Cahiers de Psychologie Politique

N° 37 | 2020
Les politiques de santé Juillet 2020

De la carence empathique en milieu de soins…

Charles LECLERC

Édition électronique :
URL : https://cpp.numerev.com/articles/revue-37/990-de-la-carence-empathique-en-milieu-de-soins
DOI : numerev_1240
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 01/07/2020

This submission is licensed under **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : LECLERC, Ch. (2020) De la carence empathique en milieu de soins.... *Cahiers de Psychologie Politique*, (37). https://doi.org/10.34745/numerev_1240

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

En 1994, j’assistais avec d’autres étudiants à un enseignement pratique de podologie dans un CHU parisien… Le Dr B. invite une patiente à s'asseoir sur la chaise de la scène de l’amphithéâtre. Celle-ci semble surprise de voir de si nombreux observateurs présents à la consultation. Ses pieds sont déchaussés, exhibés, son cas est longuement décrit par l'enseignant sans révéler le diagnostic que l'assemblée doit trouver. Soudain la patiente se met à pleurer et essaye de demander ce qu'elle a, l'évolution probable, les traitements possibles… Après un moment de malaise palpable, le Dr B. lui dit : « Je ne suis pas votre consolateur !… Vous irez voir votre médecin à qui je vais écrire… ». Silence de plomb dans la salle. Impossible de manifester son indignation… Une scène similaire pourrait-elle encore s’observer aujourd’hui ?

Mots-clés :

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

De la carence empathique en milieu de soins…

Charles Leclerc est médecin Anesthésiste, ancien Interne du CHU de Caen, activité de Chirurgie ambulatoire, auteur de plusieurs publications essentiellement dans la revue Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation et le Praticien en Anesthésie et Réanimation et d'un livre intitulé Soins et handicap mental *paru en 2018 chez Arnette éditeur.*

Introduction

1. L’empathie serait-elle inhérente à la profession de soignant ?

2. L’empathie ne se convoque pas !

3. Les enjeux de l’empathie soignante sont pourtant multiples.

4. Peut-on décrypter le manque d’empathie ?

4.1. Vocation à soigner ou malentendu ?

4.2. Les soignants ne peuvent se préserver de préjugés

4.3. La confrontation des valeurs

4.4. L'autre-malade, sa désirabilité, ses aspects déshumanisants

4.5. Le soignant, un professionnel stressé et maltraité

4.6. Un soignant dans une équipe

4.7. Du défi diagnostique, technique et thérapeutique et le risque à soigner

4.8. Du sentiment ambivalent au manque d'empathie

5. Quelques pistes vers plus d'empathie en milieu soignant

Conclusion

Introduction

En 1994, j'assistais avec d'autres étudiants à un enseignement pratique de podologie dans un CHU parisien… Le Dr B. invite une patiente à s'asseoir sur la chaise de la scène de l'amphithéâtre. Celle-ci semble surprise de voir de si nombreux observateurs présents à la consultation. Ses pieds sont déchaussés, exhibés, son cas est longuement décrit par l'enseignant sans révéler le diagnostic que l'assemblée doit trouver. Soudain la patiente se met à pleurer et essaye de demander ce qu'elle a, l'évolution probable, les traitements possibles… Après un moment de malaise palpable, le Dr B. lui dit : « Je ne suis pas votre consolateur !… Vous irez voir votre médecin à qui je vais écrire… ». Silence de plomb dans la salle. Impossible de manifester son indignation… Une scène similaire pourrait-elle encore s'observer aujourd'hui ? D'une telle violence, sans doute pas. Les droits du patient, la démarche qualité, les critères de certification des établissements de santé, les questionnaires de satisfaction et les commissions des relations avec les usagers font leur oeuvre. Les propos et les comportements inappropriés subsistent mais ont pris d'autres formes.

1. L'empathie serait-elle inhérente à la profession de soignant ?

Le concept d'empathie est toujours l'objet de discussion pour de nombreux spécialistes

tels que philosophes, sociologues, psychologues, psychiatres et psychanalystes. Disons simplement, intuitivement, que l'empathie soignante est cette capacité d'être réceptif aux émotions du patient, de les comprendre, et d'y répondre avec humanité tout autant que technicité. L'injonction actuelle faite aux soignants d'user de communication « positive » ou d'hypnose conversationnelle n'est pas de l'empathie car c'est l'application d'une technique de suggestion, employée à dessein. L'encouragement à « positiver » a d'ailleurs ses limites en cas de maladie grave, de pronostic vital engagé, de fin de vie... Il faut laisser l'autre s'exprimer si on veut le comprendre et accepter l'interaction subjective, car n'y a pas d'empathie sans résonance émotionnelle [VANNOTI 2002]. En revanche, lorsqu'elle est excessive, incontrôlée, elle est susceptible de déstabiliser le professionnel de santé (sidération, perte de moyens).

