

Empathie et ses effets

J. Lecomte

L'empathie joue un rôle essentiel dans les relations humaines quotidiennes et constitue le cœur de la relation de soins. Tous les auteurs qui ont tenté d'en cerner les contours soulignent qu'il s'agit de la capacité de se mettre à la place d'autrui, de se représenter ce qu'il ressent et/ou pense. Ressentir/penser : ce sont là les deux facettes essentielles de l'empathie, l'une émotionnelle, l'autre cognitive. Certains auteurs en rajoutent une autre, la dimension comportementale (parfois appelée « échoïsation » ou encore « effet caméléon »). Elle désigne l'imitation involontaire des gestes et postures d'une autre personne, particulièrement fréquente chez les personnes qui entretiennent de bonnes relations entre elles ; par exemple, croiser tous deux les bras de la même manière à quelques instants d'intervalle. Des recherches contemporaines sur les neurones-miroirs ont mis en évidence que notre cerveau est prédisposé à ce que nous réagissions de façon empathique au vécu d'autrui. Sur un plan empirique, l'empathie est aujourd'hui reconnue comme l'un des principaux facteurs de réussite d'une psychothérapie. Enfin, dans l'univers soignant, de nombreuses études ont démontré l'impact positif de l'empathie sur les patients, que ce soit en termes de satisfaction vis-à-vis des soins reçus, de bien-être psychologique, d'observance des prescriptions, de santé physique, et même de moindre tendance des patients victimes d'erreurs médicales à poursuivre leur médecin. Le chapitre conclut sur une perspective selon laquelle l'empathie pourrait constituer le fondement d'une nouvelle conception de la citoyenneté.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Empathie ; Care ; Neurones-miroirs ; Psychothérapie ; Approche centrée sur la personne ; Erreurs médicales

Plan

| | |
|--|---|
| ■ Qu'est-ce que l'empathie ? | 1 |
| Partager le vécu émotionnel | 1 |
| Comprendre la pensée d'autrui | 2 |
| Quand les cerveaux entrent en résonance | 2 |
| ■ Empathie en psychothérapie | 2 |
| Une source essentielle de l'efficacité thérapeutique | 2 |
| Entretien motivationnel | 3 |
| ■ Empathie dans le monde soignant | 4 |
| Les patients préfèrent l'empathie à la distance professionnelle | 4 |
| Obstacles à l'empathie | 4 |
| Multiples effets de l'empathie sur les patients et leurs proches | 5 |
| ■ Empathie, fondement d'une nouvelle conception de la citoyenneté ? | 6 |

■ Qu'est-ce que l'empathie ?

Partager le vécu émotionnel

Une première composante de l'empathie est donc émotionnelle ; c'est une réaction généralement automatique et non intentionnelle. Lorsque nous voyons quelqu'un souffrir, nous sommes nous-mêmes affectés, nous éprouvons généralement un ressenti désagréable. Ce peut être le cas par exemple lorsque l'on observe à la télévision un sportif qui exprime sa douleur après s'être tordu la cheville.

L'observation de jeunes enfants a mis en évidence la précocité de ce type de réaction. En effet, dès les premières heures suivant leur naissance, les bébés réagissent à la détresse de congénères, en pleurant. Selon Decety, professeur à l'université de Washington, l'empathie est possible « parce que nous possédons une disposition innée à ressentir que les autres personnes sont "comme nous" et parce que nous développons rapidement au cours de l'ontogenèse la capacité de nous mettre mentalement à la place d'autrui »^[1]. Ainsi, une jeune femme de 20 ans dont le frère était très malade

s'exprime de cette façon au sujet d'une amie : « J'imagine qu'elle pouvait elle aussi ressentir ma peur de perdre quelqu'un » [2].

La facette émotionnelle est une composante majeure de l'empathie. En effet, les personnes atteintes du trouble de la personnalité antisociale présentent un important manque d'empathie émotionnelle ; il leur est très difficile de ressentir (aux niveaux physiologique et subjectif) l'état émotionnel d'autrui, tout particulièrement la tristesse et la peur. En revanche, leur niveau d'empathie cognitive est généralement préservé. Certains psychopathes sont d'ailleurs de remarquables manipulateurs, ce qui exige de fortes capacités à se mettre cognitivement à la place d'autrui.

Comprendre la pensée d'autrui

Examinons maintenant la deuxième facette, cognitive, de l'empathie. Les êtres humains développent la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui grâce à un système conceptuel, appelé « théorie de l'esprit » par les cognitivistes et « mentalisation » par les psychanalystes.

