de type humain avec leur médecin (Billings J.A. & Stoeckle J.D., 1989). Une, en particulier, conduite récemment à la PMU (Junod *et al.*, 2002), reporte des demandes explicites des patients :

Patient 1 : une disponibilité, ça c'est important parce que quand on est mal, la seule chose qu'on a envie, c'est qu'on nous prenne en charge. Puis si l'on a mal à quelque part, surtout si l'on doit travailler, sa disponibilité, je trouve que c'est essentiel.

Patient 2 : qu'il soit ... disponible, qu'il soit à l'écoute, pour moi c'est pas les – de la guérison mais pas loin, qu'il prenne le temps...

Patient 3 : L'écoute de toute façon en tout premier lieu, ça c'est évident parce pour l'avoir expérimenté, il y a des fois des situations d'urgence où là on a besoin des compétences, bien sûr techniques du médecin, c'est essentiel puisque c'est vital. Si l'on va chez le médecin, on y va pour cela. Mais ça passe forcément par l'écoute puisque les symptômes on peut les expliquer, les dire. Après on s'en réfère aux connaissances de la personne à laquelle on s'adresse, avec la confiance puisque c'est lui qui à le pouvoir et qui a le savoir...

Patient 4 : Autrement, ce que j'espère, c'est qu'il essaie au moins de nous comprendre. (...) Qu'il soit réfléchi, qu'il essaye vraiment de comprendre.

Patient 5 : je ne demande pas à aller au confessionnal... qu'il me connaisse mieux, que je ne sois pas obligé de répéter tout le temps. Qu'il connaisse mieux mon cas, qu'il connaisse mon caractère, qu'il connaisse mes réactions.

Patient 6 : je n'attends rien du tout, qu'il me soigne bien... et bien que si j'ai mal, qu'il puisse faire son possible pour je n'aie pas trop mal.

Les patients veulent donc que les praticiens restent savants et techniciens, mais ils demandent également de manière pressante qu'ils puissent sentir leurs souffrances, écouter leurs plaintes, patienter devant leurs doutes et leurs errements ; les patients souhaitent enfin que leurs médecins les informent, les accompagnent à leur rythme et selon leurs besoins..., en un mot, qu'ils soient surhumains.

Concrètement, ils ne peuvent attendre de leur médecin qu'il devienne un surhomme, mais :

- qu'il les traite comme une personne, et pas comme un objet à soigner,
- qu'il se montre engagé auprès d'eux, intéressé, un tant soit peu chaleureux,
- qu'il porte une réelle attention à leurs symptômes et les prenne au sérieux,
- qu'il les respecte tels qu'ils sont,
- qu'il prenne aussi en considération leurs problèmes personnels et leur histoire.

Bien que les patients n'évoquent pas directement le terme d'empathie, un certain nombre de ces comportements attendus répond aux critères d'une compréhension empathique de leurs problèmes. Ainsi, du point de vue du patient, l'empathie représente un élément fondamental dans la définition d'une relation *humaine* avec le médecin.

3. Les émotions comme bases de l'intersubjectivité

3.1. L'intersubjectivité : définition

L'intersubjectivité a été définie par Rochat (1999) comme le *sens de l'expérience partagée, qui émerge de la réciprocité*. Ce sens détermine une différenciation de base entre soi et l'autre à travers la capacité à :

- comparer son expérience propre à celle de l'autre,
- se projeter dans la position l'un de l'autre.

Dans *Corps et intersubjectivité* (2001), Fivaz-Depeursinge affirme dans le même sens qu'il convient aujourd'hui de penser le Soi comme se constituant dans la relation à l'autre et dans la relation incarnée, le corps étant indissociable de l'esprit. Cet auteur observe par ailleurs qu'il existe des « *signes très précoces d'une intersubjectivité sans langage verbal entre le bébé et ses partenaires..., une intersubjectivité incarnée dans les interactions corporelles imitatives réciproques* ».

L'intersubjectivité peut donc être considérée comme l'ensemble des expériences qui se co-construisent lorsque deux ou plusieurs personnes se rencontrent. Pour comprendre une telle co-construction, il convient d'étudier les modalités par lesquelles l'expérience vécue se communique entre les sujets en présence, et d'étudier d'abord la manière dont toute une série d'ajustements se met en place pour garantir leur contact ou leur permettre de se situer « sur la même longueur d'onde ». L'on définit grossièrement cette étape comme consistant en interactions verbales et non verbales. Dans le partage de l'expérience vécue, le langage corporel – non verbal – joue en fait un rôle essentiel, même s'il reste le plus souvent inaperçu.

De fait, « le rôle du langage corporel est occulté par le langage verbal car, alors que le langage verbal est explicite et conscient, le langage corporel est implicite, non conscient ». (Fivaz)

Pour instaurer et garantir leur relation, les sujets s'engagent tout d'abord dans une sorte de danse qui implique un ensemble de gestes, de postures, de regards. Par le comportement et la parole, ils entreprennent ensuite de partager leurs pensées, leurs souffrances et leurs joies – en somme, leurs vécus. Ainsi, le langage corporel est lié au langage verbal en une articulation circulaire constante.

3.2. L'intersubjectivité comme expérience poétique

La distinction entre langage corporel et verbal, artificiellement construite ici, est peut-être moins nette et, entre l'un et l'autre, pourraient bien exister de nombreuses aires de superposition.

Comme exemple de cette superposition, nous pouvons faire référence à la littérature et notamment à la poésie. Le langage poétique est, en effet, complexe. Les mots d'une poésie sont porteurs d'abord d'une valeur sémantique. Un vers dit bien ce que l'assemblage savant des mots exprime. Mais le vers peut aussi avoir une valeur métaphorique, un sens caché et allusif². De plus, ce qui fait d'une poésie une poésie, ce n'est ni la valeur sémantique ni la valeur métaphorique, mais paradoxalement l'« ineffable », cette intuition pertinente qui permet d'exprimer ce qui n'est pas exprimable.