L'empathie est variable d'un individu à l'autre, inexistante dans des cas extrêmes (pervers, prédateur, criminel en série, tortionnaire, nazi, etc.). Elle est sélective à qui vous est proche, vous ressemble, dans lequel on peut se reconnaître. L'empathie est donc fonction des préjugés et de la valeur que l'on attribue à « l'autre » plus ou moins différent de soi. Dans le domaine du soin, l'empathie soignante - ou empathie clinique - est activée dans le contexte de la souffrance, de la maladie, du handicap, de la fin de vie. Les messages exprimés par le patient sont la peur, l'angoisse, la douleur morale ou physique. Chez le soignant, ils font écho à des émotions déjà vécues dans le passé ou déclenchent un processus d'identification - soi à la place de l'autre. Pour le soignant, il est difficile de les esquiver et d'empêcher qu'ils résonnent en nous, d'en être ému. La démonstration empathique est attendue, mais le besoin est variable selon le patient et la situation. Les ingrédients d'une relation soignante empathique sont simples : écoute, compréhension, bienveillance, acceptation/tolérance, respect, authenticité, confiance et contrôle émotionnel [VANNOTI 2002]. Dans certaines spécialités comme la psychiatrie et la psychanalyse, l'empathie est essentielle à l'efficacité thérapeutique.

Le témoignage empathique du soignant est fondamental et les enjeux sont multiples. Pourtant, le potentiel, les "qualités" empathiques du soignant ne feront pas l'objet d'une évaluation avant ou durant le cursus de formation. La motivation à soigner peut rester longtemps mystérieuse à celui qui a choisi cette voie. La vocation est un imaginaire. A son insu, quelle(s) influence(s) a (ont) pu avoir sur l'étudiant le prestige, le besoin de reconnaissance, le défi, l'imitation, la satisfaction familiale pour le conduire sur les bancs de la faculté de médecine ? Après des efforts conséquents et une sélection impitoyable, on devient externe (étudiant hospitalier) et alors au chevet du réel, l'autre, le corps, la maladie, la souffrance, le handicap et la mort sont difficiles à côtoyer... Les conditions d'exercice, l'environnement, le manque de temps, la surcharge de travail, la contrainte de production de soins, le manque de considération génèrent une fatigue et un stress qu'il faut assumer. L'empathie des étudiants en médecine, initialement élevée, fléchit significativement en troisième année quand débutent les stages hospitaliers [HOJAT 2009]. Pour l'expliquer, sont mis en avant l'accaparement des

connaissances théoriques, la fatigue, l'environnement hostile de l'hôpital, la responsabilité du médecin référent quand il fait montre de détachement émotionnel, voire de cynisme. Lorsque les responsabilités arrivent, pénibilité, horaires excessifs, le stress, la souffrance et la mort sont les ingrédients du quotidien. Voila effectivement de quoi éroder l'altruisme et les valeurs éthiques. Mais ce n'est pas l'essentiel. Devant le patient, la maladie qu'il incarne, l'irruption de préjugés ou de sentiments ambivalents est une réalité que l'on ne peut nier. Ils peuvent conduire à des propos ou des comportements inappropriés. Des travaux montrent que les femmes médecins seraient plus empathiques que les hommes, et que les spécialistes "médicaux" tels que psychiatres, pédiatres, internistes, urgentistes, généralistes le seraient plus que les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens [HOJAT 2002]. Ce n'est pas très surprenant car l'empathie est le levier principal du psychiatre, l'essentiel du soutien que l'on peut apporter à des malades chroniques, ou quand une vision globale du patient est nécessaire. Il est plus aisé de réaliser un acte technique que de recevoir la peur, la peine, la douleur, que de prendre le temps, de savoir écouter et rassurer sur la durée. Sauf à avoir fait soi-même l'expérience de la maladie, ou celles vécues par un proche, il n'est pas toujours aisé de comprendre ce que vit celui qui est « malade ».