Cette aptitude se révèle très tôt chez les enfants. Nous venons de voir que les bébés peuvent imiter le comportement d'autrui. Mais plus étonnant encore, ils parviennent aussi à percevoir les intentions d'autrui, ainsi que l'a clairement démontré une étude menée auprès de bébés de 18 mois [3]. L'expérimentateur fait semblant d'échouer à un exercice, consistant, par exemple, à ôter l'extrémité d'une sorte de mini-haltère : son doigt glisse sur l'objet, apparemment sans parvenir à ses fins. Or, les bébés qui observent cette scène et à qui l'on présente ensuite une mini-haltère ont tendance à séparer la barre et l'extrémité ; d'autres bébés, à qui l'on présente simplement l'objet (sans la séquence antérieure avec l'adulte), ne le font pas. « De façon évidente, souligne Meltzoff, les bébés peuvent comprendre nos buts même si nous échouons à les réaliser. Ils choisissent d'imiter ce que nous voulons faire, plutôt que ce que nous faisons par erreur. » Meltzoff en est arrivé à la conviction que l'imitation chez le bébé est reliée à la perception des autres en tant que « comme moi » et à la compréhension de l'esprit d'autrui. Selon lui, l'imitation – et le fonctionnement cérébral qui l'accompagne – génère la compréhension de l'esprit d'autrui [4].

Quand les cerveaux entrent en résonance

Les recherches sur l'empathie ont connu un regain d'intérêt inattendu depuis le milieu des années 1990, à la suite de la découverte des neurones-miroirs, par une équipe italienne [5]. Ces cellules bien particulières s'activent non seulement lorsque l'individu réalise une action, mais aussi lorsqu'il voit un autre accomplir cette action. Ces neurones ont d'abord été découverts chez des singes, puis mis en évidence chez l'être humain. Ils jouent un rôle majeur dans la reconnaissance et la compréhension du sens des actions d'autrui. Des études récentes de résonance magnétique fonctionnelle ont montré que lorsqu'une personne observe l'état émotionnel d'une autre (qu'il s'agisse de dégoût, de toucher, de douleur, etc.), cela active des parties du réseau neuronal qui traitent ce même état en elle-même. En d'autres termes, nous éprouvons peu ou prou des émotions en miroir de celles ressenties par autrui.

La découverte des neurones-miroirs est au cœur du développement de la psychologie des émotions, domaine de recherche certainement appelé à bouleverser les connaissances sur l'être humain d'une manière aussi profonde que l'ont fait les sciences cognitives au cours des deux dernières décennies [6]. L'une des fonctions majeures des neurones-miroirs est précisément de faciliter l'empathie, comme l'a souligné Gallese, l'un des

découvreurs de ces cellules. Dans un article intitulé « L'hypothèse de la "diversité partagée" : des neurones miroir à l'empathie », il affirme que le mécanisme neuronal d'appariement constitué par les neurones-miroirs est essentiel pour établir un lien empathique entre individus [7]. C'est le cas tant dans le domaine cognitif (les actions d'autrui déclenchent en nous des « mécanismes de résonance » qui nous aident à deviner son état d'esprit et ses intentions) que dans le domaine émotionnel (l'observation d'autrui dans un certain état émotionnel – peur, souffrance, etc. – active des circuits qui génèrent des réponses émotionnelles empathiques).

Notons enfin que ces réponses ne sont pas automatiques, car elles dépendent partiellement de l'évaluation que l'individu fait de la situation. Par exemple, la réaction neuronale est moins forte lorsque la personne pense que la douleur infligée à autrui est destinée à la soigner.

Ces travaux sont particulièrement troublants et prometteurs. Ils montrent que notre cerveau est prédisposé à l'interdépendance avec autrui, pour que nous puissions entrer en « résonance » avec nos congénères et leur manifester de l'empathie. Selon Rizzolatti, autre découvreur des neurones-miroirs, ces derniers nous montrent « combien les liens qui nous unissent aux autres sont profondément enracinés en nous et, donc, à quel point il peut être bizarre de concevoir un moi sans un nous » [8]. La neurophysiologie, qui était jusqu'il y a peu une science du cerveau isolé, pourrait bien se transformer demain en neuroscience sociale. D'ailleurs, a été créée en janvier 2010 la Society for Social Neuroscience.

■ Empathie en psychothérapie

Une source essentielle de l'efficacité thérapeutique

Parmi les divers courants psychologiques, c'est la psychologie humaniste qui a été la plus attentive au concept d'empathie. Selon Rogers, l'empathie constitue l'une des trois attitudes fondamentales que doit adopter le thérapeute – à côté de la considération inconditionnelle et de l'authenticité – pour faciliter le développement des patients [9]. Pour lui, il y a empathie lorsque le thérapeute devine les réactions et sentiments personnels éprouvés par la personne et qu'il réussit à lui communiquer cette compréhension. Cet auteur insiste sur la notion de « comme si », qui permet d'éviter la fusion : une condition nécessaire à la thérapie est que « le thérapeute éprouve une compréhension exacte, "empathique", du monde de son client, comme s'il le percevait de l'intérieur. Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si", telle est l'empathie, et elle apparaît essentielle à la thérapie. Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire. » [9] En bref, ce que nous dit Rogers, c'est qu'il faut faire tout notre possible pour penser et ressentir ce que vit autrui, tout en étant lucide sur le fait que ceci n'est jamais vraiment possible. Qui peut sincèrement affirmer se mettre pleinement à la place d'une autre personne, surtout si celle-ci vient de subir une grande épreuve ?