2. Cf. Emil Staiger, *Les concepts fondamentaux de la poésie*. Lebeer Hossmann, Bruxelles, 1990.

Prenez par exemple ces vers de Verlaine cités justement par Staiger :

Et je m'en vais
 Au vent mauvais
 Qui m'emporte
 Deçà delà,
 Pareil à la
 Feuille morte.

Si l'intuition qui sous-tend l'œuvre du poète est saisie par celui qui la rencontre par la lecture ou l'écoute, si ce dernier est frappé par le ton, la dimension lyrique et le sens qui résonne en lui, alors peut se créer un « moment présent », un émerveillement entre le sujet et le monde de la poésie, de cette poésie là – par l'ordonnance du verbe, par la poétique du langage.

Dans le langage parlé l'ineffable peut être en partie exprimé par le son, la prosodie et le rythme³, par l'intonation de la voix, par le timbre du locuteur – tous des aspects corporels. Mais si les aspects sémantiques et métaphoriques peuvent être valorisés par une technique rhétorique, celle-ci ne pourra pas remplacer l'intuition profonde du poète, ni la rencontre qu'il entend proposer.

Le projet consiste à penser, dans la relation médicale, à l'empathie comme à une dimension intersubjective, comme à une œuvre de création à deux, qui ne se construit que dans la mesure où elle se montre capable de résister à cette expérience limite de la conscience que l'on a désignée sous le terme de « émerveillement » mutuel. Mais, il n'est de relation d'aucune sorte qui ne vaille sans prendre de risque de ce quelque chose que l'art et la poésie désignent et qui l'excède, ce que l'on a appelé l'ineffable. Il s'agit de défendre aujourd'hui, dans les relations médicales, la possibilité d'une expérience qui se vit dans le risque et l'épreuve, dans le vacillement et le dénuement dans l'accueil « de l'émerveillement ».

Au fond, la poésie, l'art et la philosophie, aident à créer des modes de penser la relation intersubjective qui soient adéquats aux derniers progrès des sciences cognitives et sociales. Peut-être cependant, que les poètes ont mis en forme depuis longtemps ce que les tenants des sciences cognitives, les sociologues et les psychologues du développement sont en train d'étudier actuellement.

Et c'est aussi par cette voie, par cette dimension poétique, que les médecins et leurs patients co-construisent ensemble, lors des consultations, une expérience nouvelle et singulière.

3.3. L'intersubjectivité : l'acquis et l'inné

Dans sa généralité, la relation intersubjective est donc déterminée par une série complexe de facteurs :

- des facteurs phylogénétiques, qui dépendent de programmes biologiques que l'on ne saurait maîtriser (Damasio, 1994) ;
- des apprentissages précoces ;

3. Dans cet exemple, ce sont les sons à eux seuls qui « insufflent la tonalité affective que procure la vision de feuilles d'automne emportées au gré du vent. » (Staiger, *op. cit.*). L'ineffable pourrait ici résider dans le désespoir d'être porté par un vent mauvais, dans le fait d'être en mouvement tout en étant déjà mort, comme la feuille.

- l'attachement qui se crée entre les sujets ;
- l'articulation à chaque fois en jeu entre aspects cognitifs et aspects émotionnels, entre langage verbal et corporel.

Il existe donc chez l'animal et chez l'homme, des compétences acquises et des régulations biologiques innées de l'intersubjectivité, qui sont l'objet d'étude de la psychologie du développement et de l'éthologie.

Nous nous situons ici dans ce vaste domaine de l'intelligence que l'on appelle la connaissance implicite (procédurale) ; celle qui consiste notamment à savoir quoi faire, quoi penser et quoi ressentir dans un contexte relationnel spécifique. Cette connaissance est dite implicite parce qu'elle n'est pas consciente ; elle opère sans que l'on ne s'en rende compte. En général, l'on ne s'aperçoit même de sa présence et de sa force que là où les « règles » qu'elle véhicule se trouvent transgressées, comme, par exemple, lorsqu'un médecin commence à divaguer ou à faire des plaisanteries lors d'une discussion sérieuse avec son patient, ou lorsqu'un patient commence à se revêtir au beau milieu de l'examen physique ; si l'on dit si aisément d'une telle personne qu'elle se conduit « en dépit de tout bon sens », c'est précisément parce qu'elle heurte les règles implicites qui structurent les modalités de la vie en commun et qui, par là-même, sous-tendent la compréhension de l'autre.

3.4. Émotion : définition, fonctions et liens structuraux avec la cognition

Les émotions permettent de s'adapter au monde et, en particulier, à la rencontre avec l'autre. Les émotions sont en effet ancrées dans des programmes biologiques innés qui contrôlent des ensembles de réponses motrices, comportementales. Elles ont été définies comme des régulateurs de l'interaction sociale. Elles sont utiles dans la détermination du caractère « bon » ou « mauvais », agréable ou douloureux d'une expérience, d'une rencontre. Les émotions, en tant qu'elles émanent de programmes biologiques complexes, interviennent aussi pour moduler les apprentissages cognitifs. C'est par elles que le sujet sélectionne les comportements utiles pour s'adapter à son environnement.

En parcourant son cycle de vie, l'homme articule son expérience de la réalité et son expérience de lui-même à des niveaux de complexité grandissante. Cette articulation s'opère suivant trois dimensions essentielles : *émotionnelle, cognitive et sociale*.

- L'émotionnalité confère une première ordonnance à l'expérience immédiate et lui attribue une valeur – notamment en termes de plaisir et de déplaisir. Ce processus est sous-tendu par des schèmes émotionnels de base phylogénétiquement déterminés.

- L'expérience émotionnelle est nouée, suivant une articulation constante et circulaire, à la dimension cognitive de la signification ou de la « donation de sens ». Cette deuxième dimension répond à des règles plus explicites. Elle transforme les schèmes émotionnels implicites en une expérience émotionnelle consciente ou, tout au moins, dicible.
- L'articulation de l'expérience de soi et du monde nécessite également une constante dynamique de référence à l'autre. Telle est la dimension sociale constitutive du sens proprement humain de la réalité. La référence à l'autre joue en effet un rôle essentiel dans la confirmation (ou l'infirmité) du bien-fondé de ce que l'on perçoit, de ce que l'on sent et de ce que l'on pense.