2. L'empathie ne se convoque pas !

La réalité du manque d'empathie est quotidienne pour celui qui observe le comportement des soignants ou qui écoute les expériences relatées par les patients. Le soignant ne serait pas le garant d'une empathie de tous les instants et en toutes circonstances !? Les principes éthiques qui régissent la relation soignante sont quelquefois mis à mal. L'expression de la carence empathique prend des formes diverses : contact froid, regard fuyant, propos désobligeants ou mimiques réprobatrices, paternalisme infantilisant ou arrogance incongrue, usage d'un vocabulaire scientifique imperméable, soins hâtifs effectués avec rudesse aux confins de la maltraitance. Les réseaux sociaux prennent une part croissante dans la mise en cause de ces comportements inappropriés. En cela, l'exemple de la grossophobie médicale est caractéristique [GRASPOLITIQUE].

3. Les enjeux de l'empathie sont pourtant multiples.

Le premier bénéficiaire est bien sûr le patient lui même. Le témoignage d'empathie améliore l'échange d'information, l'adhésion aux traitements, la réhabilitation, l'équilibre physique et psychique et finalement la satisfaction du patient. Ne pas considérer le patient, c'est le nier, le déshumaniser, c'est la forme extrême de la

discrimination. Pour le soignant, être empathique apporte satisfaction professionnelle et personnelle, reconnaissance gratifiante du patient. Pour le soignant en formation, le comportement exemplaire du « savoir être » d'un professionnel de santé opère comme un effet modèle. Une équipe de soins empathique la rend attractive à la fois pour les patients, en donnant une bonne image de l'établissement de soins, mais aussi pour les soignants. On a envie de la rejoindre car elle a la réputation d'être accueillante, stable, bref « magnétique » comme les hôpitaux du même nom [BRUNELLE 2009]. Il en va aussi de l'image de la profession ou d'une spécialité. N'oublions pas qu'en cas de complication, qu'il s'agisse d'un aléa ou d'une erreur, le manque d'empathie du médecin pourra nourrir la rancœur et aussi des conséquences disciplinaires ou judiciaires. Enfin, l'empathie soignante est de nature à réduire les dépenses de santé par l'adhésion précoce du patient et en évitant le « nomadisme médical ».

Un trop d'empathie présente-t-il un risque pour le soignant ? La question est discutée. D'une part « *Trop de discours de maîtrise et d'injonctions défensives vont dans le sens d'une chasse à l'affect en milieu hospitalier poussant les soignants vers une distance sans implication* » (Pascal Prayez) ; et d'autre part, il existe sans doute un risque de « fatigue de compassion » voire de syndrome d'épuisement professionnel [THOMAS 2012]. L'équilibre est à trouver.

4. Peut-on décrypter le manque d'empathie ?

Si l'on veut comprendre le défaut d'empathie soignante on doit s'interroger sur sa place de soignant, l'influence des préjugés, du jugement de valeur, de la "désirabilité sociale" du patient, c'est à dire de l'image qui peut être déplaisante, gênante et que l'autre vous impose. D'autres facteurs indépendants de soi, liés au soin ou au milieu soignant, peuvent encore gêner ou empêcher l'élan empathique.

4.1. Vocation à soigner ou malentendu ?

Des valeurs positives, telles que le contact humain et l'aide, sont logiquement mises en avant par les étudiants s'orientant vers le soin. Mais d'autres métiers répondent à ces aspirations. Pourquoi le soin plus que, par exemple, la sécurité des personnes assurée par la police, la paix défendue par le militaire, le soutien de l'assistante sociale, l'aide aux démunis d'une association à but humanitaire, etc. ? On peut se méprendre sur sa motivation à soigner… Le choix sans connaissance – qui est le cas de presque toutes les orientations professionnelles - est un imaginaire, un fantasme. Est-ce un réel intérêt

pour autrui ou une démarche narcissique ? Rappelons-nous la motivation du Dr Benassis, le médecin de campagne de Balzac, qui met sa vie au service des autres dans un village du Dauphiné pour y faire le bien, mais aussi pour "réparer" la mort d'une jeune fille qu'il a séduite puis abandonnée durant sa jeunesse, et celle du fils qu'elle attendait de lui...

4.2. Les soignants ne peuvent se préserver de préjugés.

Chacun réagit à la rencontre d'autrui et l'appréhende rapidement, souvent avec des préjugés. Les soignants n'y échappent pas et d'ailleurs quel enseignement, quelle formation ou quel diplôme les en préserverait ? Certains préjugés sont assez communs. Le plus fréquent est probablement la remise en cause du symptôme douloureux (sa réalité, son intensité, la participation « psychosomatique ») en l'absence de lésion organique authentifiée. Le cas de l'obésité est démonstratif. Des témoignages de grossophobie médicale sont rapportés sur les réseaux sociaux et dans des ouvrages militants [MARX 2018]. Le vocabulaire médical en aparté peut être très péjoratif : « *énorme, monstrueux, inesthétique, gras, dégoûtant, mou, poussif, fainéant, manque d'activité et d'effort, bâfreur, malbouffe* » [CORNET 2015].