Les connaissances actuelles sur l'efficacité des psychothérapies donnent précisément raison à Rogers. Dans une étude qualitative réalisée auprès de cinq patientes, Myers, professeur de développement humain à l'université du New Brunswick au Canada, note que les cinq personnes ont considéré qu'être écoutées sur un mode empathique était un aspect essentiel du lien établi avec la ou le thérapeute [10].

Voici, par exemple, le témoignage de Marie : « Il m'a fait comprendre que j'avais de la valeur, que j'étais quelqu'un, que j'étais valorisée pour moi-même, en tant que personne et que je ne devais pas me préoccuper de ce que les autres pensaient de moi. (...) Il m'a écoutée (...) Et il m'a laissée dire ce que je ressentais, être ce que je suis. »

Ou encore ce propos de Theresa : « J'ai toujours senti qu'elle était là avec moi. Elle m'a toujours accordé une pleine attention et c'était extrêmement important. (...) Je ressens qu'elle n'est pas simplement en train d'agir, mais qu'elle travaille vraiment, elle travaille avec moi. »

De multiples évaluations ont mis en évidence qu'au-delà des diverses orientations théoriques, l'essentiel de l'impact des psychothérapies est dû à l'« alliance thérapeutique », terme qui recouvre trois aspects :

- la collaboration entre le patient et le thérapeute ;
- le lien affectif entre eux ;
- leur aptitude à se mettre d'accord sur les objectifs du traitement et sur les tâches à accomplir ^[11].

Deux méta-analyses (synthèses statistiques de la littérature scientifique) ont confirmé l'importance de ce lien. La première étudie l'impact de l'alliance thérapeutique, à partir de 79 recherches, et conclut à des résultats positifs, modérés mais constants ^[11]. Les auteurs constatent ainsi que l'alliance est thérapeutique en soi : « si une alliance bien adaptée s'établit entre un patient et son thérapeute, le patient ressentira la relation comme thérapeutique, indépendamment d'autres interventions psychologiques. » L'autre méta-analyse s'est concentrée sur le rôle de l'empathie, en rassemblant les données issues de 47 études, avec un total de plus de 3 000 patients ^[12]. Selon les auteurs, l'empathie favorise l'exploration et la création de sens de la part des patients. Elle les aide à penser de manière plus productive et facilite la gestion des émotions.

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une méthode d'aide psychologique (*counseling*) destinée à augmenter la motivation au changement, qui peut être utilisée par des professionnels très divers : psychologues et psychothérapeutes, infirmiers(ères), médecins, sages-femmes ^[13].

L'objectif initial des créateurs de l'entretien motivationnel était de mettre au point une méthode psychologique visant à augmenter la motivation et l'adhésion à un traitement. Or, en pratiquant cette approche, ils ont constaté qu'elle pouvait constituer une méthode thérapeutique en soi. En effet, les recherches entreprises ont montré que le changement pouvait se produire après une ou deux séances d'entretien motivationnel, même non suivies de thérapie, ceci en comparaison avec des groupes contrôles qui ne recevaient aucune intervention.

L'entretien motivationnel repose sur deux fondements majeurs :

- une attitude empathique centrée sur le sujet, focalisée sur les préoccupations et les points de vue de celui-ci ;
- une méthode consciemment directive afin de résoudre l'ambivalence en direction du changement.

Attitude empathique

Il y a une trentaine d'années déjà, Miller constatait, avec des collègues, que près des deux tiers des différences dans les résultats, en termes d'arrêt de l'alcool pendant 6 mois, pouvaient être prévus par le degré d'empathie manifesté par les intervenants durant le traitement ^[14]. L'empathie des intervenants explique encore la moitié des différences dans les résultats à 1 an de la fin du traitement et un quart des différences à 2 ans. C'est l'un des constats qui ont conduit Miller à

mettre au point l'entretien motivationnel (avec Rollnick). Selon ces auteurs, les effets du mode relationnel utilisé lors de la rencontre sont perceptibles assez précocement dans le processus thérapeutique et peuvent avoir un effet significatif dès la première séance.

Ils précisent le sens qu'ils donnent au mot empathie : « À travers une écoute réflexive maîtrisée, l'intervenant cherche à comprendre les sentiments et les points de vue du client, sans les juger, les critiquer ni les blâmer. Il est important de noter ici que cela n'est pas l'expression d'un accord ni d'une approbation. Il est possible d'accepter le point de vue d'une personne sans être d'accord ni le reprendre à son compte. Une attitude d'acceptation n'interdit pas non plus à l'intervenant d'être en désaccord avec ce point de vue et de l'exprimer. L'attitude fondamentale est une écoute respectant le discours de la personne avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête. Paradoxalement, ce type d'acceptation des personnes comme elles sont libère en elles la possibilité de changer » ^[13].

L'entretien motivationnel respecte donc l'autonomie des individus et leur liberté de choix ; il favorise la collaboration et non la prescription. À ce titre, les fondateurs s'inspirent explicitement de Rogers. Au lieu de signifier : « J'ai ce dont vous avez besoin », l'entretien motivationnel communique : « Vous avez ce dont vous avez besoin et nous le découvrirons ensemble ».