L'articulation dynamique entre les dimensions émotionnelle, cognitive et sociale vise moins à obtenir une représentation exacte du monde extérieur qu'à :

- se protéger pour survivre,
- s'intégrer dans un réseau social aux règles de fonctionnement partagées,
- conserver une cohérence dans la relation à son environnement,
- garder un sentiment de continuité du Soi.

4. L'empathie dans la relation de soins

4.1. Définition de l'empathie

Le concept d'empathie a été défini de manière variable selon les auteurs qui l'ont mentionné dans leurs approches (citons ici seulement Freud, 1913 ; Spiro *et al.*, 1993 ; Cosnier, 1994 ; Fivaz-Depeursinge, 2001).

L'on peut schématiser comme suit les divergences de base entre les auteurs quant à la conceptualisation de l'attitude empathique :

- elle se résumerait à une aptitude cognitive du médecin, consistant à se mettre dans la situation du patient tout en gardant une distance émotionnelle ;
- elle serait une réaction émotionnelle involontaire qui dépendrait des programmes biologiques innés réglant les interactions sociales ;
- elle engloberait une composante cognitive et une composante émotionnelle.

Cette troisième piste s'impose à tous ceux qui considèrent les composantes émotionnelles et cognitives comme indispensables à la connaissance de soi, d'autrui et du monde. Comme le dit Damasio (1994), il n'y a pas de cognition sans émotion, ni d'émotion sans cognition.

De manière générale, l'empathie désigne :

la capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ses affects (empathie d'affects), à partager ses représentations (empathie de pensée) ou à partager

ses actions et réactions (empathie d'action). Les trois aspects peuvent être à certains moments confondus (Cosnier, 1994).

Dans une interaction, chaque partenaire s'identifie corporellement à l'autre par un processus qui, on l'a dit, amène les partenaires à entrer activement en syntonie, mais qui reste souvent subliminaire.

Le partage d'affects s'accomplit ainsi :

- par un mécanisme inconscient qui permet d'analyser immédiatement les signaux corporels ;
- par un processus d'échange de signaux traités à un niveau cognitif, rationnel et conscient.

Le processus d'empathie peut dès lors se définir de façon plus précise comme :

le partage synchronique d'états psycho-corporels, c'est-à-dire comme le fait qu'à un même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable (Cosnier, 1994).

4.2. Empathie et relation de soins

La relation de soin est un processus à l'intérieur duquel le médecin et le patient sont engagés ensemble dans une co-évolution. Celle-ci se réalise et se développe grâce à la construction d'une alliance de travail qui se base, d'une part, sur l'échange d'informations et la négociation et, d'autre part, sur l'empathie.

La perception, l'affect, l'action et la cognition contribuent donc tous à créer l'intersubjectivité qui apparaît – au sens phénoménologique du terme – dans la relation de soin. Deux personnes se rencontrent dans le cabinet médical et commencent immédiatement à interagir. Il s'agit pour chacune d'elles d'entrer en syntonie (*fine tuning*) avec l'autre pour pouvoir la comprendre, pour échanger et coopérer avec elle, pour l'aider et se faire aider. C'est ce travail à la fois involontaire et actif de syntonisation, de partage du vécu, que l'on peut appeler empathie.

Dans la pratique des soins, l'empathie désigne encore, de façon plus pointue, l'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge chez l'un ou l'autre des interlocuteurs. Il s'agit le plus souvent d'un moment imprévisible et imprévu.

L'aptitude empathique consiste à pouvoir accueillir de tels moments significatifs et y répondre en sorte d'amener la relation à ce que Stern nomme un *état intersubjectif renouvelé* :

« Par état intersubjectif, nous entendons la connaissance relationnelle implicite partagée que chacun des partenaires a de soi-même et de l'autre, et la façon dont ils sont et travaillent ensemble habituellement. Il s'agit d'une représentation largement non verbale d'un aspect important de leur relation » (Stern, 1997).

La relation empathique peut alors se définir comme un cheminement commun qui se construit progressivement, en s'orientant au départ des moments significatifs de la relation.

Dans le jargon médical, « être empathique » est parfois entendu comme comportant un sens supplémentaire. Le médecin dit éprouver de l'empathie face à un patient qu'il trouve captivant et sympathique, ou lorsqu'il est touché par une souffrance, une détresse particulière de celui-ci. Il s'agit là d'une disposition intérieure bienveillante qui peut soudainement apparaître quand il s'aperçoit, par exemple, que le patient, jugé jusque-là désagréable, est profondément affecté par sa maladie. Le médecin manifeste alors une compassion qu'il appelle empathie. Le terme de compassion comporte, dans le langage courant, une connotation déplaisante qui évoque une pitié condescendante. Pourtant, compatir signifie bien, en son sens propre, le fait de « souffrir ensemble », et non celui de manifester, de manière vague et paternaliste, une compréhension teintée de dégoût ou de mépris.

Le médecin peut-il souffrir constamment avec chacun de ses patients ? Évidemment pas. Mais il ne peut ignorer le fait que le patient exprime de la souffrance, des émotions et une demande d'aide, explicite ou implicite. C'est l'attention à ces aspects complémentaires qui justifie son intervention médicale. Or, le patient exprime souffrance, émotions et demande d'aide d'une manière le plus souvent cachée ou fragmentaire, dans l'espace de tel ou tel bref instant. Il importe alors, pour reprendre les termes de Stern (1997), que le médecin parvienne à saisir ces « moments présents » où émerge, chez le patient, une émotion significative, et qu'il cherche à en faire un « moment de rencontre ». Si la rencontre autour de l'émotion en jeu et du contexte dont elle est porteuse réussit, c'est un contexte intersubjectif nouveau qui se crée entre les partenaires, modifiant leur relation même. Comme le commente Stern (1997):

« Un 'moment présent' qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un 'moment de rencontre'. Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au 'moment présent'. La réponse ne saurait être une application de la technique ni une réponse thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au delà de la technique et de la théorie ».