L'obèse est coupable à la fois de gourmandise et de passivité, il est paresseux, manque de volonté, n'a pas d'estime de lui, il laisse à penser qu'il est porteur d'une faiblesse intellectuelle. Il est considéré comme responsable de son état, parce qu'il mange trop, mal, se goinfre, grignote, parce qu'il ne fait pas d'effort pour « bouger », pour se restreindre. Difficile en effet de penser une maladie sans cause... Il peut s'agir aussi de la responsabilité d'être malade par un comportement fautif (tabagisme, éthylisme, toxicomanie, et, encore, le poids excessif). Le doute sur l'observance fait redouter un investissement soignant vain. Celle-ci est estimée seulement à 40 % pour six maladies chroniques (asthme, insuffisance cardiaque, diabète non insulino-dépendant, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ostéoporose) [IMS-Health-CRIP 2014]. L'observance est effectivement d'autant plus incertaine que la maladie est chronique, peu ou pas symptomatique, s'exprimant par intermittence, que la contrainte est forte ou bien que le traitement provoque des effets secondaires. Le doute est également permis si l'obèse ne perd pas de poids (non-respect du régime ? grignotage ?) ou si l'anorexique n'en prend pas (vomissements volontaires ?), parce que le carnet du diabétique est désertique, parce que la prise de sang de l'alcoolo-dépendant le trahit. Il s'agit aussi de la capacité à se rendre autonome, à quitter une addiction, bref, de faire des efforts et plus encore sur la durée. L'alliance thérapeutique peut-être déçue...

Certains patients sont plus spécialement victimes de préjugés soignants. Il en va ainsi

du « psychiatrique » qui semble ne pas faire l'effort vital de tout un chacun ou que l'on suspecte de se complaire dans son malheur et peut-être à dessein, le fibromyalgique que l'on imagine «tire au flanc», l'anorexique mentale dont le comportement énigmatique laisse penser qu'elle serait manipulatrice, l'alcoolique et son manque de détermination à se sevrer, le drogué à qui on ne peut faire confiance, l'homosexuel que l'on perçoit comme déviant, le séropositif qui interroge sur l'origine sexuelle de la contamination, le détenu à propos de qui on s'interroge sur la gravité de ce qui l'a conduit en prison, etc. Les femmes n'échappent évidemment pas aux préjugés sexistes même si le terme d'hystérique est désormais banni...

4.3. La confrontation des valeurs.

La valeur c'est celle que l'on attribue à l'autre, les valeurs ce sont celles que l'on attend de l'autre. Le médecin attend du patient la responsabilité, l'autonomie, l'estime de soi, le courage, la combativité, etc. Leur présence est de nature à donner confiance dans le cadre d'alliance thérapeutique. Elles sont mises à mal en cas d'addiction. Si le début de la consommation est sans doute de la responsabilité du patient, il faut comprendre qu'il est ensuite sous emprise psychique et/ou physique. Avoir des valeurs, c'est aussi créer une échelle de valeurs ou encore avoir un jugement de valeur. La valeur que l'on accorde à une patiente lors d'une IVG est-elle la même que celle de la maman dont la grossesse souhaitée s'arrête spontanément ? A l'extrême, on peut accorder moins de « valeur » à certains patients, à la qualité et à son espérance de vie, ce qui peut aboutir à une inégalité de traitement en laissant penser que les soins sont superflus, inutiles ou peut-être vains. C'est le cas parfois du polyhandicapé. Quel sens à soigner celui dont l'existence est considérée comme un calvaire pour lui et sa famille ? N'y-a-t-il pas là une forme d'acharnement thérapeutique pour, au bout du compte, le rendre à son état antérieur ? Ces sentiments peuvent influencer l'analyse que le professionnel fait de la situation clinique. La conséquence possible est le risque de décisions inappropriées, l'individu n'étant plus soigné comme une personne ordinaire, mais au travers du filtre du handicap. Surtout, un retard à soigner est préjudiciable, car il peut hypothéquer les capacités résiduelles, et ainsi majorer la dépendance à terme.