Méthode consciemment directive

La personne accompagnée a souvent une attitude ambivalente face au changement qu'elle souhaite opérer. D'un côté, elle est motivée pour changer, mais d'un autre, ceci est contrebalancé, voire mis en échec, par tout ce qui l'incite à continuer comme avant (les amis, les habitudes, le plaisir ressenti, éventuellement le soutien des autres). Miller et Rollnick considèrent l'ambivalence non comme pathologique, mais comme un élément normal de l'expérience de vie et de l'évolution chez toute personne. Pour certains individus, le premier pas vers le changement est précisément de devenir ambivalent ; c'est seulement lorsque les gens sont bloqués dans leur ambivalence que les problèmes peuvent persister, voire s'aggraver. L'exploration et la résolution de l'ambivalence sont donc la clé pour mettre en route le processus de changement.

L'entretien motivationnel va ainsi être l'occasion de créer et d'amplifier, dans la manière de voir du patient, la divergence entre son comportement actuel et ses valeurs ou ses objectifs personnels, autrement dit entre ce qu'il est aujourd'hui et ce qu'il voudrait être. Quand un comportement paraît en conflit avec des objectifs personnels importants, le changement devient plus probable. Partant du principe selon lequel les gens sont généralement plus facilement persuadés par ce qu'ils disent eux-mêmes que par ce qu'on leur dit, les fondateurs de la méthode proposent que l'intervenant fasse émerger la motivation intrinsèque de la personne en faveur d'un changement puis renforce les propos de la personne visant au changement.

Selon eux, « l'entretien motivationnel n'est pas un moyen d'imposer à une personne un changement qui ne serait pas cohérent avec ses valeurs essentielles et ses croyances. [...] Le changement apparaît du fait de sa cohérence avec les valeurs et les préoccupations de la personne. [...] L'entretien motivationnel [...] ne peut être opérant que s'il respecte l'autonomie de la personne » ^[13].

Selon les auteurs, lorsqu'un intervenant essaie d'imposer sa manière de voir au patient, la résistance de celui-ci augmente. Dans une étude, les intervenants utilisaient délibérément ces deux styles (« autoritaire » et empathique), de façon alternée, par tranches d'environ

12 minutes pendant les séances [15]. Résultat : la résistance des personnes augmente considérablement pendant les périodes de confrontation, par exemple lorsque l'intervenant plaide en faveur du changement alors que le patient contre-argumente ; en revanche, la résistance diminue lorsque l'intervenant adopte un style centré sur la personne. Dans une autre étude, des buveurs excessifs sont répartis au hasard : ils sont accompagnés par un intervenant qui, soit s'exprime sur un mode conflictuel, soit adopte une attitude centrée sur la personne. Les buveurs confrontés à un intervenant conflictuel manifestent un niveau de résistance au changement plus élevé (avec contestations, interruptions, changements de sujet, attitudes de rejet du problème) que ceux qui bénéficient d'un entretien plus centré sur le patient.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel. Par exemple, une méta-analyse a rassemblé les résultats de 72 études. Dans chacune d'elles, les chercheurs ont comparé les résultats obtenus par des personnes bénéficiant d'entretiens motivationnels avec ceux obtenus par des personnes auxquelles il était simplement fourni des conseils de santé [16]. Le résultat était considéré comme positif si l'effet obtenu était supérieur avec l'entretien motivationnel qu'avec les conseils de santé. La grande majorité des études affichaient des résultats positifs, les autres concluaient à un impact identique, aucune n'a abouti à un effet négatif. Les résultats diffèrent légèrement selon les problèmes abordés. L'impact s'est avéré positif :

- dans 75 % des études portant sur l'alcoolisme, divers diagnostics psychiatriques et diverses formes d'addiction ;
- dans 72 % des études portant sur les problèmes physiologiques, tels que la perte de poids, l'abaissement du niveau des lipides, l'augmentation de l'activité physique, le diabète, l'asthme ;
- dans 67 % des études portant sur la cessation du tabac.

Par ailleurs, le nombre de séances et la durée du suivi jouent un rôle puisque cet effet positif a été observé :

- dans 87 % des études comportant au moins six séances, et seulement dans 40 % des études comprenant une séance ;
- dans 81 % des études ayant une période de suivi de 1 an ou plus, et seulement dans 36 % des études ayant un suivi de 3 mois.

Examinons maintenant plus spécifiquement le rôle de l'empathie dans l'univers médical. Selon De Hennezel, psychologue spécialiste de l'accompagnement des malades en fin de vie, le « principe du souci de l'autre devrait guider toutes les équipes. Il devrait irriguer l'ensemble de la médecine de la naissance à la mort » [17].