Si la réponse empathique ne saurait être une application de la technique, il convient ici de soumettre à la critique l'attitude de certains médecins de « psychologiser » ce que dit ou fait le patient, en croyant à tort, assumer ainsi une attitude empathique. Par psychologisation on entend l'interprétation des

dières ou des comportements du patient, selon le sens commun ou selon des modèles de compréhension psychologique pas toujours bien intégrés. Cette tendance, parfois motivée par une attitude défensive d'autoprotection, s'éloigne plutôt qu'elle ne s'approche de l'empathie. En effet, trop générales et souvent plaquées, ces interprétations sont difficilement acceptables par le patient qui pourrait se sentir outré de l'attitude intrusive du médecin.

Par contre, dès lors que les médecins promeuvent la reconnaissance de la dimension pathique du malade dans sa singularité, ils assument une attitude empathique. L'empathie est donc à entendre comme cette vertu par laquelle le médecin :

- rencontre le patient en personne,
- tient compte du vécu subjectif de sa maladie, de ce dont il souffre dans son corps,
- tient compte de ce dont il pâtit dans sa vie.

Cette attitude favorise la création de liens d'attachement entre les patients et leurs médecins. Par attachement on entend la tendance des humains à nouer des liens affectifs préférentiels avec d'autres individus tout au long de leur vie, selon un modèle fourni par la relation précoce entre l'enfant et ses parents.

Les liens d'attachement peuvent être considérés comme la dimension éthologique qui garantit la cohérence et la stabilité des liens interpersonnels, et notamment des liens qui se nouent dans la relation de soins. Cette dimension de l'attachement, qui reste souvent méconnue dans la relation de soins, joue à vrai dire un rôle fondamental dans l'alliance thérapeutique.

5. Pourquoi travailler sur les émotions ?

Le travail sur les émotions est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale. En effet, les hommes sont ainsi faits, par leur constitution biologique, leur vécu et leur histoire, qu'en présence d'une émotion, ils ne peuvent rester sans réagir : il s'agit là, avant tout, d'une réaction *involontaire* qui – on l'a dit – dépend pour une large part de programmes biologiques prédéterminés. Le sujet fonctionne en somme comme une caisse de résonance face aux émotions des autres.

Au niveau de sa conscience, le médecin peut ignorer son état émotionnel ; il peut même être convaincu de n'éprouver que de l'indifférence – à l'autre et même à soi. C'est ce qui donne parfois le sentiment que les médecins sont cyniques, sans état d'âme, soucieux seulement d'être efficaces d'un point de vue biomédical. Malheureusement, l'on ignore souvent que l'indifférence ou le cynisme eux-mêmes constituent une variante émotionnelle puissante, mais vécue en négatif, comme une absence. Dans la consultation

– comme en toute interaction – surgissent par ailleurs des émotions dont ni le médecin ni le patient ne peuvent maîtriser l'émergence.

5.1. Évitement passif des émotions

Les conventions sociales conduisent souvent à une canalisation et à une répression des émotions. Face à l'exigence d'être efficaces, de lutter pour la vie contre la maladie, la souffrance et la mort, les médecins sont progressivement amenés (activement par leurs enseignements, et involontairement par un réflexe d'autoprotection) à minimiser les émotions. De leur côté, bon nombre de patients, par habitude, en raison de leurs croyances ou de leur culture, considèrent que la tendance à manifester plus ou moins bruyamment leurs affects serait plutôt malsaine. Ainsi, la tendance naturelle des médecins et les conventions sociales auxquelles les patients adhèrent encouragent plutôt à la retenue des émotions.

Dans la relation de soins, l'on assiste ainsi à une minimisation non intentionnelle de l'anxiété, de la tristesse et d'autres émotions négatives comme la colère, le mépris, l'indignation ou le désespoir.

5.2. Occultation, dissimulation active

Dans la consultation, les patients et les médecins sont aussi amenés à occulter ou à dissimuler de manière volontaire leurs émotions négatives. Les malades ont peur, s'ils éprouvent de la colère à l'égard de leurs soignants, de la leur manifester ; ils craignent en effet d'être rejetés par ceux-ci s'ils les blessent.

Les médecins, quant à eux, sont parfois conscients d'être irrités, hostiles, excédés à l'égard de leurs patients. Certains refusent de le manifester de crainte de blesser le patient ou de le perdre ; ce dernier, insatisfait, pourrait bien aller voir un autre confrère. De plus, un certain nombre de médecins estiment qu'ils doivent être chaleureux, bienveillants, gentils. Cette conviction les empêche de tenir compte de leur état émotionnel. Les médecins sont programmés à soigner, mais pas à s'énerver contre les patients.

5.3. Crainte réelle ou imaginaire de déferlement des émotions

Les médecins peuvent encore avoir peur d'être envahis par un excès d'émotions de leurs patients. Ils évitent d'aborder les thèmes chargés affectivement par crainte d'être confrontés à une sorte de flux intarissable de plaintes, de larmes ou d'hostilité qui les agace et avec lequel ils ne sauraient pas quoi dire ou quoi faire.

Mais en réalité, comment cela se passe-t-il d'ordinaire ? Du fait du climat émotionnel présent dans la consultation, les praticiens en viennent à être pris, même de manière subliminaire, par les charges affectives exprimées ou retenues par leurs patients inquiets et préoccupés. En un sens, les médecins ont raison de craindre d'être submergés s'ils n'ont pas pris l'habitude de prendre garde à ces émotions et s'ils ne se sont pas entraînés à les élaborer. À l'hôpital ou dans la consultation, peu nombreux sont les patients qui exhibent leur détresse sans retenue. Mais, le cas échéant, cette expérience est vécue comme inconfortable, paralysante et irritante pour le médecin.

