

L'empathie

Article de V. Haynal-Reymond

L'empathie, dont on parle depuis plus d'un siècle de manières différentes, intervient de façon très importante dans la relation médecin-malade comme une attitude non jugeante du clinicien. Celui-ci développe alors une écoute et une observation particulière, mettant en œuvre son «analyseur corporel». Il indique au patient sa compréhension de ses affects. Le patient se sentant compris souffrira moins, adhérera en général mieux au traitement, et les résultats en seront meilleurs. L'empathie, cependant, n'est pas toujours facile à éprouver, mais elle peut s'acquérir.

A la fin du XIX^e siècle, en langue allemande, on utilise le mot «sympathie» pour décrire un sentiment vis-à-vis de l'autre qui implique l'attirance émotionnelle. Les racines de ce mot viennent du grec «pathein» signifiant sentir ou souffrir et le «syn» veut dire avec, soit «sentir avec». Dans l'attirance décrite ci-dessus, on se sent proche au point de souffrir avec l'autre. L'«empathie», en revanche, est un terme qui a été d'abord utilisé par Theodor Lipps dans ses discussions sur l'esthétique à Vienne, ville culturellement si profondément influencée par les arts. Il impliquait qu'on veuille d'abord se mettre dans l'œuvre d'art, ce terme marque une tendance à ne pas faire des jugements de l'extérieur et/ou intellectualistes. Étendu aux relations humaines, il signifie «se mettre dans sa peau». Le mot empathie est entré dans les langues française et anglaise comme une traduction grécisante du mot allemand «Einfühlung», langue dans laquelle cette nomenclature est née. On explique «Einfühlung» par «sich hineinversetzen», c'est-à-dire «se déplacer pour être dans l'autre». Freud a surtout utilisé le terme germanophone «Einfühlung», non pas la forme grécisante.

Parmi les précurseurs de cette notion, nous trouvons avec plus ou moins de nuances différentes, l'identification, concept qui joue un rôle plus ou moins grand dès le début de l'histoire de la psychanalyse et des traitements psychothérapeutiques dérivés. Pour décrire en détail le processus psychologique permettant ce mouvement intérieur, Ferenczi, et par la suite Balint, ont surtout saisi le jeu de l'introjection et l'examen subséquent de l'«introject» («je me sens tout d'un coup comme l'autre et cela me permet d'examiner de l'intérieur ce que je sens ou ce que j'ai senti dans des situations pareilles»). Ils ont même estimé qu'un traitement psychothérapeutique ne peut pas commencer sans cette identification profonde, cet engagement initial puissant, gage de la prise en charge qui va suivre. L'école de Melanie Klein elle-même élève de Ferenczi a, sous le terme d'«identification projective», décrit des détails d'un processus analogue dans lequel, dans une interaction complexe, le thérapeute reçoit ce que l'autre (le malade) «veut» ou peut lui communiquer, en premier lieu pour se faire comprendre et pour pouvoir ultérieurement profiter de cette compréhension et également, last but not least, se sentir accepté.

Après ces pionniers, C. Rogers a ouvert la voie dès les années 50 à nombre de réflexions et recherches. Parallèlement à cela, aussi bien l'observation de l'évolution de l'enfant que la psychologie expérimentale ont mis en évidence le rôle majeur de l'empathie dans la communication mère-enfant^{1,2} et qu'elle a des bases neurologiques et neuro-psychologiques précises.³ On constate que des altérations des capacités d'empathie sont fréquentes non seulement après des atteintes cérébrales, notamment du lobe frontal, comme on pouvait s'y attendre, mais même à la suite des lésions postérieures aussi. Par ailleurs, les découvertes des neurosciences relatives aux fameux neurones-miroirs peuvent nous faire penser qu'ils jouent un rôle dans l'empathie puisqu'ils sont activés

lors de l'observation des gestes de l'autre, de l'anticipation de son action, de la représentation mentale d'un objet ou d'une personne. Ces fonctions sont nécessaires pour «se mettre à la place de l'autre». Elles font partie de ce que Lakoff et Johnson⁴ appellent embodied cognition par opposition aux premières descriptions d'une connaissance sans fondement organique.

éprouver et communiquer

Du point de vue communicationnel, nous pouvons nous demander comment cette empathie naît chez les interactants. Elle est basée, selon de nombreux chercheurs, sur une échoïsation corporelle qui se passe entre les partenaires, parfois de façon manifeste mais le plus souvent de façon subliminaire et donc non consciente. C'est ce que Cosnier⁵ décrit sous le nom «d'analyseur corporel» ; celui-ci inclut tous les «canaux» de la communication, soit non seulement la parole, mais aussi la voix, les mimiques, les postures, les gestes, le rythme de parole et de mouvements et leur amplitude. Cette sorte d'imitation induit des affects similaires et permet ainsi l'identification. Par exemple, le fait de mimer très correctement des émotions (tristesse, peur, colère, joie) éveille en nous ces affects, et P. Ekman et coll. ont même démontré que les zones cérébrales correspondantes à chacune d'elles sont alors activées. Nous pouvons en faire l'expérience également en imitant la posture et/ou la démarche de quelqu'un d'autre.