■ Empathie dans le monde soignant

Les patients préfèrent l'empathie à la distance professionnelle

Ce qu'attendent les patients du personnel soignant, c'est non seulement une compétence technique, mais également une présence humaine bienfaisante. Ils souhaitent ne pas être réduits à leur maladie (« l'ulcère du 21 »), mais désirent avant tout être écoutés et reconnus en tant que personnes humaines. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Ainsi, une étude a montré que lorsqu'un patient commence à expliquer sa situation à un médecin, celui-ci l'interrompt en moyenne au bout de 18 secondes ! Pourtant, écouter le patient jusqu'au bout ne nécessite pas un gros effort, puisque s'il n'est pas interrompu, il passe environ une minute et demi pour exposer son problème.

Voici, à titre d'exemples, quelques propos recueillis sur les attentes des patients à l'égard de leur médecin [18] :

- « 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 » ;
- « qu'il soit disponible, qu'il soit à l'écoute, pour moi c'est pas de la guérison mais pas loin, qu'il prenne le temps » ;
- « l'écoute de toute façon en tout premier lieu, ça c'est évident parce que 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 ».

Garcia, cadre de santé et enseignante, a été hospitalisée en réanimation à la suite d'un grave accident de voiture. Ce séjour de l'autre côté de la barrière lui a beaucoup appris : « Croyez-moi, lorsqu'on est dépendant, incapable de communiquer par la parole, les mains attachées et qu'on a des douleurs dans tout le corps, le plus important, ce ne sont pas les perfusions et les pansements, mais bien plutôt un sourire, un regard, une information rassurante et une main qui ne vous considère pas comme un objet, mais comme une personne. C'est là que la démarche de soin prend tout son sens. J'ai parfois été traitée comme un objet. [...] Les gens défilaient devant moi, trafiquaient la pompe à morphine, rien n'y faisait. Puis l'infirmier est arrivé, il s'est assis au bord du lit, m'a pris la main. Il m'a demandé comment je m'appelais, qui j'étais, ce qui m'était arrivé, où j'avais mal, et il a écouté ma douleur. J'ai vraiment eu l'impression que pour la première fois elle était prise en compte. Le seul fait d'être écoutée l'a diminuée. Le facteur anxigène de la douleur est bien réel. Je l'ai touché du doigt ! » [17].

Une première attitude empathique consiste tout simplement à se mettre véritablement à l'écoute du patient, en l'invitant à exprimer sa douleur, mais aussi son vécu émotionnel. Cela consiste également à l'inviter à poser les questions qui importent à ses yeux, par exemple sur les soins envisagés.

L'empathie s'exprime également par le comportement non verbal (regarder dans les yeux, se pencher vers la personne, hocher la tête, approcher un verre d'eau, poser la main sur le bras, etc.). Une règle est de s'efforcer de ne pas mettre le patient mal à l'aise, en lui faisant éprouver un sentiment d'infériorité.

Il est également important que le personnel médical s'efforce d'utiliser un langage accessible au patient. Comme nous le verrons plus loin, les malades qui comprennent bien leur médecin ont plus de probabilités de percevoir les objectifs à atteindre, de suivre les prescriptions et d'adopter les comportements recommandés.

Obstacles à l'empathie

Il y a, certes, de multiples obstacles à l'expression de l'empathie. Le risque, mis en avant par certains soignants, est de se laisser envahir par les émotions, de ne plus maîtriser suffisamment la distance protectrice et de perdre ainsi en efficacité. Ceci est particulièrement le cas face à des personnes souffrant de maladies incurables, et encore plus s'il s'agit d'enfants. Mais c'est pourtant bien ces personnes qui ont le plus besoin de chaleur humaine. Certains évoquent également le manque de temps, ou encore le fait que cela ne fait pas partie de leur travail. Or, ce serait une erreur de considérer que

l'écoute des malades doit être réservée à des spécialistes – « les psys » –, alors qu'il s'agit là d'une facette essentielle de l'acte soignant.

Peut-être faudrait-il changer la culture de l'univers soignant en réhabilitant la valeur des émotions ? Car comment peut-on apporter son soutien à la personne en souffrance si on blinde toute émotion en soi ? L'infirmier ou le médecin sont non seulement des professionnels, mais aussi et avant tout des êtres humains. C'est bien cela qui donne toute sa valeur au travail d'infirmier et qui conduit même au plaisir de soigner. Perraut Soliveres, qui a été longtemps infirmière de nuit, a ainsi témoigné de la difficulté, au sein des équipes, à reconnaître le plaisir éprouvé à effectuer ce métier, à donner de soi et à se sentir utile auprès d'autres personnes [19].

Multiplés effets de l'empathie sur les patients et leurs proches

Ces précautions concernant l'expression des émotions sont certes compréhensibles, mais ne doivent pas faire oublier les nombreux effets positifs de l'empathie. En effet, lorsque des membres de l'équipe soignante en font preuve, l'empathie entraîne chez les patients une augmentation de la satisfaction vis-à-vis des soins reçus et un meilleur bien-être psychologique, mais également une meilleure santé physique, un plus grand respect des prescriptions médicales par le patient et même... une diminution des poursuites judiciaires après erreur médicale.