6. Apprendre à gérer les émotions et l'empathie dans la relation médecin – patient

6.1. Attitude de base

Pour faire face à l'émotion qui s'agite dans le cœur des patients, le médecin pourrait essayer de reconnaître qu'il est lui-même touché, par exemple par les pleurs ou la colère de son patient et, de plus, qu'il est en train de résonner à cet état émotionnel. Une telle résonance n'est pas d'emblée consciente, mais s'exprime la plupart du temps par une sensation ou une attitude corporelle, par une modification du ton de la voix.

Exemple : Un patient raconte à son médecin les soucis qui l'habitent pour sa mère gravement malade. Sa tristesse se manifeste par sa mimique, par des larmes retenues et par un ton de voix cassé. Sans en avoir pleine conscience, le médecin aussi, visiblement touché, répond d'une voix basse, le débit de sa parole ralentit ; il s'agite sur sa chaise.

Le médecin peut ainsi se référer à ses propres sensations – les modifications de sa corporéité lui signalant lorsqu'il est envahi par une émotion prégnante dans sa relation au patient.

Dans la réponse émotionnelle du médecin, deux facteurs interviennent : l'un renvoie à la complexité de la situation présente ; l'autre est de nature existentielle et historique. Il s'agit donc de deux dimensions différentes, dont l'une relève en propre de la situation clinique – à savoir des événements singuliers survenant dans la relation avec tel ou tel malade – et l'autre, de la résonance que cette situation exerce eu égard aux expériences de vie propres du médecin, actuelles ou passées. Dans le cas cité en exemple, le médecin pourrait être amené à penser à la relation qu'il a avec sa mère. Sa réponse corporelle serait alors l'expression de sa sympathie face à la situation du patient et de son vécu en relation à sa propre histoire.

La réponse émotionnelle du médecin peut par ailleurs donner naissance à une élaboration cognitive de ce qui se passe dans l'interaction et esquisser

ainsi les lignes d'une conduite « empathique » avec les patients (cf. Glick, 1993). Afin d'éviter les situations frustrantes pour les deux partenaires, il est justement primordial que les médecins apprennent à gérer les émotions des patients, ainsi que les leurs propres.

Différentes méthodes ont été développées pour enseigner un tel savoir-faire dans la relation médecin-malade : groupes Balint, supervisions directes, séminaires sur la communication médecin-patient, etc.

6.2. Postulats d'un tel enseignement :

- L'on peut s'exercer à percevoir ses propres émotions et celles de ses patients.
- Cet exercice peut améliorer la relation.
- Une relation empathique entre les deux partenaires de la relation de soins :
 - diminue les sentiments d'isolement et d'abandon du patient,
 - augmente sa satisfaction,
 - augmente la satisfaction du médecin.

L'on a défini le processus d'empathie – d'abord passif et involontaire – comme le partage synchronique d'états psycho-corporels, c'est-à-dire comme le fait qu'au même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable.

Dans la relation thérapeutique, il revient au médecin d'exercer une empathie en un sens à la fois passif et actif ; il lui revient de percevoir l'émotion que le patient ressent dans sa situation et de l'accompagner dans la tentative d'explicitier celle-ci. L'on pourrait dès lors qualifier l'empathie ici en jeu de seconde.

Certains comportements du médecin à l'égard du patient peuvent améliorer l'empathie dans la relation. Ainsi, la prise en compte, dans le suivi du patient,

- de son vécu subjectif de la maladie,
- des particularités de son histoire psychosociale,
- des représentations qu'il en a élaborées,
- de son vécu affectif,
- de ce que dit son corps et l'ensemble de ses expressions non verbales,

atteste la volonté du médecin de comprendre son patient.

Il en est de même pour certaines attitudes du médecin vis-à-vis de lui-même. Ainsi, il importe que le médecin s'interroge sur les représentations qu'il a de son rôle et de sa fonction (p. ex. la représentation du médecin comme « sauveur » : celui qui doit à tout prix aider le patient et qui ne tolère

pas l'échec ni la mise en doute du bien-fondé de ce qu'il pense que son patient devrait penser ou faire). L'attitude du médecin et son interprétation des dires du patient reposent en effet sur des représentations et des expériences personnelles implicites qui débordent la pure objectivité médicale et peuvent distordre son mandat de soin.

Il est également utile que chaque médecin s'interroge sur sa propre subjectivité, ancrée dans son histoire, et sur les émotions qu'il ressent dans sa profession. Il n'est pas toujours évident pour les médecins d'accepter qu'ils puissent eux-mêmes être humains, avec toute la vulnérabilité que ce terme suggère : des personnes qui ont elles aussi des besoins, des désirs, des souffrances et des difficultés. Or, si les médecins sont fatigués, aigris ou maltraités, on peut légitimement supposer que, telle une machine en surpression, ils risquent de dysfonctionner, avec toutes les conséquences qui peuvent en résulter.

7. Les six étapes de la relation empathique

La relation empathique peut se définir comme un processus (Smith & Hoppe, 1991) qui guide les réponses successives du médecin dans le sens de la rencontre et favorise l'élaboration cognitive que nous avons déjà évoquée. Schématiquement, ce processus se déroule en six étapes :

1. reconnaître les moments d'émotion ;
2. demander au patient ce qui se passe ;
3. nommer l'émotion ;
4. la légitimer ;
5. respecter les efforts du patient pour faire face ;
6. lui offrir aide et soutien pour le futur.

L'articulation de ces différentes étapes constitue une piste à visée pragmatique qui aide à concrétiser une attitude empathique. Celle-ci aide le médecin à considérer son patient comme une personne à part entière, en donnant un droit d'existence tant à ses sentiments qu'à ses dérèglements somatiques.

7.1. Reconnaître les moments d'émotion

Il s'agit pour le médecin de reconnaître les manifestations cliniques d'un état émotionnel chez le patient et de s'y arrêter lorsque celui-ci semble marquant.

Si les émotions en tant que telles s'avèrent semblables dans les différentes cultures, leurs formes expressives, on l'a dit, sont fort hétérogènes. Elles peuvent dépendre de la classe ou de la culture d'appartenance, des

caractéristiques de l'éducation, ou encore de l'histoire et des particularités internes des sujets en présence. Le travail sur les émotions implique justement la capacité à faire face à cette diversité.