Dans une conversation, nous avons tendance à adapter nos expressions faciales à celles de notre partenaire, et ceci dans un laps de temps de 30 secondes environ dès le début de l'interaction,⁶ sauf si nous avons des sentiments négatifs à l'égard du partenaire (un manque d'empathie). Dans ce cas, les mimiques ont tendance à rester différentes, voire opposées (sourire en face d'une expression de colère, par exemple).⁷ Il semblerait aussi qu'il soit plus difficile d'éprouver de l'empathie pour une personne physiquement très différente de soi.

Il n'y a pas que les mimiques qui entrent en jeu : on observe également des attitudes et des gestes très similaires dans un entretien en face à face. Par exemple, lors d'une consultation d'un médecin avec un couple, on peut parfois deviner avec lequel de deux patients le médecin fait alliance en regardant ses bras et jambes croisés en symétrie avec l'un ou l'autre. Les orientations des parties de son corps sont aussi révélatrices. Les interactions interindividuelles sont comme une danse : elles exigent qu'on s'adapte l'un à l'autre pour évoluer sur la piste harmonieusement et avec plaisir.

Un phénomène rend difficile la prise en compte de cette «danse» : nous sommes peu conscients de nous-même. Nous évaluons très mal l'intensité de notre sourire, la tension de notre voix, la force de notre regard et même de la qualité de notre toucher. En conséquence, notre raisonnement tient peu compte de «l'analyseur corporel» et c'est fort dommage. Nous avons pu mettre en évidence le fait que si un médecin, interrogeant une personne qui vient de faire une tentative de suicide pouvait prendre conscience de ses propres réactions corporelles, il ferait un meilleur pronostic car non verbalement il montre des expressions faciales et des patterns comportementaux différents selon que les patients vont refaire un tentamen ou pas.⁸ Cette méta-cognition n'est cependant pas à l'honneur dans les études de médecine.

Nous savons que les processus empathiques jouent un rôle crucial dans le déroulement de la maladie. De façon générale, l'empathie est décrite comme la compétence principale générant la satisfaction du patient, elle augmente la compliance, améliore la réussite du traitement et même évite les procès subséquents. L'empathie est importante à tous les niveaux de la prise en soins. Le médecin, dentiste, infirmier, technicien qui se met à la place des patients les informe. Par exemple : la «petite intervention rapide» provoquera

des douleurs assez fortes pendant 24 heures, et il vaudrait mieux que le patient ne prenne pas de rendez-vous importants pendant ce laps de temps. Il évite les situations désagréables comme de faire passer une patiente nue par un couloir vitré, etc. Bien sûr, les malades en traitement à long terme profitent en premier lieu d'être empathiquement et émotionnellement compris et acceptés. Ce sentiment et celui de recevoir un traitement adapté à sa personne peuvent, en soi, diminuer leurs souffrances. Cependant, même dans les prises en charge de malades aigus, la nécessité d'une certaine compréhension de la situation et de la personnalité du malade permet une meilleure compréhension de son anamnèse et donc de poser un meilleur diagnostic. L'alliance ainsi instaurée suscite une bonne adhérence aux traitements, même pénibles. Les études de Levinson et coll.,⁹ par exemple, ont montré que, même en chirurgie, l'empathie joue un rôle favorable.

Ce qui est réjouissant est que l'empathie peut être apprise. Marc Archinard a introduit l'utilisation des échelles psychologiques (empathie et satisfaction des patients) pour pouvoir saisir de façon aussi objective que possible la présence et la force de l'empathie. Il a développé une méthode (selon, entre autres, Kurtz, Silverman et Draper)¹⁰ pour l'enseigner aux étudiants en médecine.

au cabinet

Quelles qualités devraient être développées pour être empathique ? (Ou : comment retrouver l'empathie que nous avons eue un jour ?)

* Un profond respect de la personne. Reconnaître l'opportunité d'un geste, d'une action, d'une information, d'une réponse appropriés.

* Se concentrer sur le patient. Etre là pour lui et personne d'autre à ce moment.

* Les voir ; les entendre. Utiliser son «analyseur corporel» et peut-être laisser de côté ses papiers un instant. Remarquer l'anxiété sous-jacente de phrases telles que «ma mère est décédée d'un cancer...».

* Se poser des questions avec les patients. Par exemple pour la prescription d'un traitement : «comment est-ce que vous ressentiriez le fait de...» ;

* Les encourager à parler. Faire sentir (verbalement ou non verbalement) «je vous écoute» et (par exemple si un patient est au bord des larmes et s'interrompt) «prenez votre temps...» ou «pouvez-vous m'en dire davantage sur...».

* Manifester son empathie verbalement et non verbalement au patient, à ses questions, à ses préoccupations, à ses émotions, même si elles sont cachées. Ces manifestations peuvent se faire de deux manières : soit tout au long de l'entretien, au fur et à mesure que les occasions se présentent. Soit sous la forme du «lasso» :¹¹ après avoir encouragé le patient à continuer, le clinicien fait un commentaire à la fin résumant la situation affective.

Deux exemples (verbaux, les manifestations empathiques non verbales nécessitant un support vidéo) :

Dr. Qu'est-ce que vous pensez de ce cancer, est-ce que vous craignez qu'il revienne ?

P. En fait, ça m'embête parfois, mais je n'y pense pas trop. Mais je ne suis pas aussi détendue qu'au début. Là, j'avais un bon sentiment, j'étais sûre que ça allait se guérir. Mais maintenant, j'ai peur d'une autre opération.

Dr. Vous avez l'air un peu soucieuse. Vous semblez avoir des larmes dans les yeux...

Ici, le médecin reconnaît l'émotion et la nomme.

P. Vous savez ce que ça fait de trouver une boule dans le sein ? Vous savez comme ça fait peur ?

Dr. Pendant combien de temps avez-vous pris des œstrogènes ?

Ici, comme souvent, l'affect présenté par le patient n'est pas pris en compte, et le médecin continue dans sa quête d'éléments de diagnostic. Parfois aussi, lorsqu'une émotion émerge, il change abruptement de sujet, coupant ainsi une relation empathique possible. Certains soignants craignent qu'une réponse empathique ouvre les vannes d'un torrent émotionnel débordant et incontrôlable. S'il est vrai que le sentiment d'être compris va peut-être permettre au patient d'en dire plus sur lui-même, il est rare qu'il le fasse d'une manière désagréable. En revanche, chez le clinicien non «empathique», le patient va répéter ses messages de malaise en les augmentant pour tenter de se faire entendre, puis il passera à de longues litanies de récriminations et de reproches.

Les études montrent qu'il n'est pas aisé d'acquérir en toute situation l'empathie souhaitable. Certains malades sont humiliés par leurs situations et auront tendance à nous le faire sentir en nous humiliant aussi. D'autres sont en colère. Travailler nos propres émotions, même avec un soutien (supervision ou intervision) peut rencontrer des obstacles subjectifs. Tout le monde a tendance, qu'il soit soignant ou non, à ne pas approcher des thèmes qui lui ont été personnellement difficiles à porter dans sa propre vie intérieure. Ces «évitements» sont importants à reconnaître, et, dans la mesure du possible, à combattre par un travail intérieur. Respectons cependant aussi les limites propres à chacun de nous et renonçons au rêve d'une toute-puissance.

conclusion

L'empathie est l'ingrédient principal de la bonne relation soignant-soigné, comme en témoignent les patients. Elle implique le clinicien dans toute sa personne à l'écoute de toute la personne de l'autre, car «se mettre dans la peau de l'autre» n'est pas une opération intellectuelle, mais elle requiert la participation de «l'analyseur corporel». Elle n'est pas toujours aisée à faire naître, mais lorsqu'elle existe, elle facilite grandement notre travail de soignant et nous rend plus humain.

Auteur(s) : **V. Haynal-Reymond**

Contact de(s) l'auteur(s) : **Mme Véronique Haynal-Reymond Comportement et communication
Unité de psychiatrie de liaison Département de psychiatrie HUG, 1211 Genève 14**

Bibliographie : 1 ** Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris : Presses Universitaires de France, 1985. 2 Scherer KR, Ekman P (ed). Approaches to Emotions. Londres et New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Pub, 1984. 3 Eslinger P.

Neurological and neuropsychological bases of empathy. *Eur Neurol* 1998;39:193-9. 4 Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the Flesh. The embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York : Basic Book,1999. 5 * Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz, 1994;87-94. 6 Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G. Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients : Studies on facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatry* 1990;53:209-28. 7 Hess U. Synchronization in Emotional Interaction. ISRE symposium, 1998. 8 * Archinard M, Haynal-Reymond V, Heller M. Doctor's and patient's facial expression and suicide reattempt risk assessment. *J Psychiatr Res* 2000;34:261-2. 9 Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284:1021-7. 10 Kurtz S, Sliverman J, Draper J (ed). *Teaching and learning communication skills in medecine*. Oxford : Radcliffe Medical Press, 1998. 11 Suchman AL, Markakis K, et al. A Model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277:678-82. 12 * Berthoz A, Gorland G. *L'empathie*. Paris : Odile Jacob, 2004.