Effets psychologiques

Ce thème a fait l'objet de nombreuses recherches. Il y a une vingtaine d'années était déjà publiée une méta-analyse rassemblant 41 études sur les effets du mode de communication des soignants [20]. Les trois dimensions de la communication étudiées par les chercheurs (l'attention à fournir des informations, la sensibilité interpersonnelle et l'attitude de partenariat avec le patient) étaient corrélées avec la satisfaction des malades, l'observance et le souvenir des informations médicales. En particulier, une attitude chaleureuse et empathique était corrélée avec la satisfaction du patient.

Une synthèse de 22 études a mis en évidence une corrélation significative entre une relation de confiance médecin-patient et la satisfaction de ce dernier pour 19 de ces recherches et une corrélation non significative pour les trois autres [21].

Une autre recherche particulièrement troublante montre qu'il suffit parfois de peu de choses pour rassurer des patients inquiets. Une équipe de chercheurs a mené une étude auprès de 123 femmes ayant guéri après avoir eu un cancer du sein et auprès de 87 femmes sans cancer. Ils ont réalisé deux séquences vidéo à partir d'enregistrements de consultations sur magnétophone entre deux oncologues et sept de leurs patientes atteintes de cancer du sein [22]. Ces deux séquences d'environ 18 minutes étaient identiques, à ceci près que dans l'une d'elles, deux petits moments (d'une durée totale d'environ 40 secondes) étaient introduits, dans lesquels le médecin exprimait son intérêt personnel pour la patiente ainsi que son soutien émotionnel, et lui touchait la main.

Mini-séquence 1 (en début de consultation) : « Je sais que c'est une expérience pénible à vivre et je veux que vous sachiez que je suis avec vous. Certaines choses que je vous dis aujourd'hui peuvent être difficiles à comprendre, aussi je souhaite que vous vous sentiez à l'aise de m'arrêter si ce que je dis n'est pas assez clair. Nous sommes ici ensemble et nous traverserons cela ensemble ».

Mini-séquence 2 (en fin de consultation) : « Je sais que c'est un moment difficile pour vous et je veux à nouveau insister sur le fait que nous sommes ensemble. Je serai auprès de vous dans chaque étape. »

Ces courts instants ont suffi pour entraîner une réduction statistiquement significative de l'anxiété chez les personnes observant ces situations.

Enfin, signalons une dernière étude mettant en évidence le fait que l'impact positif de l'empathie se manifeste aussi chez les proches des malades. Cette recherche a été réalisée avec près de 1 000 patients en phase terminale et autant de proches qui les accompagnent [23]. Les proches qui estiment avoir bénéficié d'un médecin empathique sont nettement moins nombreux à souffrir de problèmes psychologiques et émotionnels que ceux qui estiment que le médecin n'était pas empathique. Par exemple, ils sont respectivement 28 % et 42 % à subir une dépression.

Effets sur la santé physique

Une bonne communication entre le personnel soignant et le malade aboutit non seulement à une plus grande satisfaction de ce dernier vis-à-vis des soins reçus, mais également à un meilleur état de santé physique. Une synthèse réalisée par Stewart de l'Université de l'Ontario a rassemblé 21 études sur le sujet. Seize d'entre elles ont montré des liens significatifs entre mode de communication et amélioration de l'état de santé, quatre n'ont pas montré de corrélation, et la dernière ne permettait pas de tirer de conclusion pertinente [24].

Résumons rapidement quelques-unes de ces recherches :

- dans une étude réalisée auprès de patients souffrant de cancer du poumon, de diabète, d'hypertension ou d'ulcère gastrique, le mode de communication a significativement influencé le statut fonctionnel et les mesures physiologiques des patients ;
- dans une autre étude, menée auprès de personnes ayant des maux de tête, les patients ayant le sentiment qu'ils avaient été vraiment écoutés par le médecin étaient trois fois plus nombreux à penser que leur mal de tête avait disparu que ceux qui avaient l'impression de ne pas avoir été écoutés ;
- dans une étude effectuée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, celles-ci éprouvaient, 2 mois après l'ablation du sein, des douleurs presque deux fois moins importantes si on leur avait donné la possibilité de choisir ou non la chirurgie que celles à qui ce choix n'avait pas été proposé.

Effets sur l'observance

Les processus conduisant de l'empathie du personnel soignant à la santé physique des patients sont encore mal connus, mais l'un d'entre eux s'impose clairement chez les chercheurs. En effet, une difficulté majeure à laquelle se trouvent confrontés les médecins est le taux élevé de non-suivi du traitement par les patients. Selon certains, plus de 80 % des patients souffrant de maladie chronique ne respectent pas correctement leur traitement [25]. Or, l'observance est fortement liée, non seulement à la compréhension (seulement 59 % des informations médicales sont bien comprises par les patients), mais aussi à la qualité de la relation. Les malades qui ressentent une attitude positive et un véritable intérêt de la part de leur médecin suivent beaucoup mieux ses recommandations.

Parmi d'autres enquêtes, une étude menée en Corée auprès de 550 patients a mis en évidence que l'observance augmente sensiblement lorsque les patients

perçoivent de l'empathie chez le médecin, qu'ils peuvent échanger des informations, qu'ils lui font confiance et le considèrent comme un partenaire [26].