Pour les raisons évoquées précédemment, il est rare que les patients verbalisent spontanément qu'il sont en train de vivre un état émotionnel ; les émotions sont souvent minimisées ou retenues. Ainsi, il est difficile pour le médecin, au cours de l'interaction, de percevoir l'émotion que le patient ressent dans sa situation d'homme.

Souvent, à travers tous les signaux émis par le patient, le médecin se rend compte qu'il y a quelque chose qui se passe. Cependant, cela arrive si subtilement, dans l'espace d'un si bref moment, que le médecin peut se sentir désorienté sans pouvoir vraiment définir ce qui se passe en lui ou dans la relation. Le patient non plus ne sait pas très bien ce qui lui arrive.

Comme il a été dit, le médecin peut se référer à ses propres sensations et s'appuyer sur ses propres affects pour percevoir les émotions dont le patient n'est éventuellement pas conscient ou qu'il croit devoir cacher. C'est souvent après avoir reconnu en lui les manifestations cliniques d'un état émotionnel qu'il peut les reconnaître chez le malade.

7.2. Demander au patient ce qui se passe

Il s'agit pour le médecin d'inviter le patient à évoquer son vécu émotionnel en l'encourageant à s'exprimer sur ce qui se passe. Cette demande serait le premier maillon qui aide à passer de la dimension émotionnelle à la dimension cognitive. De plus, cette étape permet de passer du sentiment d'être isolé à la confiance qui naît d'un état partagé.

De fait, lorsqu'il éprouve une émotion forte et surtout un excès d'émotions, le patient sent confusément en lui que quelque chose ne va pas, mais cette sensation est difficile à cerner. S'il arrive malgré tout à l'exprimer, le fait de la partager avec le médecin l'aide à mettre de l'ordre dans son vécu. L'isolement, au contraire, réel ou même en présence d'un médecin qui n'est pas disposé à écouter ou qui ne favorise pas le partage, accentue la confusion et le sentiment d'abandon. Le patient vit souvent une exigence pressante de dire ce qui lui arrive ; cette exigence interne est motivée par le désir de se libérer de ce qui le ronge. En « épiant » la réaction du médecin, il cherche aussi une sorte de confirmation sociale quant au bien-fondé de ce qu'il éprouve. En voyant comment le médecin réagit, comment il répond à son récit, le patient peut devenir plus clair sur lui-même – clarté qui est lui nécessaire pour faire face à sa souffrance.

Si c'est le médecin qui demande au patient d'exprimer ce qui lui arrive, le patient se sent encouragé au partage. Le fait même que le médecin

lui pose la question est déjà une confirmation sociale. Une telle attention peut parer au danger de refouler un excès d'émotion inconfortable et submergeant. Le refoulement en lui-même – souvent fort utile s'il est sélectif – peut en effet se révéler destructeur s'il est complet et constant.

7.3. Nommer l'émotion

Nommer l'émotion constitue le troisième maillon permettant d'ajuster le niveau cognitif à la réaction primaire immédiate qui surgit face aux événements.

Un patient a les larmes aux yeux, un autre se montre arrogant. À l'annonce d'une mauvaise nouvelle, un troisième paraît confus ou sidéré dans sa douleur. À l'annonce d'un examen désagréable, ce même patient pourra ne rien dire, tout en montrant la mâchoire tendue. On l'a vu, la palette des émotions est vaste et la réaction à des événements semblables peut fortement différer d'un patient à l'autre. Une expression particulière peut aussi être porteuse de différents sens (l'on peut pleurer de chagrin ou de honte).

Si le patient évoque une situation ou un événement chargés affectivement sans préciser l'émotion qui s'y rattache, il importe que le médecin lui demande s'il peut formuler celle-ci. Si le patient n'y arrive pas, s'il n'a pas les mots pour circonscrire son vécu affectif, le médecin peut tenter lui-même de le qualifier. Il s'agit bien sûr d'hypothèses que le patient, à son tour, peut infirmer ou confirmer, mais qui lui donnent des repères.

Un médecin peut par exemple ressentir que son patient est agressif. S'il lui posait la question, le patient pourrait refuser cette hypothèse, surtout si son fond émotionnel est en réalité triste. Le médecin devrait, dans ce cas, avancer une autre hypothèse et lui demander par exemple : « *vous sentez-vous déprimé ?* ». Le patient pourrait alors acquiescer en tombant même en pleurs, comme il arrive bien des fois. Comme on le voit, le fait de formuler de la sorte une hypothèse est déjà, en soi, un événement relationnel.

Si le patient fait comprendre qu'il ne souhaite pas parler de ses émotions, le médecin doit respecter ce vœu (mais il ne doit pas commettre l'erreur de prendre son propre désir – celui d'éviter les sujets émotionnellement chargés – pour celui du patient !).

L'empathie active implique enfin que l'émotion éprouvée par le patient et amenée à l'expression soit légitimée par le thérapeute et reconnue comme bien-fondée en fonction du contexte et de l'histoire propres du sujet.

7.4. Légitimer

Cette étape suit naturellement les précédentes : après avoir reconnu les manifestations cliniques d'un état émotionnel chez le patient et avoir qualifié celui-ci, le médecin essaie de le relier à son contexte psychologique, historique ou événementiel. Ce n'est qu'en suivant cette piste que le médecin peut reconnaître et accepter les sentiments, même négatifs, du patient.

Exemple : un patient, timide et réservé, paraît atteint d'un malaise profond à la suite d'un licenciement. Le médecin lui demande s'il se sent blessé par la manière dont son employeur l'a mis à la porte, manière qu'il avait évoquée longuement et dans les détails. Après avoir nié, le patient admet qu'en plus de se sentir abattu, il éprouve une sourde irritation.