4.4. L'autre-malade, sa désirabilité, ses aspects déshumanisants.

Chaque individu est singulier selon ses caractéristiques d'homme ou de femme, sa personnalité, sa culture, son appartenance sociale, selon son passé, son expérience. La relation soignante est de fait une interaction complexe entre des protagonistes qui agissent - souvent à leur insu - l'un sur l'autre. Le processus d'évaluation est rapide, catégorisant et simplificateur et fait courir le risque de résumer le patient à sa maladie.

Le patient idéal - s'il existe - aurait ces qualités : observant, autonome, responsable, investi dans l'alliance thérapeutique, reconnaissant, gratifiant. Le patient « désirable » au sens sociologique serait proche du beau-fort- intelligent. Mais on ne choisit pas les patients que l'on doit soigner...

Certains patients imposent au regard des aspects déshumanisants. Il s'agit par exemple de l'obésité extrême, du corps figé, rétracté, déformé du polyhandicapé, du masque de cicatrices du grand brûlé, des "gueules cassées" contemporaines après un coup de fusil suicidaire, ou secondaire à une chirurgie carcinologique délabrante, de la cachexie d'une fin de vie, de l'amputé, du crâne chauve de la chimiothérapie, du visage mi-vivant mi-mort de l'anorexique. Une « inquiétante étrangeté » peut naître aussi devant un patient handicapé mental, psychotique ou autiste parce que le visage est peu expressif, le regard « vague », la pensée énigmatique. Celui dont l'apparence est déstabilisante pose la question de l'identité humaine et plus encore celle de la rupture de cette identité. Comment se reconnaître dans l'autre, reconnaître l'autre humain et faire preuve d'empathie devant un corps déformé, une disgrâce esthétique majeure, s'il n'y a pas d'échange verbal, face à cet « autre » trop différent ? « *L'empathie dans le contexte du handicap peut être difficile car il renvoie à la vulnérabilité humaine et à des identifications parfois déshumanisantes, le handicapé se situant aux frontières de l'humain* » [SCELLES 2011]. Devant le polyhandicapé « *il n'y a pas d'image du sujet. Il n'y a d'image que celle du corps. Corps dérangeant, aux aspects déshumanisants que l'on voit s'agiter sans en comprendre les raisons, et qui vous laisse démuni en l'absence de langage, de repères, d'articulation aux lois humaines et civiles.* » (Jacky Bourillon, psychanalyste).

4.5. Le soignant, un professionnel stressé et maltraité

Le malade, la maladie confrontent aux limites du vivant, de l'humain, à la vulnérabilité, à la souffrance, à la mort, bref, à l'insoutenable... C'est le lot du professionnel de santé pourrait-on dire, mais le soignant est aussi un être humain. Il peut être fatigué, avoir des problèmes professionnels (conflit, surmenage, tensions interpersonnelles) ou personnels, comme tout un chacun. Le milieu de soin est rude parce qu'il est soumis à une pression de production, et une administration qui appréhende l'activité soignante comme une production industrielle. Ces conditions en contradiction avec les valeurs éthiques des soignants sont aujourd'hui reconnues à l'origine de conséquences délétères sur le soignant (insatisfaction, souffrance, voire épuisement professionnel) [DESJOURS 2017]. La gratification d'être utile à autrui peut être émoussé par la fatigue, le stress ou le sentiment d'impuissance, ou celui de n'être qu'un rouage dans un système lourd et déshumanisé. Difficile d'y conserver l'investissement affectif vers l'autre. « *Pour que le personnel soignant manifeste de l'empathie vis à vis des patients,*

il faut qu'il en bénéficie lui-même » (Serge Tisseron). Les futurs soignants doivent aussi « subir » l'hôpital sa hiérarchie, son pouvoir médical, son corporatisme, son cloisonnement et l'élitisme spécifique aux centres hospitaliers universitaires. La souffrance soignante touche d'abord les apprenants [AUSLENDER 2017]. Pour les femmes, la vie familiale est obérée. On fera des enfants plus tard, car il est mal vu d'être enceinte durant les stages hospitaliers. Sexisme et situations de harcèlement sexuel ont pu être authentifiés auprès d'étudiants en médecine [ZOU AL GUYNA 2018]. On s'adapte, on subit, ou bien on perd confiance en soi, on s'en va après que l'hôpital ait brisé une réelle vocation de soignant à fort potentiel empathique. La vacance de nombreux postes de praticiens hospitaliers et l'installation en secteur libéral ne s'expliquent pas seulement par l'attrait financier du privé... Plus grave encore, des suicides sont rapportés [AUSLENDER 2017]. Malgré tout cela il faut donner de soi même, de son temps, de son énergie, sans faiblir, sans discontinuer. « *L'univers médical ressemble à beaucoup d'autres univers où la performance et l'ultra-concurrence sont présentes [...]. Il y a un même type de harcèlement moral et sexuel, quantité de processus institutionnels de déconsidération des individus, quantité d'abus de personnes hiérarchiquement supérieures ou quantité de non-solidarité de pairs.* » [FLEURY-PERKINS 2017].