Dans une recherche récente, une équipe de chercheurs de l'école de médecine John Hopkins, à Baltimore, a soumis les deux questions suivantes à près de 7 000 personnes : « Votre médecin vous traite-t-il avec respect et dignité (beaucoup, pas trop, pas du tout) ? » et « Votre médecin vous implique-t-il dans les décisions relatives à vos soins (autant que vous le souhaitez, presque autant, moins que vous le souhaitez, beaucoup moins) ? » [27].

Soixante-seize pour cent des personnes ont répondu être traitées avec beaucoup de respect et de dignité et 77 % être impliquées au niveau où elles le souhaitent. Ces personnes étaient globalement plus satisfaites, respectaient mieux les prescriptions du médecin ainsi que les conseils de prévention (mesure du taux de cholestérol, mammographie pour les femmes, examen colorectal pour les hommes) que les personnes n'ayant pas bénéficié d'une telle attitude.

Effets en termes judiciaires

Mais il y a plus surprenant. Plusieurs études ont montré un lien entre le manque d'empathie d'un médecin et le risque de poursuites judiciaires pour erreur médicale. Victime d'une erreur, un patient choisit ou non d'engager des poursuites en fonction du niveau d'attention et d'empathie dont il a bénéficié. Par exemple, une équipe de chercheurs américains a enregistré sur magnétophone les propos tenus par 57 chirurgiens au cours de consultations [28]. Ces enregistrements ont ensuite été écoutés par des étudiants qui ont évalué le niveau de chaleur, domination, hostilité, anxiété et intérêt envers le patient. Résultat : les médecins les plus chaleureux sont nettement moins souvent l'objet de poursuites judiciaires.

Dans une autre enquête, Levinson et al. font un bilan de la littérature scientifique sur ce thème et constatent que ce n'est pas la différence de qualité technique de soins qui est la principale cause du fait que certains médecins sont poursuivis en justice et d'autres non [29]. Confrontés à une erreur médicale, les patients et leur famille n'intentent généralement une action en justice que si les membres de l'équipe médicale ont manqué d'empathie à leur égard. Ces chercheurs ont eux-mêmes analysé plus de 1 000 conversations entre médecins et patients. Environ la moitié des médecins avaient déjà fait l'objet d'au moins deux actions en justice, l'autre moitié aucune action. La manière dont les uns et les autres menaient leur consultation s'est avérée très différente. Les médecins non poursuivis s'efforcent d'expliquer au patient l'évolution probable de sa situation médicale, manifestent de l'humour et plaisantent avec le malade, ils sollicitent l'avis de ce dernier et vérifient qu'il a bien compris ce qui a été dit. Les auteurs soulignent l'importance de l'écoute active qui permet au malade de présenter d'importantes informations cliniques et de sentir que le médecin prend véritablement soin de lui. De façon logique, les consultations de ces médecins durent un peu plus longtemps que celles des médecins ayant fait l'objet de poursuites (en moyenne 18,5 minutes et 15 minutes respectivement). À noter cependant que ces résultats concernent les médecins généralistes et non les chirurgiens : le degré d'empathie de ces derniers n'influe pas sur la probabilité d'être poursuivi en justice. Les auteurs de l'étude émettent notamment l'hypothèse que les patients attendent essentiellement une compétence technique de la part du chirurgien.

■ Empathie, fondement d'une nouvelle conception de la citoyenneté ?

Pour conclure, nous abordons la dimension non seulement interpersonnelle de l'empathie, mais également sociale, voire citoyenne.

Les Anglo-Saxons distinguent les deux mots *to cure* (soigner), qui ne concerne que les personnes malades, et *to care* (prendre soin), qui peut concerner chacun de nous. Le *care* fait l'objet, depuis plusieurs décennies, de nombreuses recherches et débats dont certains échos parviennent aujourd'hui en langue française [30-33]. Ce terme est difficile à traduire car il désigne à la fois une attitude personnelle de sensibilité aux besoins d'autrui et d'attachement affectif (parfois traduite par sollicitude) et une activité de prise en charge d'une personne vulnérable, sous forme salariée ou bénévole (par exemple au sein de la famille ou dans des professions telles qu'infirmier, aide-soignante, assistante maternelle, etc.). Les deux facettes sont cependant entrelacées : une activité de soins dépourvue de sensibilité à autrui perdrait toute sa raison d'être.

Les débats autour du *care* ont profondément renouvelé les réflexions en philosophie morale. L'approche traditionnelle de cette discipline considère la personne morale comme un être autonome et met surtout l'accent sur le pouvoir de la raison. En revanche, l'approche en termes de *care* considère la personne comme un être relié aux autres et interdépendant, et souligne le rôle des émotions dans le fonctionnement moral des individus. « Pour les personnes raisonnant en termes de *care*, les jugements moraux sont liés aux sentiments d'empathie et de compassion. » [34].