Une fois les émotions reconnues et identifiées dans leur complexité, avec leurs nuances contrastées, le médecin peut les confirmer, en manifestant par différentes formulations qu'elles lui apparaissent compréhensibles et légitimes :

Exemple : « Dans ces circonstances, et au vu de ce que vous m'avez raconté, je comprends tout à fait que vous soyez à ce point abattu et irrité. »

Ces phrases ne peuvent représenter un moyen technique pour s'acquitter de son devoir d'empathie, mais elles se révèlent pertinentes si elles sont l'expression d'une pensée authentique du médecin. Ce dernier doit sentir dans ses tripes que sa réponse correspond sincèrement à son vécu, à ses propres critères du vrai ou du juste.

7.4.1. Peut-on apprendre à formuler des remarques légitimantes ?

Dans sa pratique quotidienne, dans ses relations avec ses patients, chaque médecin a appris à faire des gestes qui lui sont devenus naturels. Prendre la tension, recueillir une anamnèse sont des activités qu'il a apprises et qu'il n'exécute correctement que s'il ne doit plus réfléchir à la manière dont procéder, que si sa conscience peut pour ainsi dire s'en dégager. Il en est de même pour l'aspect relationnel de son métier et pour sa pratique de l'empathie. Dans ce travail relationnel, l'on serait tenté d'espérer que le corps, l'attitude, les gestes, l'énoncé de remarques légitimantes, prennent le relais de la réflexion. C'est là ce que la pensée moderne appelle le savoir-faire (*know how*) ou la connaissance procédurale (cf. 3.1.), par opposition au savoir théorique (*know that*). Le savoir théorique suppose toujours que l'on rende explicites des règles – comme on le fait ici à propos de la légitimation – que la pratique doit précisément permettre d'oublier. Sur le fond de cet « oubli » peut s'accomplir alors, pour chacune des activités de soin, le geste juste, la parole appropriée.

7.4.2. Remarques légitimantes : expression du respect et de la reconnaissance de l'autre

Les remarques légitimantes encouragent le patient à exprimer plus franchement et plus clairement ses sentiments, car elles lui indiquent que le médecin peut le comprendre, reconnaître le bien-fondé de ses pensées, de ses actes, de ses émotions, même en ce qu'il peut avoir de dérangeant, sans le juger. Plusieurs auteurs, dans le domaine de la psychothérapie, indiquent que le sentiment d'être compris est une des variables les plus significatives pour prédire la réussite d'un traitement, (Martin, 2000).

Mais, de plus, les remarques légitimantes permettent d'exprimer explicitement le respect et la reconnaissance de l'autre. Par la reconnaissance, le patient en vient à se voir confirmé intersubjectivement comme une personne à part entière, membre de sa communauté, porteuse d'une histoire individuelle.

L'expérience consistant à être reconnu comme un personne par les membres de la communauté – dans ce cas par le médecin – signifie pour le sujet malade la faculté de prendre envers lui-même une attitude positive. Il ne peut y avoir de respect pour soi si l'on est complètement coupé des autres et de toute reconnaissance sociale, fondement du sentiment de notre propre valeur ; non seulement elle renforce l'estime de soi, mais encore elle nous invite à lutter, à nous respecter pleinement.

Pour vivre et pour garder la relation nous avons besoin de reconnaissances. Pour que je puisse apporter en particulier au patient ma reconnaissance dans un sentiment de sympathie et de solidarité pour son itinéraire personnel, il faut d'abord que je sois mû par une expérience qui m'enseigne que nous sommes menacés, sur un plan existentiel, par les mêmes risques.

Pris par l'état de la maladie, le sujet peut remettre en doute son propre « moi ». Les malades, ne peuvent s'empêcher de rechercher la reconnaissance de leur personne, de leur existence, de leur souffrance.

À la souffrance qui naît en effet de la maladie peut s'ajouter, dans la relation médecin-malade, de la méconnaissance des échanges entre les acteurs (ce que l'un fait est par exemple considéré comme insuffisant ou non avenu). Or, une telle méconnaissance peut être lourde de répercussions. Comme le soutient en effet Honneth (1992), lutter pour obtenir de la reconnaissance est une exigence primaire qui garantit les conditions de survie du malade et... du médecin lui-même.

La *légitimation* déploie ce que Stern nomme un « moment de rencontre » où les deux partenaires savent « *que je sais que tu sais que je sais* » (cf. 3). Si le médecin s'exerce à légitimer de la sorte les émotions du

patient, il devient plus disponible, plus ouvert au savoir relationnel implicite qu'il a lui-même progressivement développé tout au long de son existence.

Cette relation de personne à personne, où les partenaires s'accordent sur le bien-fondé de leurs pensées et de leurs émotions, sur la dimension pathique signifiante de leurs expériences (cf. *Les modèles en médecine*), constitue l'aspect le plus profond de l'alliance thérapeutique et représente la clé de voûte de toute relation de soins

7.5. Respecter les efforts du patient pour faire face

Il est plus utile de travailler sur les ressources du patient, de faire levier sur l'expertise qu'il a acquise pour faire face aux difficultés de l'existence, que de lui offrir immédiatement de l'aide – tendance que l'on retrouve fréquemment lors des consultations médicales.

En effet, nombreux sont les patients qui arrivent à faire face aux difficultés ordinaires de l'existence et au découragement qui les accompagne. Si l'émotion surgit dans la consultation lorsque telle ou telle difficulté est évoquée et même si, à ce moment-là, le patient semble triste, anxieux ou encore sans courage, cela ne signifie pas nécessairement qu'il soit dépourvu de ressources.

Respecter les actions entreprises par le patient requiert aussi un exercice de modestie de la part du médecin, qui ne peut pas espérer résoudre à lui seul les problèmes de son patient.

7.6. Offrir aide et soutien pour le futur

Le fait d'encourager le patient à se baser sur ses propres ressources ne signifie pas que le médecin doive rester neutre et se désengager de la situation. En offrant son soutien, le médecin montre sa disponibilité vis-à-vis du patient et propose un partenariat (cf. Consultation médicale). L'aide ne réside donc pas seulement dans les actions que le médecin peut entreprendre, mais encore dans sa disponibilité, dans le fait qu'il sache garantir la continuité de son engagement.

Le patient ne demande en effet pas que de l'aide pratique et technique (qui lui revient donc, et pour laquelle il mandate le médecin). Le patient demande encore et avant tout à être reconnu comme personne, comme être humain souffrant et, comme tel, à bénéficier d'une relation stable. L'aide commence souvent par la proposition ferme d'un nouveau rendez-vous (cf. *Consultation médicale*).

En somme, pour offrir de l'aide – ce pour quoi il est par ailleurs « programmé » – le médecin doit toujours articuler la prestation technique à la dimension humaine du réconfort et de l'accompagnement. Dépassant

largement la dimension technique, l'activité de soin relève de l'humanité, c'est-à-dire de la rencontre avec l'autre, qu'aucune technique ne pourra jamais remplacer. Le recours aux médecins ne devrait pas empêcher les patients de rester des hommes et d'être traités comme tels.

8. Discussion

Bien que les conventions sociales conduisent souvent à la canalisation, voire à la répression de l'expression des émotions, ces dernières constituent une dimension fondamentale dans toute relation. Les interactions verbales et non-verbales entre deux êtres humains sont de part en part sous-tendues par l'affectivité, quand bien même celle-ci resterait implicite. La relation de soins ne peut déroger à cette règle.

L'interaction dans la relation médecin-malade est régie par une double définition de la relation :

- d'une part, elle est une relation inégalitaire, fondée sur la dominance et le pouvoir de l'expert qui doit prendre les décisions qui s'imposent et ne peut se permettre de tenir compte de l'inquiétude du malade ;
- d'autre part, elle est une relation de coopération entre deux partenaires, dans laquelle peuvent coexister des savoirs hétérogènes, des réalités multiples, et dans laquelle la gestion des émotions et la pratique de l'empathie occupent une place centrale.

Les études de médecine ne préparent guère à aborder les émotions. Or, l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfaction chez le médecin et chez le patient.

Toute relation de soins s'inscrit dans un contexte déterminé et se négocie entre deux partenaires dont les caractéristiques singulières vont, d'une manière ou d'une autre, influencer cette relation. Quelques patients vont refuser de parler de leur vécu émotionnel et préférer un médecin de type « technicien bio-médical » à un médecin empathique. Certains médecins, à leur tour, ne pourront aborder les émotions de leurs patients, même avec ceux qui leur en parlent. Pour ce qui est du contexte lui-même, la tâche consistant à gérer les émotions et l'empathie doit vraisemblablement se définir de façon différente dans le cas d'un médecin de famille dont la relation avec ses patients, notamment avec ceux qui souffrent de maladie chronique, s'inscrit dans la durée ou dans le cas d'un médecin qui intervient ponctuellement dans l'urgence.

De façon générale, il semble que les médecins aient plus de difficultés à aborder le vécu subjectif et émotionnel de leurs patients que ces derniers mêmes. La participation à un groupe de formation (sous une forme ou sous une autre) constitue une voie privilégiée par laquelle le médecin peut

s'exercer à gérer ses propres émotions et celles de ses patients, ainsi qu'à percevoir les mouvements d'empathie qui traversent leur rencontre.

Conclusion

Le processus d'empathie active, tel que nous venons de l'esquisser, s'est révélé fécond dans la pratique de soins (cf. Damasio, 1994). Il représente un chemin visant à guider le médecin dans sa réponse au moment présent. Certes, le surgissement et la perception du moment présent forment un événement qui ne peut être maîtrisé par l'emploi de techniques relationnelles ou par un travail cognitif explicite. En ce sens, ce que nous proposons ici est une grille pragmatique qui tient compte tant du vécu personnel du soignant, de son épaisseur humaine, que des moyens actifs de la communiquer, de la transmettre pour construire une relation. Par ce processus, le médecin et le patient peuvent, l'espace d'un bref moment, partager une expérience commune et, par là, participer chacun à l'humanité de l'autre.

Références

- BILLINGS J.A. & STOECKLE J.D. (1989) : *Clinical encounter. A guide to the medical interview and cases presentation*. Year Book Medical Publishers, Chicago.
- COSNIER J. (1994) : *Psychologie des émotions et des sentiments*. Retz, Nathan, Paris.
- DAMASIO A.R. (1994) : *L'erreur de Descartes*. Odile Jacob, Paris.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E. & CORBOZ-WARNERY A. (1999) : *The primary triangle*. New York : Basic Books. Trad. franç. (2001) : *Le triangle primaire*. Odile Jacob, Paris.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2001) : Corps et intersubjectivité. *Psychothérapies* 21 (2), 63-69.
- FREUD S. (1913/1953) : Le début du traitement. In *La technique psychanalytique*. PUF, Paris.
- GLICK S. M. (1993) : The empathic physician : nature and nurture. In SPIRO H. *et al.* (eds) : *Empathy and the practice of medicine*. Yale University Press, New Haven.
- HONNETH A. (1992) : *Kampf um Anerkennung*. Suhrkamp Verlag., Frankfurt a. M. Trad. franç. (2000) : *La lutte pour la reconnaissance*, Éd du Cerf, Paris.
- JUNOD N., FAVRAT B. & VANNOTTI M. (2002) : Patients en cabinet privé : quel choix ? *Forum Med Suisse Suppl.* 8 : 20 S.
- MARTIN D.J. (2000) : Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

- REY-WICKY H., & VANNOTTI M. (1994) : L'empathie dans la relation de soins. *Médecine psychosomatique* 3, 23 : 7-12.
- ROCHAT P. (ed). (1999) : *Early Social Cognition. Understanding others in the first months of life*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah, NJ, US.
- SMITH RC. & HOPPE R.B. (1991) : The patient's story – a patient-centered approach. *Ann Intern Med* 115 : 470-477.
- SPIRO H. *et al.* (eds) (1993) : *Empathy and the practice of medicine*. Yale University Press, New Heaven.
- STAIGER E. (1990) : *Les concepts fondamentaux de la poésie*. Lebeer Hossmann, Bruxelles.
- STERN D.N. (1997) : Le processus de changement thérapeutique. In CICCONE A., STERN D.N. *et al.* : *Naissance et développement psychique*. Érès, Paris.