4.6. Un soignant dans une équipe

En milieu de soins le soignant n'est qu'un élément d'une équipe. Le comportement de l'équipe de soins que l'on intègre est important. Lorsqu'il est exemplaire, respectueux et empathique envers le patient, il n'autorise aucune dérive des autres membres de l'équipe. A l'inverse, le comportement inapproprié d'un membre dédouane d'avance les autres. En position d'autorité, le référent à la fois déresponsabilise et inspire la crainte. Le groupe est protecteur car il peut soutenir en cas de difficultés (accident médical ou mise en cause). L'équipe peut même faire preuve de solidarité et de cohésion contre « l'ennemi commun » : le malade qui se plaint, demande, crie parfois [VANNOTI 2002].

Le groupe ne permet pas d'exprimer une voix dissonante, voire son désaccord, ni d'exprimer son émotion. Adopter une attitude différente fait entendre aux autres membres de l'équipe qu'ils ne sont pas, ou pas assez empathiques avec le patient. Se démarquer du comportement général c'est risquer d'être isolé, de ne pas bénéficier d'une transmission d'un savoir de terrain indispensable [MENARD 2017]. A l'opposé, le conformisme, l'adhésion peuvent conduire à une forme de bêtise collective en levant les inhibitions individuelles (comportement carabin, excès des salles de garde). L'effet modèle, l'exemplarité, le tutorat, le partage de connaissance et d'expérience sont majeurs pour ces métiers du soin au chevet du patient.

4.7. Du défi diagnostique, technique et thérapeutique, et du risque à soigner

Établir un diagnostic, trouver un traitement efficace, réaliser un geste technique sont les défis relevés pour chaque patient au quotidien. S'il survient, l'échec blesse le narcissisme et ruine l'illusion de toute puissance. Certaines situations peuvent être déstabilisantes ou insécurisantes. C'est le cas du patient que l'on ne comprend pas et qui met en difficulté (surdité, déficience intellectuelle, démence sénile, psychose, autisme). Le professionnel de santé n'est plus alors en position de supériorité, de maîtrise. Son savoir devient inopérant, il ne sait plus faire. « *Dans le milieu médical, l'ennemi principal de l'empathie est le désir de toute puissance.* » (Serge Tisseron).

Le soin destiné à améliorer le symptôme ou la santé est aussi porteur d'un risque pour le patient (échec, complication, effet secondaire) et peut générer un stress pour le soignant. C'est le cas plus particulièrement dans le contexte chirurgical. L'aléa anesthésique existe même pour des interventions mineures (réaction allergique sévère par exemple). Certaines pathologies exposent à « un risque à soigner". Il est évalué dès la consultation pré-anesthésique en cas d'altération(s) des grandes fonctions (respiratoire, cardiovasculaire, hépatique, rénale...). Pour des situations spécifiques, le sentiment de « menace » (définie par les difficultés attendues et le risque anesthésique pour la prise en charge) a pu être coté par treize médecins anesthésistes de 0 à 10 pour huit situations (données personnelles non publiées, * Virus de l'immuno-déficience humaine, tableau ci-dessous).

Pathologie	Cotation moyennée
« L'alcoolo-tabagique »	7,8
« L'alcoolique »	7
« L'obèse »	6,9
« Le toxicomane » (drogue dure)	6,8
« L'anorexique mentale »	4,7
« Le tabagique »	4,4
« Le handicapé mental »	4
« Le séropositif HIV *»	4

D’autres prises en charge sont sources de stress pour le médecin anesthésiste. Il en va ainsi du vieillard du fait d’une précarité générale et du risque de voir se démasquer une pathologie cardio-vasculaire silencieuse durant l’anesthésie ou la phase post-opératoire, mais aussi de l’insuffisant respiratoire que l’anesthésie et la chirurgie vont précipiter dans une situation critique (oxygénation sanguine insuffisante, dépendance à l’assistance ventilatoire mécanique, complications infectieuses de la ventilation artificielle, etc.). De manière plus commune, il s’agit de l’anesthésie du petit enfant et du contexte obstétrical qui peut associer soudainement l’urgence et l’engagement du pronostic vital conjoint de la mère et de l’enfant (extraction rapide de l’enfant par voie naturelle ou par césarienne). Les craintes soignantes sont également légitimes face à la violence physique, celle des services d’urgences, celle que l’on redoute après une phase d’impatience contenue ou qui répond à la contrainte aux soins en cas de déficience intellectuelle, de troubles psychiatriques.

4.8. Du sentiment ambivalent au défaut d’empathie.

« *Se sentir supérieur à certains patients, ressentir de la haine pour certains d'entre eux et enfin s'angoisser de vivre un jour un état de dépendance semblable au leur, entraînent aussitôt de la culpabilité... Le sentiment de supériorité est travesti en pitié et en compassion... Le sentiment de haine est inévitable vis à vis de certains patients d'autant qu'ils nous semblent plus fragiles ou plus vulnérables... Il faut reconnaître notre ambivalence vis à vis d'eux. Nous éprouvons de l'empathie, certes, mais aussi parfois de la haine... L'un n’empêche pas l'autre. [...] Il faut renforcer l'empathie chez les professionnels en leur apprenant à reconnaître leurs émotions négatives et à les exprimer... Il s'agit de mettre en lumière les émotions honteuses du médecin et de travailler avec.* » [TISSERON 2011].

Le défaut d’empathie peut s’expliquer par un évitement volontaire. Il permet d’échapper à l'expression douloureuse du patient (larmes, plaintes), pour ne pas se laisser envahir par l'émotion qui provoquerait le désarroi, la sidération et donc une perte d’efficacité. Il permet d’éviter la blessure narcissique liée au sentiment d'impuissance. Il met à l’abri du choc des aspects déshumanisants de certains patients ou de certaines pathologies (moribond, stade palliatif du cancer, fin de vie, amputations délabrantes, etc.). L’image de la maladie est angoissante, elle nous renvoie à notre propre vulnérabilité, notre finitude. Le handicapé, c’est l’inhumain qui réveille des peurs infantiles ou archaïques, celle du monstre, de la contagiosité, de la castration, de la punition. Si l’on ne peut se soustraire, on applique froidement la technique de soin. L’impossible identification humaine, ou la faible valeur accordée à l’autre, entraîne

sécheresse des affects, voire une rudesse envers le trop différent, l'indésirable. Au sujet de le handicapé mental, le discours peut être violent : « C'est de la médecine vétérinaire !... » (sic).

Le désir de maîtrise, de contrôle, le sentiment de toute puissance conduisent à la distanciation, au cynisme ou l'humour carabin. La difficulté ou le risque à soigner imposés par le patient - et donc d'une blessure narcissique éventuelle - incitent à le mettre en cause et à lui faire supporter le fardeau d'un échec.

5. Quelques pistes vers plus d'empathie soignante.

C'est par un travail sur soi, un travail d'équipe et une implication des responsables pédagogiques que des améliorations peuvent être apportées dans la relation soignante.

Du coté du soignant, c'est par un questionnement, une introspection que l'on peut décrypter les « sentiments inspirés » par le patient : Pourquoi est-on ému ? Pourquoi est-on mal à l'aise face à ce patient ? Quel préjugé péjoratif éveille-t-il ? Quelle valeur lui attribue-t-on ? Quelles valeurs heurte - t-il ? Quelle responsabilité croit-on lui attribuer à l'origine de son mal ? Est-ce un aspect déshumanisant imposé au regard qui empêche toute identification à cet "autre" trop différent ? Quelle(s) difficulté(s) m'impose le patient et quel(s) risque(s) à soigner dois-je redouter ? Quel sens, quelle rentabilité aura mon investissement professionnel ? Le soignant doit faire preuve d'humilité, il doit admettre ses limites, ses failles. La difficulté, l'échec, sont inhérents à l'activité de soin et le médecin n'est pas toujours maître de la situation. Il doit s'interroger sur son rôle, sa fonction, ne pas se penser « sauveur ». Il ne faut pas craindre l'émotion, l'impudeur (prendre la main en cas de détresse psychologique) et ne pas nier la peur de l'autre. Il faut garder une distance protectrice mais ne pas être distancié. Il peut être salutaire aussi d'oser une démarche interrogative sur son comportement : « Suis-je authentique ? Suis-je un usurpateur de l'humanisme ? » Le partage d'expérience du groupe soignant - éventuellement assisté d'un psychologue - lorsqu'il est institutionnalisé, peut être bénéfique à tous. L'empathie peut se montrer, se transmettre, se raconter, s'enseigner. C'est au contact de référents-modèles que des médecins seniors expliquent leur propre empathie [AHRWEILER 2014]. Enfin, il revient aux responsables pédagogiques d'agir pour transmettre les valeurs d'altruisme, d'éthique et de répondre à quelques questions. Faut-il évaluer l'empathie des soignants ? Faut-il sélectionner les futurs médecins ou soignants sur leurs qualités empathiques ? Peut-on améliorer l'empathie au travers d'enseignements théoriques spécifiques ?

Conclusion

« *Certains patients interrogent nos capacités à l'empathie, les mettent à mal, les poussent dans leurs retranchements. Les cas sont variés: patients très différents de ce que nous pouvons être, qui ont des valeurs contraires aux nôtres, qui nous mettent en échec, que nous ne parvenons pas à aider, qui semblent nous juger, qui veulent nous impliquer dans une relation que nous ne voulons pas, ou encore dont on juge qu'ils n'ont pas énormément besoin de notre aide*. » [MONESTE 2011]. La confrontation au patient, peut provoquer aussi l'irruption de préjugés, de sentiments ambivalents qui vont affecter la relation soignante. Peut-on faire abstraction de ses préjugés, réprimer ses sentiments ambivalents ? Est-ce souhaitable au risque de réduire le champ de réflexion ? Non, ils doivent être reconnus, acceptés, compris. Chaque individu est singulier et il ne doit pas être regardé seulement au travers du prisme de sa pathologie. Les valeurs individuelles sont celles que l'on peut avoir. Celles aussi que le soignant croit avoir, illusionné par un narcissisme aveuglant. L'autre est différent. Chacun a ses défauts, ses faiblesses. Il faut faire preuve de tolérance. Celui dont il faut se méfier c'est d'abord soi-même. Il faut apprivoiser ses émotions sans les nier afin de rester une ressource solide pour le patient et sa famille. Il faut effectivement trouver le bon équilibre entre technicité et humanité. Les enjeux de l'empathie sont multiples et dépassent largement l'humanité attendue dans la relation soignante. Il en va de la confiance du patient et de son adhésion aux soins et donc de sa santé, de la réputation des professionnels du soin, de l'image d'une profession ou d'une spécialité médicale, de celle d'une équipe ou d'un établissement de soin. Enfin, c'est l'importance de l'exemplarité auprès des soignants en devenir.

Bibliographie

Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Sheffer C. "Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians". BMC Medical Education 2014; 14: 122-33.

Auslender V. *Omerta à l'hôpital*, 2017. J'ai Lu

Brunelle Y. "Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler et où il est bon de se faire soigner". Prat Org Soins 2009; 40: 39-48.

Cornet P. *Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients*. Thèse de doctorat en Sciences humaines, 2015. Université Paris Est.

Desjours C. "Quand le tournant gestionnaire aggrave la décompensation des soignants". In: *Omerta à l'hôpital*. J'ai Lu 2017.

Fleury-Perkins C. "Une maltraitance institutionnelle". In: *Omerta à l'hôpital*. J'ai Lu 2017

https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe

Hojat M, Gonnela JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. "Physician empathy : definition, components, measurement, and relationship to gender and speciality". Am J Psychiatry 2002; 159: 1563-9.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA et al.: "The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school". Acad. Med. 2009; 84: 1182-91.

IMS-Health-CRIP. "Améliorer l'observance: traiter mieux et moins cher," 2014, https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf

Marx D, Perelz-Bello E. *Gros n'est pas un gros mot. Chroniques d'une discrimination ordinaire*. Ed. J'ai Lu, Librio n° 1230, 2018.

Ménard I. "Triste spectacle". In: *Omerta à l'hôpital*. J'ai Lu 2017.

Monestes JL. "S'entraîner à développer l'empathie". *Santé mentale* 2011; 158:76-80

Scelles R, Horff-Sausse S. "Empathie, handicap et altérité". *Le journal des psychologues* 2011; n° 286: 30-4.

Thomas P, Barruche G, Hazif-Thomas C. "La souffrance des soignants et la fatigue de compassion". *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 2012; 19: 266-73 (en ligne).

Tisseron S. "L'empathie soignant-soigné : un chemin semé d'épines". *Santé mentale* 2011; 158: 32-6.

Vannoti M. "L'empathie dans la relation médecin-patient". *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* 2002; n°29: 213-37.

https://www.cairn.info/revue-cahier-critiques-de-therapie-familiale-/2002-2-page-213.htm

Zou Al Guyna L. *Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile de France*. Thèse de doctorat en médecine 2018. Université Paris Diderot-Paris 7.