Selon Tronto, professeure de théorie politique à l'Université de New York, « le *care* est un aspect central mais dévalorisé de la vie humaine. [...] Nous dévalorisons le travail et les contributions des femmes et d'autres groupes sociaux dépourvus de pouvoir qui pratiquent le *care*. » Comment, dès lors, rendre sa dignité au *care* ? La position de Tronto est très claire : « nous ne serons capables de transformer le statut du *care* et le statut de ceux qui font le travail du soin que si nous l'envisageons sous un angle politique. Cette mutation exige une réorientation de nos valeurs. » [33].

Prendre en compte l'importance du *care*, c'est aussi, selon Tronto, modifier radicalement une conception fréquente de l'être humain, perçu comme égoïste et essentiellement soucieux de ses intérêts sans tenir compte de ceux d'autrui : dans un paragraphe intitulé « Le *care* comme idéal politique », elle déclare que « le niveau le plus fondamental de transformation de nos idéaux politiques résultant de l'adoption de la perspective du *care* est probablement celui de nos hypothèses sur la nature humaine ; [...] Les humains ne sont pas pleinement autonomes, mais doivent toujours être envisagés comme interdépendants. Si nous n'avons pas tous besoin de l'aide des autres en toutes circonstances, notre autonomie ne s'acquiert qu'après une longue période de dépendance et, à bien des égards, nous restons dépendants des autres tout au long de notre vie : cela fait partie de la condition humaine. En même temps, nous sommes souvent appelés à aider les autres et à en prendre soin. Puisque nous sommes parfois autonomes et parfois dépendants, que nous apportons parfois le *care* à ceux qui sont dépendants, la meilleure manière de décrire les humains est de souligner leur interdépendance » [33].

Et si le souci d'autrui et l'empathie devenaient le fondement d'une nouvelle conception de la citoyenneté pour le XXI^e siècle ?

■ Références

- [1] Decety J. L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui. In: Berthoz A, Jorland G, éditeurs. *L'empathie*. Paris: Odile Jacob; 2004. p. 54.
- [2] Hakansson J, Montgomery H. Empathy as an interpersonal phenomenon. *J Soc Person Relation* 2003;**20**:267-84.
- [3] Meltzoff AN. Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Dev Psychol* 1995;**31**:838-50.
- [4] Meltzoff AN. Imitation and other minds: The "like me" hypothesis. In: Hurley S, Chater N, éditeurs. *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science*. Cambridge: MIT Press; 2005. p. 55-77.
- [5] Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognit Brain Res* 1996;**3**:131-41.
- [6] Sander D, Scherer KR. *Traité de psychologie des émotions*. Paris: Dunod; 2009.
- [7] Gallese V. The "Shared Manifold" hypothesis: from mirror neurons to empathy. *J Conscious Stud* 2001;**8**:33-50.
- [8] Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Les neurones miroir*. Paris: Odile Jacob; 2008 (p. 11).
- [9] Rogers C. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1968. p. 48-9, 204-5.
- [10] Myers SA. Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *J Hum Psychol* 2000;**40**:148-73.
- [11] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000;**68**:438-50.
- [12] Greenberg LS, Elliot R, Watson JC, Bohart AC. Empathy. *Psychotherapy* 2001;**38**:380-4.
- [13] Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris: Interéditions; 2006.
- [14] Miller WR, Taylor CA, West JC. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol* 1980;**48**:590-601.
- [15] Patterson GR, Forgatch MS. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behaviour modifier. *J Consult Clin Psychol* 1985;**53**:846-51.
- [16] Rubak S, Sandboek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;**55**:305-12.
- [17] De Hennezel M. *Le souci de l'autre*. Paris: Pocket; 2008 (185p).
- [18] Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cah Crit Théor Fam Prat Rés* 2002;**29**:213-37.
- [19] Perraut Soliveres A. *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: PUF; 2001.
- [20] Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;**26**:657-75.
- [21] Saultz J, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;**2**:445-51.
- [22] Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 1999;**17**:371-9.
- [23] Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 2000;**132**:451-9.
- [24] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;**152**:1423-33.
- [25] Girandola F. Persuasion et santé publique. In: Bonardi C, Girandola F, Roussiau N, Soubiale N, éditeurs. *Psychologie sociale appliquée. Environnement, santé, qualité de vie*. Paris: In Press; 2002. p. 121-39.
- [26] Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;**27**:237-51.
- [27] Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med* 2005;**3**:331-8.
- [28] Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery* 2002;**132**:5-9.
- [29] Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication, the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;**277**:553-9.
- [30] Gilligan C. *Une voix différente, pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; 2008.
- [31] Paperman P, Laugier S. *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2005.
- [32] Revue du MAUSS (n°32). Amour des autres : care, philanthropie et humanitaire. Paris: La Découverte; 2008.
- [33] Tronto J. *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris: La Découverte; 2009.
- [34] Friedman M. Au-delà du care : démoraiser le genre. In: Paperman P, Laugier S, éditeurs. *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2005. p. 52.

J. Lecomte, Docteur en psychologie (jacques.lecomte442@orange.fr).

Université Paris 10 Nanterre, 92000 Nanterre, France.

Faculté de sciences sociales, Institut catholique de Paris (FASSE), 24, rue Cassette, 75006 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Lecomte J. Empathie et ses effets. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-495-B-10, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique